

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

на правах рукописи

УДК: 616.31+616.1/4-616-071-089.23-084

НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА

**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

Стоматология - 14.00.21

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант
Доктор медицинских наук,
Профессор Х.И.ИРСАЛИЕВ

Ташкент - 2006

О Г Л А В Л Е Н И Е

В В Е Д Е Н И Е	8
Глава I. О Б З О Р Л И Т Е Р А Т У Р Ы	15
1.1. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при внутренних заболеваниях организма и их проявления в органах полости рта	15
1.1.1. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при сердечно-сосудистых заболеваниях	16
1.1.2. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при заболеваниях эндокринной системы	21
1.1.3. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при хронических почечных заболеваниях	26
1.1.4. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при болезни крови и кроветворных органов	30
1.2. Оказание стоматологической помощи больным с заболеваниями внутренних органов	34
1.3. Перспективы использования методов математического моделирования и электронно-вычислительной техники в стоматологической практике	38
1.4. Основные выводы из обзора литературы и постановка задачи исследования	41
Глава II. М А Т Е Р И А Л И М Е Т О Д Ы И С С Л Е Д О В А Н И Я	43
2.1. Общая характеристика обследованных групп больных	43
2.2. Клинико-функциональные методы оценки состояния органов полости рта обследованных больных	45

2.3. Специальные методы исследования	50
РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
Глава III. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, МОР- ФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДО- ВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	52
3.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований полости рта у пациентов контрольной группы	52
3.2. Результаты исследования органов полости рта больных с гипер- тонической болезнью	55
3.2.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов, тканей пародонта и зубных протезов	56
3.2.2. Результаты реографических исследований больных с ГБ ..	62
3.2.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденси- тометрических исследований костной ткани	64
3.2.4. Результаты морфологических исследований	67
3.2.5. Результаты изучения неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих гипертонической бо- лезнью	70
3.3. Результаты исследования органов полости рта больных сахар- ным диабетом	71
3.3.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов, тканей пародонта и зубных протезов	73
3.3.2. Результаты функциональных методов исследования боль- ных сахарным диабетом	79
3.3.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденси- тометрических исследований костной ткани	84

3.3.4. Результаты морфологических и иммунологических исследований	87
3.4. Результаты исследования полости рта больных с хроническим гломерулонефритом	90
3.4.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов и тканей пародонта	91
3.4.2. Результаты функциональных методов исследования больных с ХГН	96
3.4.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани	101
3.4.4. Результаты морфологических исследований	102
3.4.5. Характеристика неспецифических факторов защиты полости рта у больных ХГН	106
3.5. Результаты исследования органов полости рта больных с железодефицитной анемией	107
3.5.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов и тканей пародонта у больных с ЖДА	108
3.5.2. Результаты функциональных исследований больных с ЖДА	114
3.5.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани	117
3.5.4. Результаты морфологических исследований	119
3.5.5. Показатели неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих железодефицитной анемией ...	122
Глава IV. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	124
4.1. Особенности оказания стоматологической помощи больным с гипертонической болезнью	126

4.2. Особенности оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом	128
4.3. Особенности оказания стоматологической помощи больным хроническим диффузным гломерулонефритом	131
4.4. Особенности оказания стоматологической помощи больным с железодефицитной анемией	133
Глава V. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАЗРАБОТКА НОВЫХ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	135
5.1. Планирование конструкции несъемных зубных протезов при помощи ЭВМ с учетом состояния опорных зубов больным заболеванием внутренних органов	138
5.2. Восстановление малых включенных дефектов зубных рядов с применением методики минимальной препаровки опорных зубов	139
5.3. Разработка новых конструкции съемных зубных протезов для больных с заболеваниями внутренних органов	142
5.4. Улучшение медико-биологических характеристик зубных протезов	151
5.5. Особенности ортопедического стоматологического лечения больных с заболеваниями внутренних органов	154
Глава VI. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	164
6.1. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с гипертонической болезнью	165
6.2. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с сахарным диабетом	166
6.3. Профилактика развития осложнений при оказании стоматоло-	

гической помощи пациентам с хроническим гломерулонефритом	167
6.4. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с заболеванием крови	168
Глава VII. РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ «СТОМАТОЛОГ» ДЛЯ СБОРА И ОБРАБОТКИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ	169
Глава VIII. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	180
ВЫВОДЫ	195
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	197
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	198
ПРИЛОЖЕНИЕ	246

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОПР – органы полости рта;
СО – слизистая оболочка;
СОПР – слизистая оболочка полости рта;
СЗ – стоматологические заболевания;
ЗП – заболевание пародонта;
ЗВО – заболевание внутренних органов;
ОСЗ – общесоматические заболевания
ГБ – гипертоническая болезнь;
СД – сахарный диабет;
ИЗСД – инсулин зависимый сахарный диабет;
ИНЗСД – инсулин независимый сахарный диабет;
ХГН – хронический гломерулонефрит;
ХПН – хроническая почечная недостаточность;
ЖДА – железо дефицитная анемия;
ГИ – гигиенический индекс;
КПУ - показатель интенсивности поражения кариесом;
JgA - иммуноглобулин А;
SJgA - секреторный иммуноглобулин А;
ГДМ – гнатодинамометрия;
ДСМ – денситометрия;
РПГ – реопародонтография;
РИ – реографический индекс;
ПТС – показатель тонуса сосудов;
ИПС – индекс периферического сопротивления;
ЛДФ – лазерная доплеровская флоуметрия;
ЭКГ – электрокардиограмма;
ИЭМ – индекс эффективности микроциркуляции;
АМП - Адгезивный мостовидный протез

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В настоящее время перед стоматологией, являющейся одной из самых массовых специализированных служб, поставлены большие задачи, среди которых особое значение приобретают вопросы диагностики, профилактики и лечения заболеваний полости рта.

Заболевания органов полости рта характеризуются широким распространением, чрезвычайно большим диапазоном клинических проявлений, а также частым сочетанием с другими заболеваниями организма, что превращает эту проблему в общемедицинскую и социальную [123, 154, 158, 219, 321, 331].

Многочисленные наблюдения и исследования стоматологов и интернистов свидетельствуют о наличии определенной взаимосвязи между патологией внутренних органов и систем организма с поражением органов полости рта [9, 17, 80, 106, 159, 161].

В свою очередь, патологические процессы в тканях полости рта становятся очагами хронической инфекции и, нарушая многие функции зубочелюстной системы, приводят к ухудшению функции внутренних органов и обострению их хронических заболеваний. Вследствие чего в организме таких больных формируется стойкий порочный круг [9, 123, 321, 331].

Особую актуальность приобретает изучение патогенетических механизмов развития сочетанных поражений тканей полости рта и внутренних органов. От успешного решения этих вопросов зависит выбор методов патогенетической терапии и профилактика заболеваний органов полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов [331].

На основании многочисленных исследований доказано, что в патогенезе заболеваний тканей полости рта, в том числе пародонта, важную роль играют нарушения всех видов обмена веществ организма, непосредственная реализация системных дисметаболических процессов происходит на уровне микроциркуляции всех составляющих тканевых структур. Вопросы точной диагностики и прогнозирования дальнейших изменений в тканях челюстно-лицевой

области становятся наиболее актуальными, особенно при наличии у пациентов общесоматических заболеваний, влияющих на регионарную гемодинамику и минеральный обмен [17, 80, 159, 160].

Признание ведущего значения общей реактивности организма в патогенезе заболевания органов полости рта недостаточно обосновано результатами комплексных специальных исследований. Особенности стоматологической помощи, в том числе, зубного протезирования при наличии сопутствующих общих заболеваний организма остаются до конца не разработанными [154, 158].

Нуждаемость в стоматологической помощи при заболеваниях внутренних органов очень высока, а само зубное протезирование должно являться неотъемлемой частью комплексной профилактики и лечения заболеваний внутренних органов. Поэтому разработка патогенетически обоснованных рекомендаций к стоматологическому лечению при заболеваниях внутренних органов весьма актуальна [320, 352].

Планируя данную работу, мы исходили из концепции, что тяжесть проявления патологии органов полости рта и его прогрессирующее течение у больных заболеваниями внутренних органов, по всей вероятности, обусловлены нарушением микроциркуляции крови и обмена веществ, возникающей вследствие хронической патологии внутренних органов, который имеет исключительно важное значение в метаболизме тканей полости рта.

Цель исследования: изучить у больных с заболеваниями внутренних органов клиничко-функциональные изменения тканей полости рта, совершенствовать их диагностики, лечение и профилактику.

Задачи исследования

1. Комплексными клиничко-функциональными исследованиями выявить наиболее характерные особенности изменений слизистой полости рта при гипертонической болезни (ГБ), сахарном диабете (СД), хроническом гломерулонефрите (ХГН) и железодефицитной анемии (ЖДА).
2. Определить диагностическую и прогностическую значимость кли-

нико-стоматоскопических, функциональных, рентгенологических, морфологических и иммунологических исследований тканей полости рта для раннего выявления заболеваний зубочелюстной системы и их взаимосвязи с патологией внутренних органов.

3. Изучить особенности микроциркуляции крови слизистой оболочки полости рта и минеральную насыщенность костной ткани челюстей при заболеваниях тканей пародонта у больных с изучаемой общей патологией.

4. На основании морфологических и иммунологических исследований изучить состояние барьерно-защитной функции слизистой оболочки полости рта у больных с фоновой патологией.

5. Совершенствовать комплексного лечения и профилактику заболеваний органов полости рта и зубного протезирования с учетом общесоматической патологией. Определить специфику и обосновать тактику ортопедического стоматологического лечения с учетом клиники течения основного заболевания.

6. Разработать и апробировать в клинике компьютерную программу для ПЭВМ, позволяющую индивидуально оценить клинико-функциональное состояние органов полости рта, контролировать эффективность лечебно-профилактических мероприятий и обеспечивать индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических средств.

Научная новизна

В работе дана комплексная оценка стоматологического статуса у больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, хроническим гломерулонефритом и железодефицитной анемией, выявлены особенности течения основных стоматологических заболеваний.

Выявлены и систематизированы наиболее характерные клинические особенности изменений органов полости рта при изучаемой общей патологии, которые могут быть использованы врачами стоматологами с целью ранней диагностики хронической патологии организма и проведения своевременной целенаправленной терапии и профилактики поражений органов полости рта и

внутренних органов.

Статистически достоверно установлено, что такие хронические заболевания организма, как ГБ, СД, ХГН и ЖДА увеличивают распространенность процесса и тяжесть заболеваний тканей пародонта. С увеличением тяжести и длительности основного заболевания возрастает частота и утяжеляется течение заболевания пародонта.

Заболевания внутренних органов оказывают многофакторное влияние на развитие стоматологических заболеваний, что стирает возрастные особенности течения патологических процессов.

На основании морфологических и иммунологических исследования определено состояние барьерно-защитной функции слизистой оболочки полости рта у данной категории больных.

Для эффективного лечения заболевания СОПР и пародонта у больных ГБ, СД, ХГН и ЖДА впервые даны научно-обоснованные рекомендации дифференцированной стоматологической тактики зубного протезирования.

Разработана компьютерная программа, позволяющая оценивать клинко-функциональное состояние органов полости рта, обеспечивающая оптимизацию к индивидуальному выбору лечебно-профилактических мероприятий, и контролировать их эффективность.

Практическая значимость результатов исследования

Результаты проведенных комплексных исследований расширяют представления специалистов об аспектах патогенеза, диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний у больных с ГБ, СД, ХГН и ЖДА.

Предложены комплексные схемы диагностики и дифференцированной тактики стоматологического лечения больных с внутренней патологией, в зависимости от клиники течения основного заболевания.

Разработанная дифференцированная тактика по стоматологическому лечению данного контингента больных повысит эффективность лечебно-профилактической помощи больным с ГБ, СД, ХГН и ЖДА.

Для обследования стоматологических больных разработаны и предложе-

ны в практику устройство для определения степени подвижности зубов. При препарировании зубов рекомендованы использование устройства к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента, а также приспособления к стоматологическому наконечнику дозирующее давление инструмента на препарируемый зуб, которые предохраняют препарируемых зубов от перегрева пульпы и от развития механического и термического пульпита.

С целью ортопедического лечения стоматологических больных с общесоматической патологией рекомендованы способ профилактики перегрузки опорных зубов при изготовлении консольных зубных протезов, а также способ протезирования больных с ослабленной периодонтальной тканью и съемный зубной протез новой конструкции.

При выборе несъемных конструкции зубных протезов разработана метод математического моделирования и диалоговая компьютерная программа «Стоматолог» для ПЭВМ.

Разработанная компьютерная программа, позволяет оценивать клинко-функциональное состояние органов полости рта, обеспечивающая оптимизацию к индивидуальному выбору лечебно-профилактических мероприятий, и контролировать их эффективность.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Клиническое течение заболеваний СОПР и тканей пародонта находится в прямой зависимости от гемодинамических нарушений крупных сосудов (ГБ), микрососудов (СД) и регионарного нарушения кровотока (ХГН). При этом тяжесть патологического процесса в полости рта зависит от степени тяжести и длительности основного заболевания.

2. Заболевания СОПР и тканей пародонта на фоне ГБ и СД сопровождаются более глубокими сосудистыми нарушениями, снижением резистентности тканей полости рта, развитием воспалительно-дистрофических процессов и резорбцией костной ткани, чем у больных ХГН и ЖДА.

3. В основе морфологических изменений СОПР у больных с сочетанными поражениями тканей полости рта и внутренних органов лежат деструктивные,

сосудистые и инфильтративные процессы со значительным увеличением плотности клеточных элементов и глубокие нарушения в работе барьерно-защитной функции полости рта. Степень выраженности морфологических и иммунологических изменений взаимосвязана с клиническими формами заболеваний тканей полости рта и степени тяжести основного заболевания.

4. Лечение и профилактика заболеваний СОПР и пародонта у больных с общесоматической патологией должно быть комплексным и дифференцированным с учетом состояния стоматологического и общего статуса, особенно это относится к проведению ортопедических стоматологических вмешательств.

5. Компьютерная программа «СТОМАТОЛОГ» позволяет адекватно оценивать степень поражения органов полости рта, контролировать эффективность применения ортопедических конструкции зубных протезов и осуществлять индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических зубных протезов.

Реализация результатов

Основные положения диссертационной работы внедрены в практику: клиники и кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Ташкентской медицинской академии (ТМА), кафедры стоматологии института Усовершенствования врачей РУз, стоматологических поликлиниках г.Ташкента.

Материалы диссертации используются при преподавании студентам стоматологического факультета ТМА.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ТМА (Ташкент, 2003, 2005); на международной конференции стоматологов Узбекистана (Бухара, 1997); на заседаниях Ассоциации стоматологов Узбекистана (Т., 2000; 2004); на международной научной конференции в г. Москве (Москва, апрель 2001); на международной конференции в Республике Казахстан (Чимкент, сентябрь 2001); на научных форумах «Новые технологии в стоматологии» (Алматы, май 2002-

2006); на международной научно-практической конференции в Мальте (Мальта, сентябрь 2002); на международной научно практической Конференции, посвященной 50 летию стоматологического факультета (Т., сентябрь 2004); на 1-ом Ташкентском международном научно-практическом Форуме стоматологов «Актуальные вопросы современной стоматологии», в рамках 1-й Узбекской международной выставки «Стоматология Узбекистана-2005» (Т., апрель 2005); на 5 съезде стоматологов Узбекистана (Т., ноябрь 2005); на межкафедральной конференции кафедр терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и внутренних болезней ТМА (Т., март 2006); на научном семинаре в Ташкентском институте усовершенствования врачей (Т., май 2006).

Опубликованность результатов

По материалам диссертационной работы опубликованы 57 научных работ, в том числе - 2 монографии, 4 патента РУз, 36 журнальных статей, 4 тезисов, 5 методических рекомендаций и 6 удостоверений на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 245 страницах компьютерного текста. Включает введения, 7 глав, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации и библиографический указатель, который содержит 395 отечественных (СНГ) и 99 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 43 таблицами и 39 рисунками.

Полученные данные исследования статистически обработаны по методу Стьюдента-Фишера с помощью ЭВМ.

Глава I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при внутренних заболеваниях организма и их проявления в органах полости рта

Особое значение придается изучению взаимосвязи поражение органов полости рта с заболеваниями внутренних органов и систем организма. По анатомо-топографическим и физиологическим особенностям органы полости рта более чем другая любая часть организма человека, подвергается воздействию различных механических, физико-химических, токсических, биологических и других факторов. Слизистая оболочка полости рта выполняет огромную функцию, как, например, покровную, защитную, опорную, всасывающую и другие, и обладает всеми известными видами поверхностной и вкусовой чувствительности. Такое многообразие функций при высокой устойчивости СОПР к внешним и внутренним воздействиям придает большую актуальность исследованиям структурной организации и функции этого покрова.

Органы и ткани полости рта активно реагирует на все изменения, происходящие в организме человека. Клинически и экспериментально установлены нейрогуморальные механизмы развития патологических процессов в СОПР, которые, хотя и не носят специфического характера, встречаются довольно часто. При некоторых заболеваниях первые симптомы заболевания очень часто появляются на слизистой оболочке полости рта, что и заставляет больного вначале обращаться к стоматологу [14,63,64,65,67,106,139,189,191,347,371].

Известно, что полость рта является зеркалом, отражающим патологическое состояние внутренних органов. Слизистая оболочка поверхности языка, альвеолярных гребней и других участков полости рта изменяются в зависимости от патологических изменений происходящих в организме человека. Эти изменения могут приобрести постоянный характер что, несомненно, отражается в целостности зубов и зубных рядов. В свою очередь неполноценное ротовое пищеварение может явиться патогенетической основой ЗВО, или может

служить усугубляющим моментом в течения уже имеющейся патологии. Поэтому, вопросу своевременного лечения заболеваний СОПР, восстановлению дефектов зубов и зубных рядов зубными протезами должно уделяться максимум внимания, это в свою очередь послужит важным профилактическим мероприятием в лечении и предупреждении заболеваний внутренних органов.

В настоящее время накоплен достаточный клинический материал о высоком проценте поражаемости ЗП и СОПР при общесоматических заболеваниях. Это проблема привлекала внимание исследователей [12,17,23,28,35,36,40,56,76,80,87,98,100,109,113,152,173,181,182,408,410,411,432,453,470 и др.] в связи с широким распространением сосудистой теории патогенеза поражений пародонта, которая, естественно, предполагает связь таких поражений с состоянием системной циркуляции крови [55,160,206,228,367].

Заболевания пародонта при системных заболеваниях считается важной проблемой не только стоматологии, но всей медицины. Как утверждают многочисленные авторы [52,57,140,160,181,182,208,327,331,392,393,406,425,470,481], появление ЗП генерализованного характера всегда отражает общее поражение организма тем или иным системным заболеванием.

С учетом вышеизложенного, наибольший интерес представляет научно обоснованный анализ литературных источников в этом направлении, клиническая важность которых, в свете установления факторов риска развития и прогрессирования заболеваний пародонта, представляется очевидной.

1.1.1. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при сердечно-сосудистых заболеваниях

Деятельность разных отделов сердечно-сосудистой системы (сердце, артерии, капилляры и вены) обеспечивает сложный и жизненно важный процесс – кровообращение. Благодаря этому происходит снабжение кислородом клеток, тканей, органов, доставка питательных веществ, а также удаление продуктов тканевого обмена. В основном в капиллярах осуществляются все процессы обмена между кровью и тканями [290].

Одним из наиболее важных является вопрос о связях заболеваний пародонта с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Заболевания ССС по своей социально-медицинской значимости представляет одну из важнейших проблем современного здравоохранения.

В развитых странах мира в структуре заболеваемости населения сердечно-сосудистые болезни занимают первое место и служат частой причиной инвалидизации и преждевременной смерти людей. За последние 3-4 десятилетия отмечаются статистически достоверный рост заболеваемости во всех странах мира.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – сложное первично-функционально-нервное заболевание с преимущественной патологией ССС, со стойким и прогрессирующим повышением артериального давления с последующими органо-морфологическими изменениями.

Было установлено, что у больных атеросклерозом, в том числе включая атеросклеротическое поражение аорты, коронарных и мозговых артерий, имеется увеличение частоты и интенсивности поражения пародонта с преобладанием воспалительных и пиорейных форм [160].

Увеличение частоты ЗП, особенно тяжелых форм пародонтита и атрофических поражений пародонта при атеросклерозе отмечалось и другими авторами [142,220,221,258,260,415,416,468,476]. Отдельные авторы [476] отмечают, что изменение динамики ЗП с возрастом, прежде всего, связаны с нарастанием атеросклеротического поражения сосудистой системы в старших возрастных группах. Другими авторами [19,410,415,429,432] описаны аналогичные влияние на состояние пародонта второго по частоте ССЗ – артериальной гипертензии.

Вместе с тем вопрос о влиянии атеросклероза на ЗП не может считаться решенным. Так, некоторые авторы [475] отрицают его влияние на его развитие.

Канканян А.П., Леонтьев В.К. (1998) исследовали состояние пародонта в группе больных атеросклерозом (1 группа) и атеросклерозом в сочетании с ар-

териальной гипертензией (2 группа). В обследованную выборку вошли 64 человека в возрасте 45-75 лет с атеросклеротическим поражением аорты, периферических коронарных и церебральных артерий. Вторая группа обследованных включала 75 больных атеросклерозом того же возраста в сочетании с артериальной гипертензией. Полученные результаты показали, что в обеих подгруппах достоверно увеличивается частота гингивитов, пародонтитов и пародонтозов. Между выборками больных сравниваемых групп не было статистически достоверных различий распространенности ЗП, хотя при наличии артериальной гипертензии имела тенденция к увеличению числа больных пародонтозом [181].

Анализ поражений пародонта по индексу КПУ показал, что если в контрольной выборке стандартизованный по возрасту индекс КПУ был равен 3,2, то в группе больных атеросклерозом он равнялся 3,7, а у больных атеросклерозом в сочетании с артериальной гипертензией – 3,9.

Отмечено [181], что у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями достоверно уменьшается относительное число секстантов зубных дуг со здоровыми пародонтами и увеличивается число таковых с тяжелыми поражениями, включая наличие глубоких зубодесневых карманов. Результаты проведенных исследований в этом направлении показали, что у больных атеросклерозом индекс нуждаемости в лечении ЗП был равен 10% (лиц с интактным пародонтом), 14% (с кровоточивостью десен), 50% (с наличием зубного камня), 17% (с наличием патологических зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм) и 9% (с наличием соответствующих карманов глубиной 6 мм и более). Вместе с тем, у больных атеросклерозом в сочетании с артериальной гипертензией цифровые значения данного показателя составляли соответственно 7%, 19%, 48%, 14% и 12% против значения исследуемого индекса у лиц без сердечно-сосудистой патологии –соответственно 17%, 19%, 51%, 9% и 3%.

Заболевания ССС не вызывают в полости рта изменений, характерных только для этой группы больных. При этом если у больного имеется сердечно-сосудистая недостаточность, то у больных можно обнаружить цианоз, оте-

ность СО в виде отпечатков зубов на боковой поверхности языка и щеках по линии смыкания зубов. При этом в полости рта могут появляться плотные пузыри с прозрачным или геморрагическим содержимым (389). Излюбленная локализация элементов - граница твердого и мягкого неба. Характерной особенностью пузырей является то, что они иногда исчезают без вскрытия их оболочек, но чаще на их месте образуются эрозии. У больных с нарушением кровообращения II-III степени возможны тяжелые язвенно-некротические изменения СО с образованием трофических язв. При этом на фоне общего плохого самочувствия (одышка, слабость, отеки конечностей) возникает болезненность во рту, прием пищи затруднен. В полости рта обычно появляются одиночные язвы с неровными краями, дно которых покрыто некротическим налетом. Иногда некротизированные ткани длительно не отторгаются. В таких случаях видны некротизированные ткани темного цвета. Характерной особенностью трофической язвы является отсутствие вокруг нее воспалительного инфильтрата. Некротический процесс может распространяться на соседние участки лица, носоглотки. Длительное существование трофических язв не исключает возможности их озлокачествления. При патогистологическом исследовании трофической язвы выявляется картина хронического воспалительного процесса с некрозом тканей, разрастанием межуточной ткани, изменением сосудов и нервов.

Обследовав 145 человек с гипертонической болезнью, М.М.Ходжаев (1997) выявил у 72 больных кариес и его осложнения, у 123 больных заболевания пародонта, у 20 больных заболевания СОПР. Следует отметить, что при артериальной гипертензии отмечается высокая распространенность ЗП, прослеживается зависимость между тяжестью ЗП и возрастом обследованных.

Последствия мозгового инсульта обуславливают значительные отклонения в зубочелюстной системе, нарушая почти все основные ее функции: жевание, глотание, речь, осязание, секрецию ротовой жидкости [20,294]. Нарушается естественный процесс самоочищения полости рта, ухудшается функциональная ценность протезов.

Сопровождающие эти явления гемиплегия и гемипарез, а также артериальная гипертензия ограничивают возможности достаточного ухода больных за полостью рта и зубными протезами. Так, авторами [22] выявлено, что при обследовании 30 больных с последствием мозгового инсульта у 100 % выявлены ЗП и тенденцию слизистой к повышенному кератозу (39,29%). У больных часто наблюдали травмирование щек на парализованной стороне, нарушение микроциркуляции в СОПР с застойно экссудативными явлениями.

При различных заболеваниях ССС с нарушением кровообращения, общее ослабление организма является очевидным.

На частое развитие стоматитов на фоне гипертонической болезни, атеросклероза и нарушения кровообращения с воспалительными и некробиотическими явлениями, указывают ряд авторы [121,142,143,273,284,322,385].

Как указывает А.И.Рыбаков [322], нарушение кровообращения в СОПР может сопровождаться как атрофическими, так и гипертрофическими процессами. При этом авторы указывают на значительные изменения в железах СОПР, нарушение функции которых приводит к образованию обширных эрозий, а иногда и язв. При всех сосудистых нарушениях, как указывают авторы, наступает кислородное голодание тканей, что в первую очередь приводит к нарушению белкового и минерального обмена в костной ткани за счет поражения сосудов.

А.С.Алимов [17] указывает, что у больных с фоновой кардиоцеребральной патологией болезни СОПР и пародонта встречается с высокой частотой, имеет свои особенности клиники и течения, морфологических, функциональных изменений, спектр микрофлоры полости рта и показателей местного иммунитета. В нозологическом и синдромологическом плане патология пародонта и СОПР на фоне кардиоцеребральной патологией имеет следующую структуру и частоту встречаемости: хронический генерализованный пародонтит и дефекты зубных рядов – 98-100%, хейлиты, кератозы СОПР и атрофии сосочков языка – от 50 до 96%. Почти у 1/3 больных также выявляются нарушения вкусовых ощущений, петехиальные кровоизлияния, застойные явления СОПР.

Кроме того, многие исследователи [52,143,160,220,429] утверждают, что практически все больные с кардиоцеребральной патологией страдают заболеваниями пародонта и имеют ограничения к оказанию стоматологической помощи из-за лабильности сердечно-сосудистой деятельности.

Таким образом, анализ литературных источников убедительно подтверждает значения сердечно-сосудистых заболеваний как факторов риска развития и прогрессирования заболеваний твердых и мягких тканей полости рта.

1.1.2. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при заболеваниях эндокринной системы

Сахарный диабет (СД) является одной из самых распространенных болезней цивилизации с тенденцией к неуклонному росту. В большинстве стран мира встречается у 1-2% населения, в странах Средней Азии несколько реже. Диабет в зрелом и пожилом возрасте встречается в 2-3 чаще, чем в детском и юношеском [383,384].

В последние несколько десятилетий СД принял масштабы, сравнимые с всемирной эпидемией. За последний 20 лет численность больных СД в мире увеличилась с 80 млн. человек до 160 миллионов. Прогнозируемое число заболевших сахарным диабетом к 2025 году составит около 300 миллионов человек. Приблизительно 85-90% всех больных СД составляют больные диабетом 2-ого типа (ранее называемым инсулин независимым сахарным диабетом – ИНЗСД).

В Узбекистане наблюдается аналогичная тенденция. Так, если по данным исследований, проведенных сотрудниками НИИ эндокринологии в начале 90-х годов, заболеваемость СД составляла 1,88-1,90%, то к началу 2000 г. по данным исследований, проведенных в Узбекистане специалистами ВОЗ, она возросла до 10%, с учетом лиц со скрытой и явной формами СД [184,439].

Сахарный диабет – это хроническое заболевание, характеризующееся нарушением метаболизма макроорганических соединений, особенно глюкозы

и жиров.

Признаки и симптомы стоматологических расстройств у больных СД могут колебаться от почти компенсаторного состояния до тяжелых нарушений.

В последнее время в литературе появилось большое количество работ, подчеркивающих важность роли эндокринных заболеваний, в частности сахарного диабета в патогенезе поражений тканей полости рта [122,131,137,194, 247,287,313,339,344,430].

СД представляет собой неоднородную в генетическом и клиническом отношении группу болезней, которые относятся к непереносимости глюкозы вообще.

Имеется более 30 видов расстройств, при которых характерным признаком является непереносимость глюкозы. Таким образом, сахарный диабет - это многогранное заболевание.

СД представляет собой хроническую передающуюся по наследству болезнь обмена веществ, основными признаками которой являются: нарушение или утрата функции бета клеток поджелудочной железы, характеризующиеся необычно высоким уровнем сахара в крови и выделением его с мочой. Это приводит к сбою в обмене не только углеводов, но также жиров и белков [15,38, 298], нарушению структуры и функции кровеносных сосудов (микроангиопатия).

Основная причина проявлений сахарного диабета заключается в дефиците инсулина при инсулинозависимом сахарном диабете или в дефиците его действия на периферии при инсулиннезависимом сахарном диабете.

У не леченных больных СД, прежде всего, обращает на себя внимание состояние губ - появляется хейлит или тенденция к сухости и образованию трещин. Больной может предъявлять жалобы на сухость и гиперемии во рту с ощущением жжения слизистой оболочки ротовой полости (постоянную жажду, на сухость и жжение языка, увеличение его размера, отпечатки зубов на его боковых поверхностях, изменение цвета, болезненные трещины на спинке языка) [72], нарушение вкуса (кислый, сладкий, металлический привкус во

рту) [164]. Припухлость околоушных желез является одним из симптомов заболевания. Следует отметить, что у 10% больных СД имеет место безболезненное увеличение околоушных слюнных желез [76,100,198].

При заболевании СД понижается отделение слюны, что связывают с полиурией [33]. Имеются сообщения, что одновременно с повышением сахара в крови, серозная слюна, взятая из околоушной слюнной железы, содержит увеличенные уровни глюкозы [198]. В подчелюстных слюнных железах при сахарном диабете более выражены склеротические поражения крупных и мелких кровеносных сосудов, застой в кровеносной сети, разрастание соединительной ткани вокруг протоков и сосудов.

У больных чаще, чем у здоровых людей развивается протезный стоматит, причем ведущими этиологическими факторами являются грибы рода *Candida albicans* [149,314,387,446,493] или механическое раздражение [382]. Если отмеченные ранее проявления со стороны тканей окружающих зуб, имеют место, болезненные ткани ротовой полости будут лучше переносить мягкую пищу, что также снижает гигиенический индекс [56]. Клинические наблюдения, проведенные на больных СД, выражаются в следующем: - при исследовании СОПР может иметь ссадины, отмечается нарушение вкуса, увеличение и гиперемия грибовидных и атрофия нитевидных сосочков языка [33].

Урошникова Н.А. [363] отмечает, что у больных СД при декомпенсации течения заболевания отмечается снижение вкусовой чувствительности на сладкое, соленое, кислое. Снижение вкусовой чувствительности находится в обратной зависимости от длительности и тяжести заболевания. Автор объясняет это явление включением компенсаторных механизмов.

Указанные в литературе симптомы поражения СОПР не были обнаружены рядом авторов при обследовании большого числа больных СД, находящихся под постоянным контролем эндокринолога. На основании проведенных наблюдений исследователи высказали мнение о том, что у леченных и тщательно контролируемых эндокринологами больных сахарным диабетом СОПР и язык мало, чем отличаются от таковых у людей, неотягощенных диабетом

[63,76].

Среди патологии твердых тканей зубов у больных СД преобладает кариес и его осложнения. Некоторые исследователи отмечали увеличение кариозного поражения зубов с обычной локализацией. У больных, не получающих систематического лечения, зубы обычно чувствительны к перкуссии. Повышение чувствительности шеек зубов с развитием кариозного процесса - "циркулярный кариес", приводит к фактуре коронок. [28,253] находят, что тяжесть заболевания СД обратно пропорциональна поражаемости зубов кариесом. Длительность заболевания СД сказывается на увеличении кариеса лишь в тех случаях, если заболевание прогрессирует.

Гингивит, ввиду пониженной резистентности тканей, будучи не леченным или плохо контролируемым, может быстро прогрессировать вглубь лежащие ткани, окружающие зубы, с возможностью последующего развития гранулярных поддесневых пролиферативных процессов, болезненного воспалительного процесса в пародонте с сопутствующим расширением пародонтальной щели, появлением гнойного экссудата из пародонтальных карманов [133,209]. Также заметна деструкция альвеолярной кости [292,303]. Это вызывает расшатывание и выпадение зубов. Н.А. Жижина [133] с помощью радиоактивных изотопов установила, что костная ткань челюстей очень рано и резко реагирует на нарушение секреторной функции поджелудочной железы. Изменения белкового и минерального обмена в костях и зубах отражают тяжесть течения диабета.

Другие авторы указывают, что рентгенологические проявления патологии пародонта у больных СД ничем не отличаются от рентгенологических проявлений пародонтоза без диабета, и атрофия альвеолярного края идет по горизонтально-вертикальному типу. Иногда у больных СД отмечается несоответствие клинической и рентгенологической картины поражения тканей пародонта [303,336].

Однако большинство отечественных и зарубежных исследователей отстаивают точку зрения о тесной взаимосвязи СД и патологии пародонта, счи-

тая, что СД способствует развитию патологии пародонта [25,107,144,218,219, 271,280,315]. Авторы этой точки зрения рассматривают изменения, возникающие в пародонте, как результат глубоких нарушений обмена в организме при СД, понижения сопротивляемости тканей, нарушения барьерных функций пародонта.

Исследования реакции капилляров на раздражитель у больных СД показали, что при отсутствии у больных пародонтопатии реакция капилляров ускорилась или была нормальной, а при наличии ЗП реакция капилляров десны на раздражитель становилась замедленной [402,403]. У больных СД уменьшается стойкость капилляров сосудов полости рта (баночная проба), при этом интенсивность изменений зависит от длительности заболевания (Crea D., 1987). При исследовании с помощью светового и электронного микроскопа кровеносных сосудов десны у больных, получающих инсулин, Hagg E. (1984) установил специфические изменения сосудов: утолщение стенки и базальной мембраны. Bay I. с соавт. (1974) отмечают, что у большинства больных сахарным диабетом выявляется снижение сосудистой проницаемости, и связывают это с изменением обмена гликозаминогликанов и липопротеидов. Функциональные нарушения начинаются с кратковременной фазы дилатации микрососудов под влиянием биологически активных веществ (кининов, гистамина, лизосомальных ферментов) [374], которые переходят затем в длительный спазм нейрогенного генеза, сопровождающийся понижением объема кровотока [74,184]. Вместе с этим повышается проницаемость стенки под влиянием лизосомальных гидролитических ферментов, что вызывает выход белков в межклеточное пространство и развитие отека [190]. Нарушаются реологические свойства крови с тромбозом микроциркуляторного русла тканей пародонта [275]. Снижается уровень напряжения кислорода и окислительно-восстановительных процессов в тканях пародонта с установлением постоянного тканевого ацидоза, приводящего к дистрофии пародонта [190,275]. Результатом всех этих патологических процессов является превращение функциональных изменений сосудов в органические, приобретающие характер склеротических, часто необратимых

[185], чаще по типу атеросклеротических изменений [190].

Из вышеуказанных работ следует, что микроангиопатии при сахарном диабете могут играть определенную роль в развитии пародонтопатии.

Острая одонтогенная инфекция на фоне СД сопровождается значительными изменениями со стороны показателей неспецифической резистентности организма. Имеется прямая корреляционная связь факторов естественного иммунитета, как со степенью тяжести СД, так и с характером тяжести течения гнойного процесса. Большое значение в течение воспалительных процессов и его склонность к ограничению или распространению принадлежит иммунологической реактивности организма [150,159,163].

У больных диабетом наблюдаются различные изменения и заболевания СОПР, неспецифичные для данного заболевания. [159] наблюдала отечность СО щек по линии смыкания зубов, на боковых поверхностях и кончике языка (31,7% случаев), хейлит, а также у 17% больных рецидивирующий афтозный и язвенный стоматит, красный и плоский лишай (3,2%) и лейкоплакию (3,2%). Авторы отмечают, что у больных СД нередко диагностируется рецидивирующий афтозный стоматит, при этом рецидивы заболевания совпадают с обострением клинического течения диабета.

Из рассмотренного материала ясно видны значительные научные достижения в изучении клинических и патологических проявлений СД в полости рта, особенно в последние десятилетия. Однако, наиболее актуальна, с точки зрения ортопедической стоматологии, проблема микроангиопатии СОПР, протезного ложа при частичной и особенно при полной утрате зубов не решена.

1.1.3. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при хронических почечных заболеваниях

Почки являются одним из основных гомеостатических органов, участвующих в регуляции концентрации осмотически активных веществ, ионного состава, кислотно-щелочного равновесия и объема жидкостей внутренней среды организма, выполняют экскреторную, метаболическую и эндокринную

функцию. Естественно, что при различных заболеваниях почек имеет место нарушения этих чрезвычайно важных функций. Достаточно полные данные о частоте случаев заболеваний почек в литературе отсутствуют.

Почки называют «центральным органом гомеостаза», поскольку в результате их деятельности сохраняются ионный состав и объем биологических жидкостей. Почки поддерживают гомеостаз вследствие их способности контролировать баланс натрия, калия, кальция, магния, водородных ионов, участвовать в метаболизме белков, углеводов и липидов, выделять ряд гормонов и биологически активных веществ (ренин, кинины, эритропоэтин, простагландины). Почки осуществляют экскреторную функцию, в них образуется моча, с которой удаляется часть воды и солей, продукты метаболизма белков, многие из которых токсичны.

В течении ХПН [350] различают два периода: сравнительно бедный симптомами период компенсации, когда, несмотря на резко сниженную функцию почек и относительно высокие цифры азотемии, больные нередко длительно сохраняют удовлетворительное самочувствие и работоспособность, и терминальную фазу, характеризующуюся нарастанием дистрофии, усугублением анемии, гипертензии, сердечной недостаточности. Безусловно, что в своей практике ортопед стоматолог в основном имеет дело с больными, находящимися в периоде компенсации. Но уже и в этот период имеют место достаточно серьезные нарушения обмена, которые не могут не сказаться на состоянии, как твердых тканей зуба, так и СОПР, включая, пародонт.

Как показано выше почки играют важную роль в обмене веществ, детоксикации организма. Изменения в полости рта являются не начальными признаками заболеваний почек, а возникают как следствие вторичных нарушений обменного характера, явлений интоксикации и самоотравления организма вследствие его "зашлаковывания" [40].

В тканях пародонта, наряду с дезорганизацией и деструкцией коллагеновых волокон и основного вещества соединительной ткани, отмечены выраженные нарушения кровообращения [337]. По мнению автора, имеет место опре-

деленная зависимость в развитии иммунопатологических процессов в различных тканевых структурах ротовой полости и почек.

Изменения полости рта у больных страдающих хроническим гломеруло-нефритом, часто являются непосредственным результатом гломерулонефрита или хронической почечной недостаточности. Характерные субъективные изменения: сухость, горечь, неприятный привкус во рту, кровоточивость десен. Указанные признаки чаще всего обусловлены расстройством водного обмена, функции печени, сосудистыми нарушениями, свойственными диффузным заболеваниями почек [32,73,188,238].

Кандидоз слизистых оболочек можно увязать с длительным применением антибиотиков и снижением реактивности организма. Во многом это связано с нарушением функции почек, сопровождающимся нарастанием ацидоза и изменениями реакции слюны в кислую сторону, что благоприятствует росту и размножению грибов [30,237].

Признаками дисбактериоза желудочно-кишечного тракта является кандидоз слизистой оболочки, развивающийся без специфических, характерных для хронического нефрита признаков [182]. При геморрагическом диатезе могут иметь место множественные геморрагии на СО. При острой почечной недостаточности и обострениях хронического течения процесса на СОПР, красной кайме губ и прилежащих участках кожи часто появляются высыпания обычного герпеса. Причиной появления вирусной инфекции, очевидно, является снижение как общих, так и местных факторов неспецифической защиты, а также явления интоксикации, присущие почечной недостаточности. Высыпания редко бывают одиночные, локализованные в одном участке, более характерно диффузное поражение красной каймы губ и прилежащих участков кожи. В начальные периоды проявления вирусного поражения воспалительная реакция и инфильтрация либо отсутствуют, либо незначительны. На почти неизменной коже или слизистой оболочке появляются сгруппированные мелкопузырные элементы, сопровождающиеся жжением и болезненностью. В последующем на их месте образуются экссудативные корки, затрудняющие откры-

вание рта, прием пищи. Эпителизация замедлена, при улучшении течения основного заболевания, заканчивается к 17-20 дню [321].

Костная ткань в комплексе с другими тканями пародонта - это субстрат, в котором развивается патологический процесс при пародонтопатиях. Минеральный компонент костной ткани представлен гидроксиапатитом (фосфорнокислый кальций).

Гломерулонефрит как нозологическая единица является полиэтиологическим заболеванием. В патогенезе заболевания участвуют аутоиммунные механизмы, образование аутоантител против различных компонентов почечной ткани, накопление циркулирующих иммунных компонентов. При этом установлено, что иммунные комплексы малого размера долго остаются в циркулирующей крови и выводятся не вызывая повреждения сосудистой или клубочковой базальной мембраны. Крупные удаляются из периферической крови или поглощаются фагоцитами. Иммунные комплексы средних размеров, достаточно крупные, но растворимые, являются наиболее токсичными.

Согласно многочисленным литературным источникам, состояние иммунной системы при ХГН характеризуется высокой разбалансированностью ее звеньев. Так, при хроническом течении заболевания происходит снижение количество Т-лимфоцитов. Существует определенная фазность изменений функции Т-супрессоров в зависимости от течения заболевания. Так, у больных с ХГН активность Т-супрессоров снижается, при ремиссии – возрастает. При анализе В-звена иммунитета документировано повышение содержания В-лимфоцитов, концентрация иммунных глобулинов класса А, М, G. Таким образом, при данной патологии формируется дисбаланс иммунной системы, выражающиеся в дефиците Т-лимфоцитов и избыточной стимуляции В-звена иммунитета.

Таким образом, в доступной нам литературе имеются лишь единичные работы, показывающие изменения в полости рта при патологии почек, при этом основная их масса посвящена тяжелым нарушениям, когда имеет место тяжелая почечная недостаточность и, нередко, вопрос об оказании специали-

зированной ортопедической стоматологической помощи не стоит. В то же время, значительное число пациентов страдают заболеваниями почек с компенсированной и субкомпенсированной функцией почек, вполне трудоспособные и требуют стоматологического ортопедического вмешательства. В этих условиях возрастает значение предварительной подготовки как организма больного в целом, так и слизистой оболочки полости рта и зубов.

1.1.4. Особенности структурных и функциональных изменений органов и систем человека при болезни крови и кроветворных органов

Ознакомление с научными источниками показало, что влияние других соматических заболеваний (по сравнению с сердечно-сосудистыми заболеваниями) на состоянии тканей пародонта исследовано в меньшей степени. Так, доказано влияние на частоту развития заболеваний пародонта гематологических заболеваний и прежде всего лейкемии [421].

В настоящее время нет ни одной отрасли клинической и теоретической медицины, где бы гематология не находила практического применения. Это объясняется тем, что кровь является «внутренней средой» организма человека, которая с одной стороны, обеспечивает нормальное функционирование всех органов и тканей, а с другой – отражает в большей или меньшей мере все нарушения их функций. Эти разнообразные и весьма сложные функции крови осуществляются ее форменными элементами и плазмой под постоянным регулирующим действием центральной нервной системы.

Издавна известно, что заболевания крови и органов кроветворения сопровождаются изменениями в полости рта. Многочисленные исследования не ставят это под сомнение [83,113,114,138,358,422,428,447,487].

При всех заболеваниях крови симптомы поражения СОПР могут появляться раньше клинических признаков основного заболевания, что заставляет больных обращаться вначале к стоматологу, а затем к гематологу, таким образом, изменения в полости рта могут быть ранними предвестниками заболева-

ний крови [85,92,234,362,398,414].

При обращении в стоматологический кабинет гематологическим больным могут ставиться предварительные диагнозы - острый остеомиелит, ангина, красный плоский лишай, стоматит, глоссалгия, паротит. Клинические особенности стоматитов и других симптомов со стороны полости рта, развивающихся при заболеваниях крови, могут помочь постановке раннего диагноза и проведению своевременного лечения. Были отмечены случаи неправильного вмешательства стоматолога у больных с не выявленным лейкозом [92], приводившие к ухудшению течения основной болезни - лейкоза, и наоборот правильные действия стоматолога, выявившего латентно протекающий лейкоз, что способствовало проведению сравнительно своевременного лечения основной болезни.

Наибольшее число работ о поражениях полости рта при патологии кроветворной системы посвящено лейкозам [6,35,66,427,450]. В основном поражения представлены гиперпластическими и геморрагическими проявлениями на СОПР. С прогрессированием заболевания появляются различного рода некротические поражения, величина и характер которых находится в прямой зависимости от вида, формы лейкоза, а также проводимой терапии. Для острых не лимфоидных лейкозов наиболее характерными в полости рта являются: геморрагический синдром, гиперпластический гингивит, язвенно-некротические поражения, инфекционные осложнения, афтозный стоматит. Изменения в полости рта при остром лимфобластном лейкозе в основном проявляются выраженным геморрагическим синдромом, редко наблюдаются язвенно-некротические и афтозные поражения. Особенности проявлений хронических лейкозов в полости рта заключаются в преобладании геморрагического синдрома, язвенно-некротических и инфекционных осложнений на СОПР при хроническом миелолейкозе. Хронический лимфолейкоз наиболее часто проявляется геморрагическими и инфекционными поражениями [129,130]. Различия в преобладании и серьезности поражений полости рта во время проведения цитостатической терапии не были изучены, хотя многие авторы указывают на

их наличие [245,398,489].

Данные о состоянии зубов у гематологических больных представляют особый интерес в связи с тем, что изменения СОПР зависят от состояния зубов [168,213,214], у лиц с не санированной ротовой полостью чаще наблюдаются патологические процессы слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Изменения в тканях пародонта у гематологических больных обнаруживаются в начале заболевания и протекают бурно [81,123,126,127,130,211,338].

Наибольший интерес представляют собой поражения СОПР, ввиду их специфичности, они часто являются характерными как для патологии системы крови в целом, так и для отдельных групп и форм заболевания. Каждому конкретному заболеванию крови сопутствует комплекс патологических изменений слизистой оболочки полости рта, что подчеркивается рядом авторов [35,129].

Анемия (малокровие) – патологическое состояние, в основе которого лежит уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови, и проявляющееся определенным клинико-гематологическим синдромом. Большинство анемии вторичного происхождения, их рассматривают как один из симптомов основного заболевания, хотя нередко анемический синдром – ведущий в клинической картине и даже определяет прогноз заболевания.

Нередко наряду с общими симптомами анемии у больных выявляются так называемые сидеропенические симптомы: мышечная слабость, не соответствующая глубине анемии, ломкость и выпадение волос, истончение ногтей, ангулярный стоматит, глоссит, иногда отмечаются извращение вкуса.

Железодефицитная анемия характеризуется бледностью и сухостью СОПР [35,120,132,193,263,269,278,279,351,433,459]. Даже латентный дефицит железа, который встречается в 2 раза чаще, чем анемия (20-50% от населения) имеет проявления в полости рта в виде извращения вкуса, парестезии, ангулярного хейлита, атрофического глоссита. Снижение уровня гемоглобина в крови приводит к бледности, синюшности СОПР, атрофии сосочков языка,

дистрофии и атрофии СО, нарушению целостности эпителиального покрова, что ведет к развитию трещин губ, ангулярного хейлита, к частому присоединению вирусной и грибковой инфекции.

Отмечена высокая интенсивность кариеса зубов [82,83] у больных лейкозами с КПУ=12,6 при У=5,9 (41,7%). В ряду заболеваний, при которых интенсивно развивается кариес зубов, называют и железодефицитную анемию [132,278,279]. Были получены данные о зависимости интенсивности кариеса от недостатка поступления железа в организм. У больных наследственными коагулопатиями распространенность кариеса зубов [338] составляет 96-97,8%, что совпадает с данными у здоровых. Однако, осложненные формы кариеса встречаются в 2-3 раза чаще, чем у практически здоровых людей. Интенсивность и течение кариозного процесса зависит от тяжести заболевания [81]. При тяжелом течении интенсивность кариеса вдвое выше, чем при легком. Высокая интенсивность кариеса зубов обусловлена нарушением минерального обмена у гематологических больных, изменением иммунитета, а также боязнью кровотечений при лечении у стоматолога.

Качественный и количественный состав микрофлоры полости рта тесно связан с состоянием организма. Снижение его иммунобиологических свойств сопровождается увеличением общего числа бактерий, нарастанием количества патогенных форм микробов.

Грибы рода *Candida* могут быть причиной развития патологических процессов в полости рта у гематологических больных. Кандидоз слизистой оболочки полости рта - заболевание людей с ослабленным иммунитетом, длительно принимавших высокие дозы антибактериальных средств, изменяющих гомеостаз полости рта. Пациенты с патологией кроветворной системы входят в группу риска номер 1 по этому заболеванию [113,128,245,398,489].

Таким образом, многочисленные исследования различных авторов указывают на частое грибковое и вирусное поражение СОПР гематологических больных при отсутствии характерной клинической картины. Оптимизация диагностики таких поражений является актуальной в целях улучшения тактики

ведения больных.

1.2. Оказание стоматологической помощи больным с заболеваниями внутренних органов.

Каждый зубной протез независимо от качества его изготовления, формы, размеров, материала является для организма инородным телом и довольно сильным хроническим раздражителем многочисленных и разнообразных рецепторов СОПР. Если степень этого раздражения не превышает защитной реактивности организма, то протез оценивается как доброкачественный. Адекватное состояние между раздражителем (зубной протез) и защитной реактивностью организма может быть нарушено в двух основных случаях: когда раздражение слишком сильное (при неправильном изготовлении протеза, или пришедшем в негодное состояние) или при пониженной реактивности организма (при заболеваниях организма), а тем более при совокупности обоих факторов.

При общесоматических заболеваниях и патологии полости рта, морфофункциональные изменения одних сказываются на структуре и функции других [97,99,282,354]. Среди патологии органов полости рта, несомненно, часто встречающейся и не до конца решенной проблемой, как в плане патогенеза, так и с ортопедической точки зрения, является частичное и полное отсутствие зубов. Вопрос о структурно-функциональных изменениях слизистой протезного ложа в зависимости от количества и сроков отсутствия зубов рядом авторами начались решаться [90,178,207,297]. Так, П.Танрыкулиев [349] считает, что клиническая картина беззубой верхней челюсти в зависимости от срока потери зубов и степени изменения твердых и мягких тканей имеет индивидуальные особенности, поэтому при обследовании больного врач должен обратить внимание на малейшие изменения протезного ложа и пограничных с ним тканей челюстей. Автор считает, что пренебрежение учетом особенностей мягкого покрова может привести к ослаблению фиксации и стабилизации протеза.

Повысился уровень диагностики и оказания квалифицированной ортопедической стоматологической помощи по мере совершенствования методов ис-

следования в стоматологии и применения в ортопедической стоматологии новых материалов.

Аденция (частичная или полная) являясь одним из основных видов стоматологической патологии, согласно данным Всемирной организации здравоохранения в различных районах планеты ею страдают до 75% населения [115,199]. При этом прослеживается четкая зависимость между возрастом людей и частотой адентии. Задачи ортопедической стоматологии при лечении больных с частичной утратой зубов состоит в поддержании сохранившихся зубов, сохранение формы беззубых участков альвеолярного гребня, восстановлении функции жевания, нарушенной в результате утраты зубов.

В.Н.Копейкин [201] в своих исследованиях определил, что существенным моментом в этиологии и патогенезе ряда СЗ, в частности, пародонта, является факт неправильного, нерационального ортопедического лечения, часто приводящего к перегрузке тканей пародонта. В первую очередь это связано с отсутствием точных критериев оценки функционального состояния тканей протезного ложа, так как органолептическое, рентгенологическое обследование опорного аппарата зубов и окружающих его тканей не в полной мере дает представление о его компенсаторных возможностях. Возможность оценки состояния тканей, прогнозирования различных реакций и осложнений является важной задачей при ортопедическом лечении и адаптации к различным конструкциям протезов зависит от ранней диагностики состояния тканей протезного ложа.

Из данных литературы известно, что разные ортопедические конструкции оказывают неодинаковое влияние на состояние тканей протезного ложа [116,343]. Так, например, А.И.Довбенко [116] установил, что в сосудистой системе клинически здорового пародонта зубов, граничащих с дефектами зубного ряда, в 39% случаев определяются стойкие функциональные сдвиги, характеризующиеся гипертоническими или гипотоническими состояниями сосудистых стенок. На данном этапе функциональное нарушение микроциркуляции преобладает над процессами перестройки кости, и могут служить ранним кли-

ническим признаком приближающихся костных изменений. Изучение состояния гемодинамики дефектов зубных рядов свидетельствует о некотором восстановлении нарушенного кровообращения тканей десны, после протезирования несъемными мостовидными протезами [94,239].

Любой зубной протез, какой бы конструкции он ни был, будучи лечебным и профилактическим средством, одновременно вступает в полость рта как неадекватный раздражитель. Ткани и органы протезного поля отвечают на это соответствующими реакциями [11,70,177].

Лечебно-профилактическое направление ортопедической стоматологии предусматривает, возможно, более раннее замещение любых дефектов зубного ряда, преследуя целью не только восстановление анатомической формы и функции жевательного аппарата, но и профилактику деформаций зубного ряда. Исходя из этого, нуждаемость населения в протезировании очень велика, а нуждаемость в изготовлении несъемных конструкции достигает 84% от количества протезов, изготовленных больным, обращающимся в клинику ортопедической стоматологии [43,70,156]. Однако замещение дефектов зубного ряда несъемными протезами связано с необходимостью препарирования зубов под опорные коронки, что неблагоприятно отражается на тканях зуба и организме в целом [110,134,135,167,388]. Осложнения при препарировании зубов возникают в результате их значительного перегрева и вследствие вибрации абразивного инструмента.

В связи с этим разработка новых видов режущих инструментов для препарирования, способных свести к минимуму вероятность осложнений во время препарирования зубов, следует признать задачей актуальной и своевременной.

В клинике ортопедической стоматологии издавна большое внимание уделяется анатомо-физиологическим особенностям костной основе и СОПР, а также влиянию съемных пластиночных протезов на подлежащие ткани [10,11,21,24,69,86,155,157,166,174].

Х.И.Ирсалиев [165] изучив особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования зубными протезами показал, что при

частичной потере зубов имеет место изменение состояния СОПР, приводящие к значительному изменению различных звеньев барьерно-защитной функции полости рта, в частности к снижению показателей реографического индекса, тонуса сосудов, напряжения кислорода, уменьшению уровня SIgA. Все это, несомненно, должно учитываться и при оценке состояния слизистой при различной патологии.

Стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов представляет сложную задачу. Под стоматологической реабилитацией понимают не просто восполнение отсутствующих зубов, но и исключение вредных функциональных раздражителей, предотвращая, таким образом, последствия основного заболевания [3,37,58,118,197,243,276,286,299,357,365,366,368,395].

Статистически обоснованная конструкция протеза должна защищать опорные зубы и протезное ложе от неблагоприятных и вредных влияний сил, возникающих во время жевания; подчеркивается, что протез должен получать, по возможности, осевую нагрузку, а удерживающие и опорные элементы должны охватывать коронковую часть опорного зуба, поверхность покрытия опорным элементом должна располагаться под прямым углом к оси зуба [75].

Исследования West К.М. (1983) показали, что снижение сопротивления каркаса протеза силам деформации, развиваемым в результате жевательной нагрузки, ведет к увеличению нагрузки на протезное ложе ротовой полости у больных сахарным диабетом. На основании измерения прочности опорных элементов следует обосновать во всех случаях применение высокопрочных соединительных частей протеза. Для компенсации возникающих у больных сахарным диабетом последствий патологических изменений пародонта, необходимо включение в конструкцию протеза шинирующих элементов [51,78,114,158,160,161,345,346,373].

Таким образом, анализ литературных источников позволяет заключить, что системные соматические заболевания являются одним из факторов риска заболеваний пародонта. Констатация такого научного факта, на наш взгляд за-

ключается не только в необходимости учитывать влияние системной патологии в диагностическом процессе. С этой позиции очень важно для стоматолога учитывать возможности терапии поражений пародонта путем воздействия на соответствующую системную патологию.

В заключении следует отметить, что анализ литературы по влиянию заболеваний внутренних органов на структуру и функцию органов и тканей полости рта показывает, что фоновая общесоматическая патология оказывает существенное влияние на состояние жевательного аппарата вообще и СОПР в частности. Однако, вопросы, касающиеся особенностей профилактики, дифференцированного терапевтического и ортопедического лечения больных с еще многими заболеваниями внутренних органов практически мало изучены и в периодической печати недостаточно освещены.

К сожалению, стоматологическое вмешательство у больных с заболеваниями внутренних органов, нередко проводится без достаточного учета общего состояния больного и вышеописанных изменений со стороны органов и тканей полости рта, что часто приводит к нежелательным осложнениям со стороны внутренних органов и к ошибкам в оказании специализированной стоматологической помощи.

1.3. Перспективы использования методов математического моделирования и электронно-вычислительной техники в стоматологической практике.

Одним из наиболее значимых достижений науке и практике стала компьютерная техника, которая также нашла применение в стоматологии [45,46, 62,84,223,400,448,454].

В последние годы для удобства обработки большого количества медицинской информации стал использоваться автоматизированный метод. Автоматизированная обработка позволяет проводить анализ исследований большой величины по множеству признаков.

Автоматизированный метод может быть применен в зависимости от по-

ставленной задачи. Используется автоматизированная диагностика заболеваний и деформаций челюстно-лицевой области [26,239,240,265]. Для изучения взаимосвязи показателей, оценки информативности симптомов, классификации больных по одному или группе признаков, моделирования показателей нормы - предболезни - болезни - выздоровления может использоваться автоматизированная оценка результатов исследования [210]. Применение автоматизированной оценки результатов исследования позволяет существенно облегчить анализ анамнестических, клинических, лабораторных данных и получить наиболее точные результаты.

Идея применения компьютера для практики ортопедической стоматологии впервые появилась в 1971 году, но только в 1983 году на конференции во Франции был представлен первый прототип системы. Компьютерные системы для проектирования и изготовления ортопедических протезов получили название CAD/CAM-систем.

Сейчас в мире существует несколько центров, ведущих разработки CAD/CAM-систем в различных направлениях. Несмотря на то, что разработанные пакет программ успешно применяются для диагностических целей и как средство обучения, считают сами авторы необходимым его дальнейшее совершенствование [47,226,419,420,435,436,444,457,491].

Срок применения вычислительной техники (ЭВМ) в отечественной (в странах СНГ) стоматологии насчитывает не более 35 лет, главным образом для вариационно-статической обработки результатов, подсчета абсолютных и относительных величин [14], а затем и математического программирования исследований, в том числе при диагностике стоматологических заболеваний [119,249].

Появились первые банк данных программ, предназначенной для накопления и анализа клинико-диагностической информации при разработке методов лечения больных с дефектами зубных рядов с применением дентальных имплантатов [241,257].

Однако в доступной нам литературе нет данных об клинико-

функциональном обосновании изготавливаемых протезов рассчитанных при помощи математического моделирования.

Указом Президента Узбекистана в ноябре 1998 г. принята Государственная программа реформирования системы здравоохранения.

В свете решения глобальных задач в области государственного и общественного строительства, сформированных в докладе Президента И.А.Каримова на первой сессии Олий Мажлиса второго созыва, сегодня необходимо обозначить тактические приоритеты дальнейшего развития здравоохранения страны. Наряду с развитием службы экстренной медицинской помощи, улучшением материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, реформированием системы подготовки кадров и медицинской науки, достижением лекарственной независимости, следует рассматривать акценты и на факторах, значительно способствующих эволюционному развитию отрасли. Одним из них является компьютеризация медицинских учреждений.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан считает информатизацию медицины и здравоохранения страны приоритетным направлением, предусматривающим разработку и внедрение в широкую медицинскую практику современных новейших технологий, направленных на дальнейшее улучшение здоровья населения страны на основе разработки высокоэффективных методов диагностики, профилактики и лечения с применением компьютерной техники.

Использование компьютерных технологий в организации структуры здравоохранения само по себе не сулит существенных экономических выгод, окупаемость их при уровне развития платных услуг на настоящий момент составляет в среднем 5-6 лет. Однако без компьютеризации отрасли и получения достоверной и своевременной информационной поддержки коренное реформирование, а значит, и прогресс системы здравоохранения не возможен (Назиров Ф.Г., Атаханов Ш.Э., 2000).

Не представляет возможности в нашей Республике использовать системы “Cerec” или CAD/CAM-систем, так как они запатентованы и являются

"Khow-how" (Нoу-хaу). Поэтому внедрение компьютерной технологии в практику стоматологии Республики, разработка собственных программ по диагностики, профилактики и методов стоматологического лечения, а также по конструированию индивидуальных зубных протезов в зависимости от анатомо-топографии дефекта зубного ряда, функционального состояния зубочелюстного аппарата и обоснование их клиническими и функциональными исследованиями предоставляет большой научный и практический интерес.

Применение методов вычислительной техники и математического моделирования открывает новые возможности для развития научно обоснованного и строго индивидуального подхода к ортопедическому лечению дефектов зубочелюстной системы [5].

Для количественной и качественной оценки многообразных проявлений со стороны слизистой оболочки полости рта, их зависимости от формы заболевания, применяемого лечения, выделения топографо-анатомических особенностей и сравнительной оценки полученных результатов целесообразно применение автоматизированной оценки.

1.4. Основные выводы из обзора литературы и постановка задачи исследования

Проведенный анализ источников литературы позволяет сделать следующие основные выводы:

1. Учитывая то, что большинство заболеваний внутренних органов сопровождаются с высокой частотой заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, включая слюну с его элементами, профилактика и стоматологическое лечение последних не представляется возможным без учета наличия фоновой общесоматической патологии организма.

2. Несмотря на значительные достижения в ортопедической стоматологии до настоящего времени зубное протезирование проводится без должного учета общего состояния организма. Такой локальный подход обусловлен тем,

что особенности протезирования при различных сопутствующих или предшествующих заболеваниях организма в доступной для практического врача литературе освещены недостаточно и не для всей патологии внутренних органов.

3. К сожалению, приходится констатировать, что данные литературы в основном отражают лишь частоту распространенности тех или иных форм патологии полости рта. Вопросы же особенностей клиники и течения, разработки адекватных общему состоянию здоровья методов профилактики и лечения выявленных стоматологических заболеваний остаются практически не изученными, нет сведений об особенностях ортопедической стоматологической тактики при многих общесоматических заболеваниях организма. Остаются не изученными нуждаемость в зубном протезировании, особенности выбора конструкции протеза и материала при выборе конструкции протезов; особенности ведения этапов изготовления протезов, наставление о режиме пользования протезами, ухода за ними и тканями протезного ложа.

4. Одним из наиболее значимых достижений науки и практики стала компьютерная техника, которая также нашла применение в стоматологии.

Применение методов вычислительной техники и математического моделирования открывает новые возможности для развития научно обоснованного и строго индивидуального подхода к ортопедическому лечению дефектов зубочелюстной системы.

5. Общеизвестно, что неполноценное ротовое пищеварение может явиться патогенетической основой заболеваний внутренних органов, или может служить усугубляющим моментом в течение уже имеющейся патологии. Поэтому, вопросу своевременного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, восстановлению дефектов жевательного аппарата зубными протезами должно уделяться максимум внимания, это на наш взгляд послужит важным профилактическим мероприятием в лечении и предупреждении заболеваний внутренних органов.

Глава II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных групп пациентов

Исходя из поставленной цели настоящей работы, нами изучены состояние органов полости рта у больных страдающих гипертонической болезнью (ГБ), сахарным диабетом I и II типа (ИЗСД и ИНЗСД), хроническим гломерулонефритом (ХГН) и железодефицитной анемией (ЖДА). Общим для указанных нозологических форм заболеваний является наличие обменных нарушений в организме и сдвигов на уровне микроциркуляторного кровеносного русла с развитием дисметоболических процессов на тканевом уровне. Хотя отмеченные патогенетические звенья перечисленных заболеваний занимает различные место по приоритетности в их патогенезе, однако значение этих механизмов в течение и прогнозе, а также в разработке тактики лечения указанных заболеваний, очевидно.

Клинические наблюдения проведены на 311 больных с общесоматической патологией с нарушением гемодинамики, которые влияли на кровеную микроциркуляцию органов и тканей организма. Из 311 больных 102 были мужчины и 209 женщины в возрасте от 18 до 78 лет с длительностью заболевания от 1 до 26 лет.

Из числа обследованных 95 (18,89%) больных были диагностированы гипертоническая болезнь, 102 (20,28%) - сахарный диабет, 47 (9,34%) - хронический диффузный гломерулонефрит и 67 (13,32%) - железодефицитная анемия.

Группу сравнения (контрольная группа) составили 192 человека без фоновой патологии, в возрасте от 17 до 66 лет, из которых мужчин – 71 (36,98%), женщин – 121 (63,02%), с интактным зубным рядом -51 (26,56%) человек и частичным отсутствием зубов – 141 (73,44%) пациента.

Каждая группа больных в зависимости от формы и течения заболевания были подразделены от 2 до 4 подгрупп.

Данные о контингенте обследованных больных представлены в табл. 2.1.-2.2.

Таблица 2.1.

Частота нозологических форм у обследованных больных

№	ДИАГНОЗ	Количество обследованных пациентов		Пол	
		п	%	М	Ж
1	Гипертоническая болезнь	95	18,89	40	55
2	Сахарный диабет	102	20,28	35	67
3	Хронический гломерулонефрит	47	9,34	12	35
4	Железодефицитная анемия	67	13,32	15	52
ВСЕГО обследованных больных		311	61,83	102	209
5	Контрольная группа	192	38,17	71	121
ИТОГО		503	100,00	173	330

Таблица 2.2.

Возрастной состав больных с заболеваниями внутренних органов

Вид заболевания	Возрастные группы					ВСЕГО
	17-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	
Гипертоническая болезнь	-	9	22	27	37	95
Сахарный диабет	6	10	19	28	39	102
Хронический гломерулонефрит	11	12	14	5	5	47
Железодефицитная анемия	17	8	18	9	15	67
ВСЕГО	34	39	73	69	96	311
Контрольная группа	76	47	32	24	13	192
ИТОГО	110	86	105	93	109	503

План обследования больных включал: оценку общего состояния больных (заключение специалистов) и оценка состояния органов полости рта (за-

ключение стоматолога).

Больные с заболеваниями внутренних органов были обследованы на кафедрах внутренних болезней Ташкентской медицинской Академии (заведующий кафедрой проф. А.А.Гадаев, проф. Каримов М.Ш, проф. Д.К.Нажмутдинова, проф. Мавлянов И.Р.), и в НИИ гематологии и переливании крови МЗ Республики Узбекистан.

Лабораторное исследование включало бактериоскопическую, цитологическую диагностику, общий анализ крови и мочи по общепринятой методике. Результаты лабораторных исследований были получены из соответствующих клиник.

Из 503 обследованных больных, 313 (62,23%) была оказана комплексная стоматологическая, в том числе ортопедическая помощь. Зубные протезы изготавливались по общепринятой методике и по методике, разработанной нами (Патент Республики Узбекистан № 2582 от 11.07.2005).

Предложены комплексные методы обследования, включающие клинικο-стоматоскопические, ГДМ, реографические и ЛДФ-метрические, рентгенологические и рентгеноденситометрические, термометрические, морфологические и иммунологические исследования для диагностики заболеваний полости рта, дифференциации их различных клинических форм и определения степени тяжести течения болезни (схема 1. см. Приложение 1).

2.2. Клинικο-функциональные методы оценки состояние органов полости рта обследованных больных

Обследование пациентов проводилось по общепринятой схеме. Результаты обследования заносились в специальную карту, разработанную сотрудниками кафедры, и вводились в специальную программу «Стоматолог» на ЭВМ. Обращалось внимание на сроки возникновения клинических изменений твердых и мягких тканей полости рта, их взаимосвязь с началом и последующим течением основного заболевания организма. Выяснялась причина и давность потери зубов, состояние жевательного аппарата. При исследовании ор-

ганов полости рта определяли топографию дефектов зубных рядов и его протяженность, наличие антогонирующих зубов, состояние твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, оценивали окклюзионную поверхность зубных рядов. Выясняли ранее проведенное ортопедическое лечение, его эффективность, срок и режим пользования зубными протезами, а также оценивали качество зубных протезов.

При внешнем осмотре обращали внимание на конфигурацию лица, соотношение высоты средней и нижней трети лица, наличие деформаций, состояние мягких тканей, проводили пальпацию подбородочных и шейных лимфатических узлов.

Осмотр ротовой полости начинали с его преддверия. При этом особое внимание уделялось состоянию десен - их окраске, отечности, атрофическим и гипертрофическим изменениям, кровоточивости. Обращали внимание также на выраженность и место прикрепления уздечек губ и языка, глубину преддверия полости рта. Проводили определение глубины патологических зубодесневых карманов опорных зубов.

При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта мы придерживались классификации А.И.Рыбакова и Г.Н.Банченко (1978), а протезных стоматитов - классификацией С.А.Зуфарова (1981).

Для более детального изучения СОПР проводились стоматоскопическое исследование при помощи люминесцентного фотодиагностоскопа (модель-611) и операционного микроскопа (модель-178), увеличивающий объекты наблюдения от 4 до 25 раз.

Степень атрофии альвеолярных отростков оценивали по классификации В.Ю.Курляндского (1977). Болезни пародонта классифицировали согласно рекомендации XVI Пленума Всесоюзного общества стоматологов (Ереван, 1983).

Распределение больных по локализации дефектов зубных рядов (по классификации А.Л.Грозовский, 1951) и количества отсутствующих зубов мы систематизировали в виде следующего рис. 2.1. (на примере контрольной группы).

Исследуя слизистую оболочку полости рта под большим увеличением, мы обращали внимание на степень просвечиваемости подлежащих сосудов, равномерность цвета, наличие кератоза. При осмотре поверхности слизистой оболочки нижней губы и твердого неба обращали внимание на состояние мелких слюнных железок. При стоматоскопическом исследовании уточняли диагноз и характер течения патологии тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Данные о состоянии твердых и мягких тканей полости рта, полученные в результате обследования, сопоставлялись с данными контрольной группы.

При определении выносливости пародонта мы пользовались электронным гнатодинамометром М.В.Бекметова и Т.А.Хаджиметова (1992).

Для определения того, насколько соответствуют цифровые показатели электронного табло используемого гнатодинамометра в килограммах, была составлена калибровочная кривая при помощи механического динамометра с килограммовыми показателями.

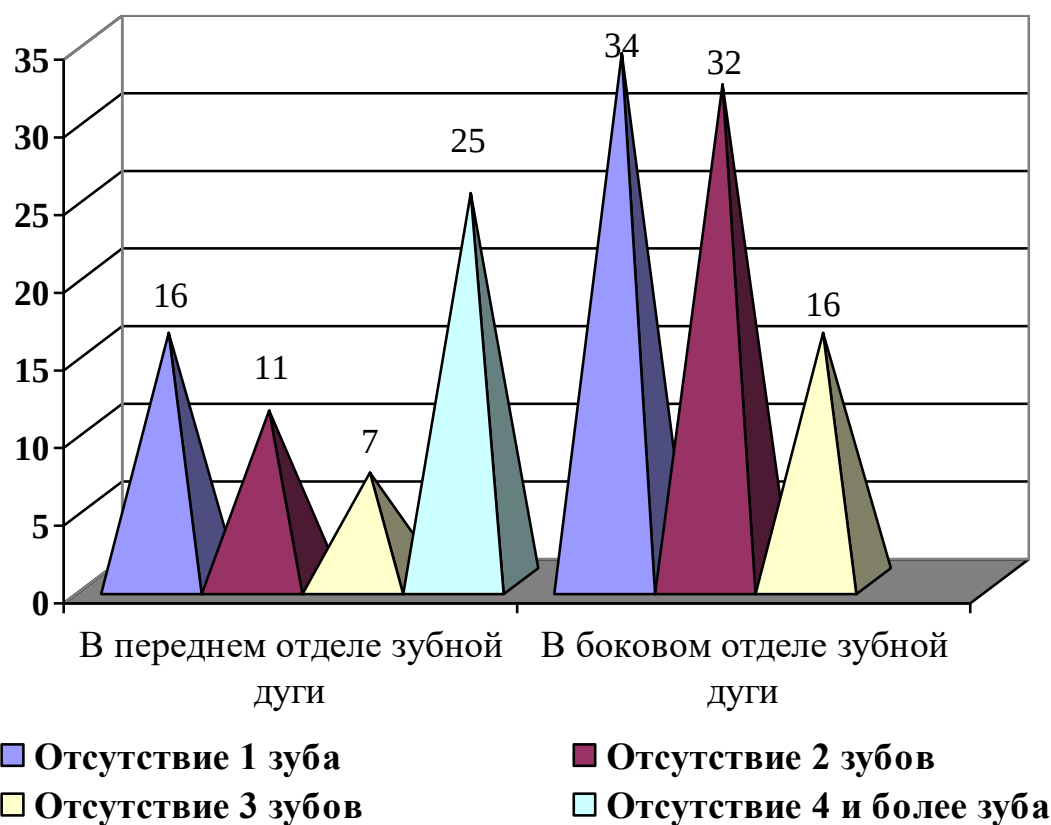


Рис.2.1. Количество больных с частичными дефектами зубных рядов по их локализации и протяженности (n=141)

Максимальная вертикальная и горизонтальная нагрузка, воспринимаемые естественным зубом, измерялись трижды с интервалом в 10-15 мин. Максимальное значение нагрузок было занесено в специальную карту исследования.

При определении подвижности зубов мы пользовались прибором, собственной конструкции (Патент РУз. № 3721, 3N1HDP 9500571.1).

Предлагаемый нами аппарат для измерения подвижности зубов основан на электромеханическом принципе действия, и принцип его работы представлен в Приложении 2.

Исследование функционального состояния пародонта как в области дефекта зубного ряда, так и в области антагонистов, проводили с помощью реопародонтографии. Реографию проводили по тетрополярной методике с помощью реоплетизмографа РПГ-202 и самописца Н-338-4М. Синхронно с реографией записывали ЭКГ во II стандартном отведении и реограмму (РГ) периферических сосудов пальца руки по методике Логиновой Н.К., и соавт.(1980). При этом нами использованы специальное фиксирующее устройство и электроды, разработанной сотрудниками нашей кафедры, К.Б.Мавляновым и И.Н.Залевским.

Запись вели при скорости движения ленты 25 мм/с и 50 мм/с, калибровочный сигнал 0,1 Ом в среднем был высотой $6,0 \pm 2$ мм.

Реопародонтографические исследования проводились у 276 больных с частичными дефектами зубных рядов и 51 практически здорового лица под воздействием жевательной нагрузки. Все 327 реограммы были подвергнуты количественному и качественному анализу по методике, разработанной в ЦНИИС А.А. Прохончуковым с соавт. [304, 305]. Для количественной оценки было отобрано 130 реограмм.

В качестве функциональной пробы (жевательная нагрузка) применяли тест-нагрузку гнатодинамометром с дозированной силой действия до 5 кг в течение одной минуты.

С целью изучения реактивности микрососудов пародонта в норме и при его патологии, мы также проводили лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ). Она осуществлялась с помощью российского прибора – Лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01», производство НИИ «Лазма». Он оснащен трехканальным световодным кабелем с диаметром поперечного сечения 0,3 см, в состав которого входит один световод, передающий лазерное излучение с длиной волны 0,63 мкм на исследуемые поверхности и два световода, осуществляющие прием и передачу отраженного фотосигнала к фотодетектору. Аппарат имеет интерфейсный блок, позволяющий подключить его к компьютеру и вести мониторинг изменений кровотока в процессе исследования. Зарегистрированная доплерограмма в памяти компьютера обрабатывалась с помощью программного обеспечения.

Способ измерения микроциркуляции крови при помощи лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) представлен в Приложении 3.

Всего выполнено методом реографии – 327 исследований и методом лазерной доплеровской флоуметрии – 135 исследований.

Из рентгенологических исследований в основном, обследуемым проводили дентальные снимки на аппарате с блоком 5Д2, пульт "Minorex" (Франция).

Для получения ортопантограммы использовали рентгеновский аппарат фирмы «SIEMENS», доза 76-KW, экспозиция 19 с, время проявки 6-8 минут. Далее на основании полученных рентгеновских снимков на четырех точках нижней челюсти, а именно на ветви, углу нижней челюсти, Foramen mentalis и на альвеолярном отростке проводили денситометрию при помощи аппарата «DENSITY» фирмы «SIEMENS».

Устанавливалась оптическая плотность изображения исследуемых участков кости, которую сравнивали с оптической плотностью изображения - индикатора качества (см. Приложение 4).

При оценке ортопантограмм определялась степень и характер атрофии альвеолярных отростков в зоне отсутствия зубов, состояние альвеолярного края, плотность и структура нижнечелюстной кости на всем ее протяжении.

Всего произведено 545 дентальных и 89 панорамных рентгеновских снимков у больных с общесоматическими заболеваниями и дефектами зубных рядов.

2.3. Специальные методы исследования

Термометрические исследования слизистой оболочки полости рта

Для измерения температуры слизистой оболочки полости рта и для изучения степени нагревания твердых тканей зуба во время препарирования, использован предложенный нами «Электронный термометр стоматологический – ЭТС-1» (удостоверение на рационализаторское предложение №1015). Устройство и принцип работы ЭТС-1 представлен в Приложении 5.

В ходе исследования выполнено 186 измерений температуры твердых тканей зубов и более 580 измерений точек слизистой оболочки полости рта.

Морфологические и иммунологические методы исследования

Для выявления патоморфологических изменений в слизистой оболочке полости рта у больных с общесоматическим заболеванием нами изучались в биоматериалах десны и слизистой альвеолярного отростка, полученных во время хирургической подготовки полости рта к зубному протезированию. Полученный материал фиксировали в 4% растворе нейтрального формалина на фосфатном буфере (рН 7,2-7,4), заливали в парафин по Лойда с соавт. (1982). Из полученных блоков готовили серийные срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Выявление нейтральных мукополисахаридов проводилось с помощью ШИК-реакции. Морфологические исследования проводили на кафедре гистологии ТМА (зав.каф. д.м.н., проф. Юлдашев А.Ю.).

Для оценки специфической защиты полости рта определяли уровень секреторного иммуноглобулина А (SIgA). Определение уровня иммуноглобулина проводили по методу Manchini et al. (1965).

Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне, забор и обработку слюны проводили по методу М.А.Темирбаева [353]. Для опреде-

ления активности лизоцима в слюне нами был использован модифицированный способ забора слюны, предложенный Ш.Р.Алиевым и Д.А.Умаровой [16], при помощи стерильных бумажных дисков.

Иммунологические исследования проводили у 94 больного с различными формами заболевания пародонта на фоне общесоматической патологии у 72 больных (23,2%) и без фоновой патологии у 22 больных (11,5%). Группы больных были однородны по тяжести основного заболевания и патологии пародонта. Иммунологические исследования проводили на кафедре микробиологии и иммунологии ТМА (зав.каф. доктор медицинских наук, проф. И.М.Мухамедов).

Все материалы клинического, функционального и лабораторного исследования были подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента-Фишера, с применением ЭВМ типа IBM/PC в НУЦ Первого Ташкентского медицинского института. В исследовании были использованы графическая и статистическая программа «ДИАСТА» фирмы «ИМБРИС» (Калининград, 1991) и «Statgrat», а также методы описательной и вариационной статистики. Каждая группа наблюдения имела собственную базу данных, при обработке которых исходили из цели и задач нашего исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Глава III. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

3.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований полости рта у пациентов контрольной группы

Группу сравнения (контрольная группа) составили 192 человека (из них 71 мужчин и 121 женщин) в возрасте от 17 до 66 лет, с интактным зубным рядом - 51 (26,56%) человек и частичным отсутствием зубов - 141 (73,44%). Возрастной и половой состав контрольной группы пациентов приведены на рис.3.1.1.

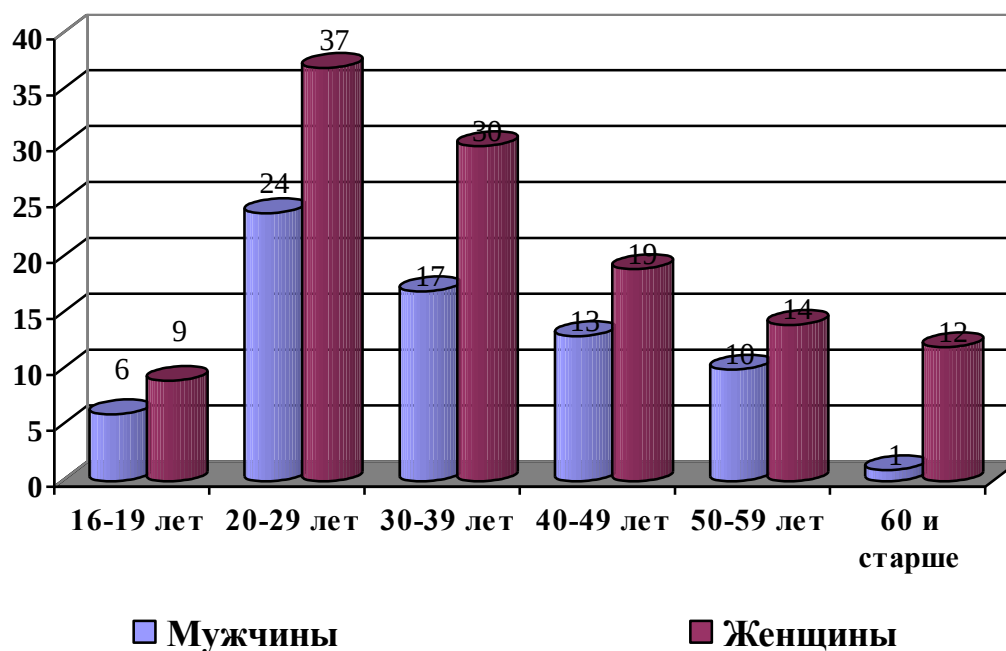


Рис. 3.1.1. Возрастной и половой состав контрольной группы пациентов (n=192)

Результаты обследования состояния зубов и зубных рядов контрольной группы с дефектами зубных рядов показали, что клиновидные дефекты у них выявлены в 2,6% (5 человек) случаев, патологическая стираемость – 9,37 % (18 человек), гиперестезия твердых тканей зуба - в 10,93% (21 человек), травма зу-

бов с отколами части коронок отмечена у 4,16% пациентов (8 человек). Из всех обследованных у 14,58 % пациентов (28 человек) имело место вторичная деформация зубных рядов. Пограничные зубы в области дефектов становились несколько конвергированными (наклоненными в сторону дефекта) и нередко с патологическими зубодесневыми карманами, а альвеолярный отросток в области отсутствующих зубов подвергался разной степени атрофии.

Интенсивность кариеса и гигиенический индекс пациентов контрольной группы представлен в табл.3.1.1.

Таблица 3.1.1.

Интенсивность кариеса зубов и гигиенического индекса контрольной группы

Группа пациентов	Общее кол-во больных	Структура элементов КПУ				ГИ
		Зуб кариозный	Зуб пломбированный	Зуб удаленный	Индекс КПУ	
Контрольная группа	192	0,58	0,76	3,94	5,28	1,6

При обследовании 141 пациентов этой группы без фоновой патологии с частичным дефектом зубного ряда у 115 (81,56%) на красной кайме губ выраженных патологических изменений не обнаружены. У 26 обследованных наблюдалось незначительное шелушение поверхности красной каймы губ. Как на слизистой губы, так и на щеки просматривались контуры подлежащих кровеносных сосудов.

Сопоставление поражаемости гингивитами в области интактных зубов и в области зубов, пограничных дефекту зубного ряда, показало, что у первых его распространенность составила 2,1 %, против 9,2% у вторых.

На слизистой оболочке щеки часто наблюдается кератозоподобные побледнения в зонах соответствующих пограничным зубам, видны отпечатки зубов-антагонистов. У 78,7% (111 человек) больные отмечают и осознают неполноценность жевания, 29,8% (42 человек) отмечают изменения привычной стороны жевания, 40,4% (57 человек) указывают на переключения жеватель-

ной функции на премоляры и передние зубы, 2,8% (4 человека) больные жаловались на недостатки в слюноотделения, и около 5% (7 человек) - на гиперсаливацию.

При клинико-стоматоскопическом обследовании состояния СО протезного ложа у больных с частичным отсутствием боковых зубов, отмечалась сглаженности поверхности слизистой оболочки, цвет ее бледный, отсутствуют контуры подлежащих сосудов и соединительно-тканых сосочков. СО альвеолярного отростка все более активно участвуя в механических процессах жевания, больше подвергается естественному самоочищению, а, как известно, механическое раздражение улучшает трофику тканей протезного ложа. Обращено внимание и на то, что при отсутствии одного зуба или при наличии нескольких малых частичных дефектов, состояние СО альвеолярных отростков часто имели признаки маргинального гингивита, видимо, обусловленные зубным налетом и скапливающимися в этой зоне остатков пищи. Слизистая в этих зонах рыхлая, легко кровоточивая, синюшного оттенка, видны участки травматических ран, что находит свое подтверждение в морфологических исследованиях проф.Х.И.Ирсалиева [165].

На нижней челюсти эпителий СО в области отсутствующих зубов слегка шероховатая, в области переходной складки она истончается. При этом редкие кровеносные сосуды ясно выражены, а промежутке между сосудами прозрачны и бледны.

На непораженной стороне зубной дуги слизистая оболочка щек и губ покрыты неороговевающим эпителием, имели чистую розовую поверхность с четко просвечивающими контурами сосудов разного калибра.

Из несъемных конструкции: одиночными коронками пользовались 27 человек, в общей сложности в количестве 78 единиц; мостовидными протезами - 18 человек (всего 43 единиц); и одиночными коронками и мостовидными протезами (в том числе и консольными зубными протезами) - 10 человек (всего 32 единиц).

Из съемных конструкции: частично-съемными зубными протезами поль-

зовались 17 человек, в общей сложности в количестве 21 единиц; бюгельными зубными протезами пользовались 7 человек (всего 9 единиц).

Таким образом, клинико-стоматоскопическое обследование показало, что дефекты зубных рядов приводит к анатомическим изменениям тканей полости рта. Эти изменения характеризуются перераспределением механических нагрузок в зубном ряду и в слизистой протезного ложа, перераспределение зон гигиенического неблагополучия и механических травм протезного ложа.

Результаты функциональных исследований полости рта пациентов контрольной группы представлены в Приложении 6.

3.2. Результаты исследования органов полости рта больных с гипертонической болезнью

Клинические наблюдения проведены у 95 больных, из них 40 мужчин и 55 женщин, в возрасте от 30 до 78 лет. Возрастной и половой состав больных с гипертонической болезнью представлен в табл. 3.2.1.

Таблица 3.2.1.

Возрастной и половой состав больных с гипертонической болезнью (n=95)

Пол	Возрастные группы					ВСЕГО
	17-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	
Мужской	-	5	9	12	14	40
Женский	-	4	13	15	23	55
ИТОГО	-	9	22	27	37	95

Из числа обследованных у 5 (5,26%) больных в возрасте от 31 до 60 лет было диагностировано гипертоническая болезнь I стадии, у 73 (76,85%) больных в возрасте от 31 до 78 лет - II стадия и у 17 (17,89%) больных в возрасте от 41 до 78 лет - III стадия (табл. 3.2.2.).

Наиболее распространенным является II стадия ГБ, из общего количества обследованных (95 чел), II стадия встречалась у 73 (76,85%) человек. Эта

группа больных является наиболее трудоспособным слоем населения и требует особой стоматологического лечения, в том числе – ортопедического.

Таблица 3.2.2.

Возрастной и половой состав больных с гипертонической болезнью по стадии основного заболевания

Стадии болезни	Возрастные группы					ВСЕГО	Пол	
	17-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше		М	Ж
I стадия	-	2	2	1	-	5	2	3
II стадия	-	7	19	24	23	73	33	40
III стадия	-	-	1	2	14	17	5	12
ИТОГО	-	9	22	27	37	95	40	55

3.2.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов, тканей пародонта и зубных протезов

Со стороны полости рта у больных гипертонической болезнью были выявлены следующие жалобы: большинство обследованных (27 человек) жаловались на незначительный зуд в деснах, их кровоточивость при механическом раздражении (чистка зубов, прием жесткой пищи). Из анамнеза удалось выяснить, что заболевание начиналось постепенно, длительно протекало практически бессимптомно.

У больных (21 человек - 22,1%), с пародонтитом тяжелой степени, наблюдались подвижность и выпадение зубов, они жаловались на боль и неприятные ощущения в деснах, запахи из полости рта, на гиперестезию твердых тканей зубов и другие.

Стоматоскопическое обследование установило, что у больных с ГБ распространенность кариеса равна 93,4%, то есть намного чаще, чем у контрольной группы пациентов (79,9%).

Выявлена также высокая интенсивность кариеса. Суммарный индекс КПУ в среднем составил 10,65 зуба на одного осмотренного. Отмечается возрастание интенсивности поражения зубов кариесом в зависимости от тяжести

течения ГБ (рис. 3.2.1.). Так, при 1 степени тяжести интенсивность кариеса зубов в среднем составила $8,80 \pm 0,54$, а при тяжелой 3 степени – $12,71 \pm 0,87$.

Таким образом, у больных ГБ установлена высокая интенсивность кариеса зубов, на которую значительно влияет тяжесть течения основного заболевания. При возрастании тяжести основного заболевания индекс КПУ достоверно возрастает.

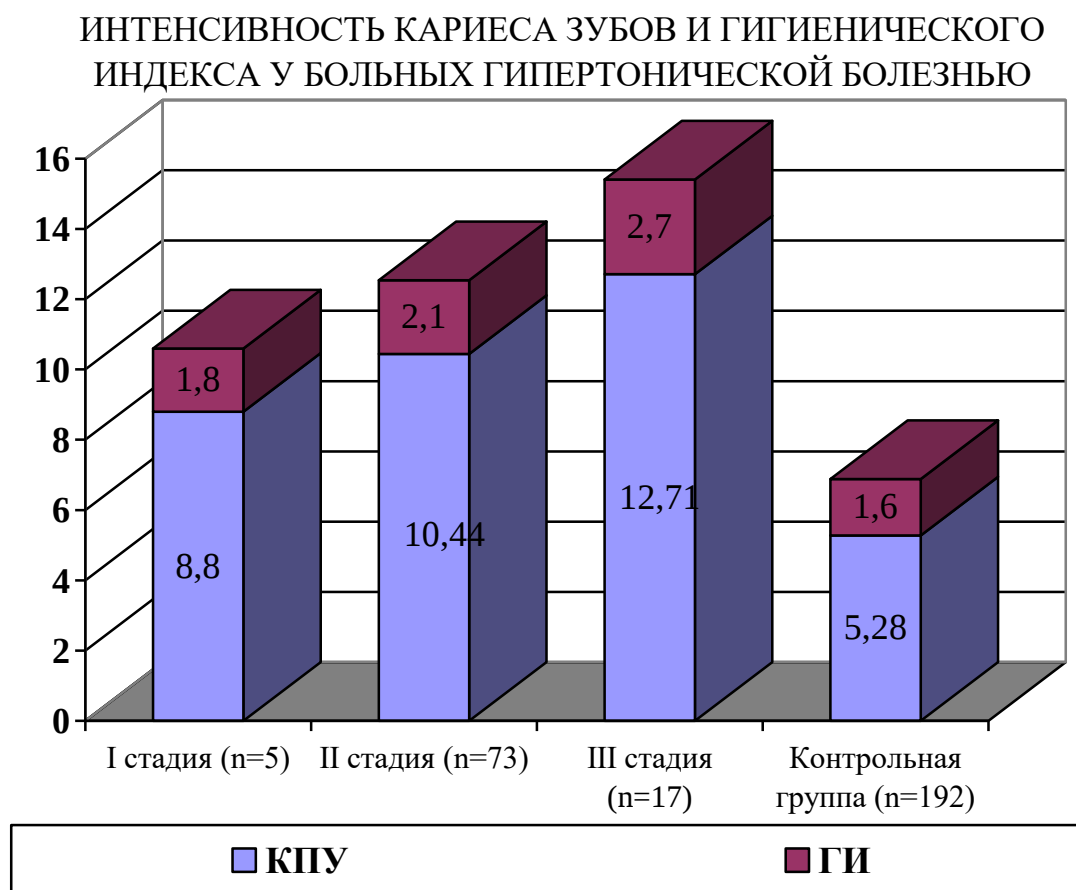


Рис. 3.2.1. Интенсивность кариеса зубов и гигиенического индекса у больных ГБ

Изучение гигиенического состояния полости рта у больных ГБ показало, что оно было неудовлетворительное, и ГИ равнялся в среднем $2,2 \pm 0,29$. Индекс гигиены как «неудовлетворительный» и «плохой» наблюдался у 28% больных со II степени тяжести основного заболевания и у 85% - III степени тяжести.

Результаты обследования состояния зубов и зубных рядов показали, что клиновидные дефекты выявлены в 2,6% (5 человек) случаев, патологическая

стираемость – 9,37 % (18 человек), травма зубов с отколами части коронок отмечена у 4,16% пациентов (8 человек). Из всех обследованных у 14,58 % пациентов (28 человек) имело место вторичная деформация зубных рядов.

Изучение состояния тканей пародонта показало, что у больных гипертонической болезнью, патология тканей пародонта в виде различных форм гингивита, пародонтита и пародонтоза и составляет 91,6% (Табл.3.2.3.).

Таблица 3.2.3.

Состояние тканей пародонта в зависимости от тяжести основного заболевания

Стадии болезни	Кол-во больных	Заболевания тканей пародонта				
		Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	ВСЕГО	%
I стадия	5	2 (40,0%)	2 (40,0%)	-	4	80,00
II стадия	73	17 (23,29%)	34 (46,57%)	16 (21,92%)	67	91,78
III стадия	17	4 (23,53%)	7 (41,18%)	5 (29,41%)	16	94,12
ИТОГО	95	23	43	21	87	91,58

Особенностями клинического течения ЗП являлись преобладание острого и обострившегося течения с абсцедированием в большей мере у больных ГБ 2-3 стадии. При этом большинство из них нерегулярно и некачественно ухаживает за полостью рта. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной у 44,6% находился в пределах от 3 до 5 баллов.

В табл. 3.2.4. приведены данные о состоянии пародонта в зависимости от длительности основного заболевания.

При длительности ГБ до 5 лет наблюдается легкая стадия пародонтита и с увеличением срока заболевания до 10 лет преобладает средняя и тяжелая стадия генерализованного поражения пародонта. Плохая гигиена полости рта, и ухудшение общего состояние больного увеличивает процент средней и тяжелой степени пародонтита. При одинаковой для всех групп длительности ГБ до 5 лет в 1-2 стадии болезни преобладает средняя степень тяжести, а в 3 ста-

дии – тяжелая.

Таблица 3.2.4.

Распределение больных в зависимости от длительности гипертонической болезни и степени тяжести заболевания пародонта

Степень тяжести ЗП	Кол-во больных	Длительность заболевания				
		до 1 года	1-5 лет	6-10 лет	11 и более	ВСЕГО в %
Отсутствие патологии пародонта	8	4 (4,2%)	3 (3,2%)	1 (1,0%)	-	8,42
Легкая форма ЗП	19	9 (9,5%)	6 (6,3%)	2 (2,1%)	2 (2,1%)	20,00
Средняя форма ЗП	42	6 (6,3%)	8 (8,4%)	13 (13,7%)	15 (15,8%)	44,21
Тяжелая форма ЗП	26	1 (1,0%)	4 (4,2%)	10 (10,5%)	11 (11,6%)	27,37
ИТОГО	95	20 (21,1%)	21 (22,1%)	26 (27,4%)	28 (29,4%)	100,0

Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки протезного ложа показали, что у 36 (37,9%) больных из 95 наблюдалась отечность СОПР, гиперемия десневого края в области имеющихся зубов, порой обильные над- и поддесневые отложения. Фокус воспаления находился, как правило, в области имеющихся зубов. Здесь наблюдалось резкое расширение поверхностных капилляров, иногда петехиальные кровоизлияния, по периферии наблюдался спазм поверхностных сосудов, бледно-розовой окраской слизистой. Указанные изменения слизистой, по-видимому, обусловлены патологией сосудистой системы в целом (рис. 3.2.2).

Характерно было появление на слизистой оболочке геморрагических пузырей. Эти пузыри появлялись, по словам самих больных, вследствие травмы СОПР от острых краев разрушенных зубов, от случайной травмы грубой пищей, острыми краями протезов или беспричинно. После вскрытия пузырей образуются эрозии, которые быстро эпителизируются.

Имеющиеся зубные протезы часто не соответствовали предъявляемым требованиям и служили дополнительным раздражающим фактором. Призна-



Рис. . 3.2.2. Цианоз и отечность слизистой оболочки при гипертонической болезни

ков воспаления в окружении пузырей и подлежащих тканях обычно не наблюдались. Пузыри, как правило, единичные, фиксированные на одном участке и эти геморрагические пузыри чаще всего наблюдаются на слизистой оболочке мягкого неба, дна полости рта, щеках, реже на слизистой оболочке десен и твердого неба (табл. 3.2.5.).

Таблица 3.2.5.

Локализация поражений слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью

Форма заболевания	Кол-во бол-х	Локализация поражения СОПР						
		Налеты на языке	Сухость и шелушение губ	Кератозы щеки	Афты	Кровоизлияние СОПР	Отек СОПР	Отпечатки зубов
ГБ	95	+	++	+	+	+++	++	+

Примечание: + - редкое поражение; ++ - частое поражение; +++ - очень частое поражение СОПР

33 больные (34,7%) стоматоскопически характеризовались тотальным или субтотальным отеком СОПР, спазмом периферических сосудов. Цвет слизистой бледный, местами (в области переходных складок, десневых сосочков и др.) белесоватый налет гиперкератотического происхождения. У лиц пользовавшихся съемными конструкциями зубных протезов, имелись отчетливые отпечатки краев протеза. У 26 (27,3%) больных стоматоскопически

наблюдались изменения как воспалительного, так и дистрофического характера.

Таким образом, на основании клинико-стоматоскопических исследований СОПР у больных ГБ различной степени тяжести условно выявляются 3 группы больных: 1-ая группа - преимущественно с изменениями воспалительного характера, 2-ая группа с доминированием признаков дистрофического характера и 3-ья группа - с выраженными признаками как воспалительного, так и дистрофического характера. При этом тщательный стоматоскопический анализ позволил нам выявить, что разделение этих больных на группы оказалось условным, так как ряд признаков воспалительного, дистрофического характера в различной степени выраженности встречались во всех обследованных нами группах больных с ГБ.

Больные с гипертонической болезнью пользовавшиеся несъемными конструкциями: одиночными коронками 16 (16,84%) человек, в общей сложности в количестве 86 единиц; мостовидными протезами - 20 (21,05%) человек (всего 43 единиц); и одиночными коронками и мостовидными протезами (в том числе и консольными зубными протезами) - 12 (12,63%) человек (всего 32 единиц).

Съемными конструкциями пользовались: частично-съемными зубными протезами - 12 (12,63%) человек, в общей сложности в количестве 18 единиц; полными съемными протезами - 15 (15,79%) человек (всего 22 единиц).

Анализ состояния зубных протезов, их функциональной ценности у обследованных лиц показали, что у лиц пользовавшихся одиночными коронками из 86 коронок 61 (70,93%) не отвечали функциональным и эстетическим требованиям, предъявляемым к искусственным коронкам, и подлежали замене новыми.

У лиц пользовавшихся мостовидными протезами (в их число входят также лица, пользующиеся и одиночными коронками и мостовидными протезами) из 75 единиц протезов 32 (42,67%) отвечали функциональным и эстетическим требованиям. А 43 единиц протезов (57,33%) – были негодными из-

за нарушения окклюзии, нарушения взаимоотношения тела мостовидного (или консольного) протеза со СО альвеолярного отростка, откола пластмассовых фасеток от тела мостовидного протеза, нарушение взаимоотношение СО десневого кармана с краем опорных коронок и других причин.

Ряд патологических изменений обнаружен нами на СО щеки, языка, находящихся в контакте с протезами и другие проявления дискомфорта в полости рта, в виде повышенного слюновыделения или, наоборот, сухости, нейрогенных расстройств – чувства жжения, покалывания и другие. Наиболее часто со стороны СО щеки, в зонах, соответствующих мостовидным протезам, обнаруживались различные кератозы (помутнения эпителия).

У лиц пользовавшихся частичными съемными протезами (в их число входят также лица, пользующиеся и одиночными коронками и мостовидными протезами) из 18 единиц протезов (у 12 человек) 11 единиц (61,1%) не отвечали функциональным и эстетическим требованиям.

Стоматоскопические исследования показали, что слизистая оболочка десны, прилегающая к бортам базиса съемного протеза, как правило, имеет патологические изменения, выражающиеся в атрофии, в отдельных случаях гипертрофии.

У лиц пользовавшихся полными съемными протезами из 22 единиц протезов (у 15 человек) только 4 единицы (18,18%) отвечали функциональным и эстетическим требованиям, а остальные подлежали замене новыми.

У больных пользующихся частично-съемными пластиночными протезами патологические изменения были обнаружены чаще в области десневого края, а при ношении полных съемных протезов травматические изменения со стороны СОПР обнаруживались в зонах костных выступов, подвижной слизистой оболочки и по границам протезов.

Анализ стоматологического статуса больных гипертонической болезнью выявил высокую нуждаемость в стоматологической помощи - 94,7%.

3.2.2. Результаты реографических исследований больных с ГБ

Центральным звеном в развитии микроциркуляторных нарушений являются расстройства капиллярного кровотока, обычно начинающиеся со снижением его интенсивности, а заканчивающиеся развитием стаза крови в нутритивном звене микроциркуляторного русла. Объективная регистрация капиллярного кровотока важна как для оценки системных и локальных расстройств микроциркуляции, так и для прогноза течения тех или иных патологических состояний.

Реографическое исследование проведено у 32 (33,68%) из 95 больных с гипертонической болезнью. У 3 (9,38%) из 32 больных гипертонической болезнью диагностирована 1 стадия тяжести, у 22 (68,75%) – 2 стадия тяжести и у 7 (21,87%) – 3 стадия тяжести.

При исследовании выявлено, что реографическая кривая характеризуется резким повышением ее амплитуды и горбовидной восходящей частью. Вершина реографической кривой притупленная, декротическая волна слабо выражена, и смещена к вершине реограммы. Все эти показатели свидетельствуют о повышении тонуса стенок сосудов. По всей видимости, такое состояние реографических показателей связано с нарушением функции микрососудов артериального и венозного звена.

Анализ количественной характеристики реопародонтографии у пациентов с гипертонической болезнью показал нарушение эластичности сосудов, понижение РИ, увеличение индекса периферического сопротивления и показателя тонуса сосудов (табл. 3.2.6.).

Таблица 3.2.6.

Показатели РПГ при различной степени тяжести у больных с гипертонической болезнью ($M \pm m$)

Группа обследованных больных	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	$P > <$
Контрольная	51	$0,090 \pm 0,002$	$81,9 \pm 5,03$	$13,8 \pm 2,26$	
Больные I стадии ГБ	3	$0,089 \pm 0,033$	$88,3 \pm 3,01$	$15,5 \pm 3,02$	$<0,05$
Больные II стадии ГБ	22	$0,074 \pm 0,008$	$94,6 \pm 3,43$	$16,7 \pm 1,76$	$>0,001$

Больные III стадии ГБ	7	0,067±0,015	102,9±5,12	22,8±2,44	<0,05
--------------------------	---	-------------	------------	-----------	-------

При этом показатель тонуса сосудов (ПТС) у больных с гипертонической болезнью второй стадии тяжести был равен $19,7 \pm 1,76\%$, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $104,6 \pm 3,43\%$. А у больных с гипертонической болезнью третьей стадии тяжести ПТС был равен - $22,8 \pm 2,44\%$, ИПС - $118,9 \pm 5,12\%$ и РИ - $0,067 \pm 0,015$ ом ($P < 0,001$). Эти данные подтверждают, что на микроциркуляцию тканей протезного ложа больных с гипертонической болезнью влияет степень тяжести основного заболевания.

Проведенные функциональные пробы вызывали увеличение амплитуды кривой через 15-20 сек., и только через 12-18 минут происходило восстановление фоновой картины до исходной.

Полученные данные: уплощение РПГ, смещение дикротического зубца к вершине, повышение ПТС и ИПС, понижение РИ являются ранними симптомами патологии пародонта.

С нарастанием тяжести заболевания показатели местного кровообращения тканей пародонта значительно ухудшались. Наши данные по этому вопросу согласуются с результатами, полученными Н.К.Логиновой (1972), А.А.Прохончуковым (1974), Р.И.Михайловой (1975) и др.

3.2.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани

Больным с ГБ было сделано 111 прицельных дентальных рентгеновских снимков и 23 ортопантомографии. При оценке рентгенограмм обращали внимание на высоту межальвеолярных перегородок, форму их вершин, структуру губчатого вещества, состояние кортикальных пластинок, вид резорбции костной ткани.

Из 56 больных ГБ с частичным отсутствием зубов у 39 (69,6%) отмечался остеопороз вершины межзубной перегородки и частичном исчезновении кортикальных замыкающих пластинок. Нередко выявлялись очаги остеопороза

и мелкие участки деструкции, вызывающие снижения высоты межальвеолярных гребней.

У больных с генерализованным пародонтитом легкой степени выявлены начальные признаки деструкции костной ткани альвеолярного отростка. На рентгеновских снимках наблюдаются отсутствие компактной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок, очаги остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной области.

Длительный воспалительный процесс в тканях пародонта ведет к деструкции тканей десны, а затем и костной ткани альвеолы. Поэтому у больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести выявлены резорбция костной ткани альвеолярного отростка на $1/3$ - $1/2$ высоты межзубной перегородки.

У больных гипертонической болезнью 2-3 степени тяжести с диагнозом хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени характерны были резорбция костной ткани альвеолярного отростка более чем на $1/2$ длины корня.

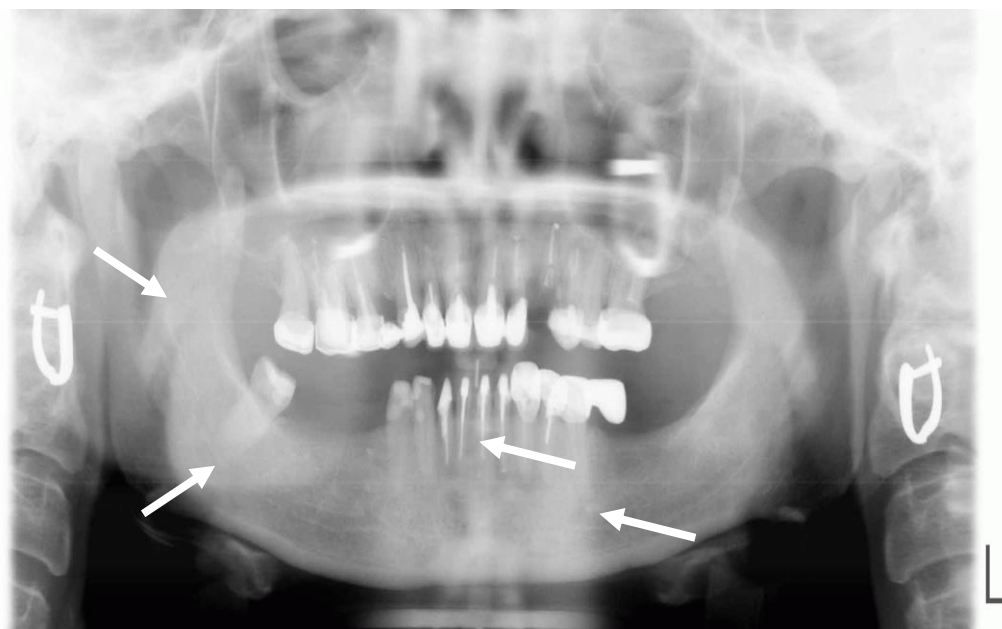


Рис. 3.2.3. Места проведения денситометрии на ортопантограмме нижней челюсти.

Анализ данных рентгеноденситометрических исследований в разных участках нижней челюсти (см. рис. 3.2.3.) больных с гипертонической болезнью

нью свидетельствует зависимости минерального насыщения костной ткани от тяжести и длительности основного заболевания. Так, например, у больных ГБ

Таблица 3.2.7.

Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти больных гипертонической болезнью
(в мг/мм³)

Группа наблюдаемых лиц	Число обследованных лиц	Измеренные точки				
		ветвь нижней челюсти	угол нижней челюсти	альвеолярный отросток	Foramen mentalis	P >
Больные ГБ	13	0,933±0,0033	1,004±0,0078	0,921±0,0024	1,367±0,0071	0,01
Контрольная группа	28	1,081±0,0089	1,090±0,0096	1,153±0,0092	1,914±0,0087	

минеральная насыщенность костной ткани в области альвеолярного отростка нижней челюсти ($0,921 \pm 0,0024$ мг/мм³), и в области Foramen mentalis ($1,567 \pm 0,0071$ мг/мм³), значительно ниже ($P < 0,01$) аналогичного показателя челюстей пациентов контрольной группой ($1,067 \pm 0,0068$ мг/мм³ и $1,793 \pm 0,0070$) (см. табл. 3.2.7.).

3.2.4. Результаты морфологических исследований

Гистологически слизистая десны у больных с гипертонической болезнью наблюдался выраженный отек и лимфогистоцитарная инфильтрация подлежащей стромы, усиленная ее васкуляризация с наличием периваскулярных инфильтратов, а местами диапедезом эритроцитов (рис. 3.2.4). Отмечалось расширение просветов одних сосудов с их кровенаполнением и сужение просветов других с утолщением стенок. Коллагеновые волокна, часто огрубевшие и дезориентированы. Выявлена ШИК- позитивная реакция в волокнистых элементах стромы, а также в стенках кровеносных сосудов. Больные во второй стадии ГБ, стоматоскопически характеризовавшиеся тотальным или субтотальным отеком СОПР, спазмом периферических сосудов, гистологически наряду с выявлением акантоза и папилломатоза, отеком стромы, выявляются дистрофические изменения собственной пластинки и эпителия с повышением его десквамации. Отмечается деструктивные изменения клеток шиповидных и базальных слоев эпителия. Характерно чередование участков межклеточного отека с участками выраженной лимфоидной инфильтрации, ее усиленной васкуляризацией: наличием диапедезом эритроцитов, что свидетельствует о повышенной их проницаемости, коллагеновые волокна грубые, большая часть их дезориентированы. Эластические волокна извилистые и обладают повышенной аргирофилией (рис. 3.2.5.).

В третьей стадии ГБ у больных стоматоскопически наблюдались изменения как воспалительного, так и дистрофического характера. Гистологически выявлялись видимые изменения, как в эпителии, так и собственно сли-

зистой оболочке. Так явления акантоза, папилломатоза сочетаются с расслоением рогового слоя эпителия и деструктивными изменениями клеток

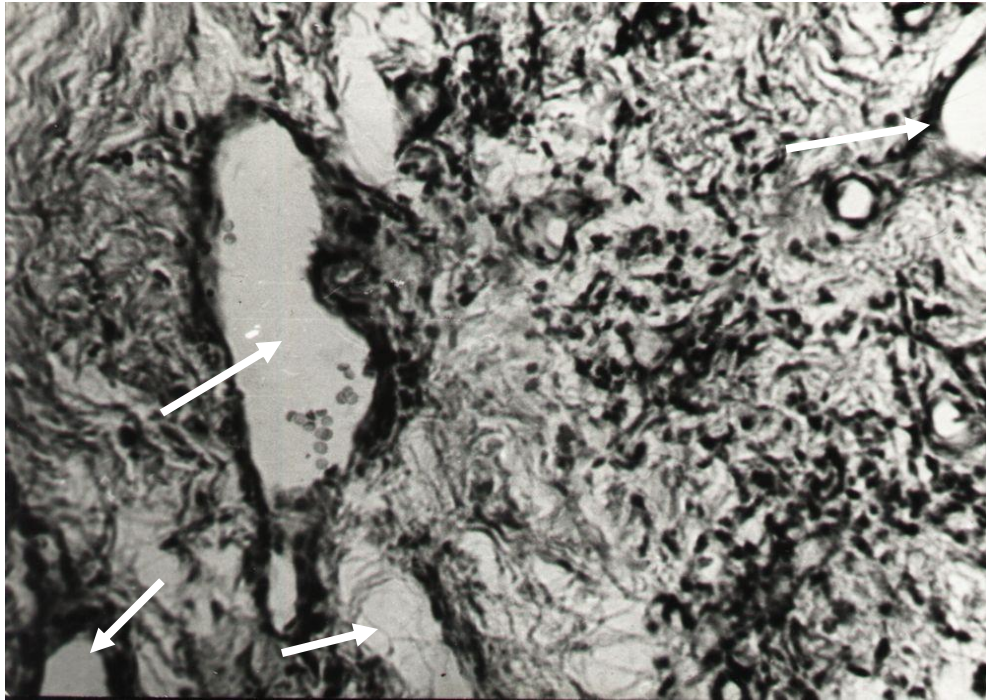


Рис. 3.2.4. Микропрепарат больной с гипертонической болезнью. Усиление васкуляризации и отек соединительной ткани стромы с наличием периваскулярных инфильтратов. С утолщением стенок сосудов. Гематоксилин и эозин. Ув. 200 х .

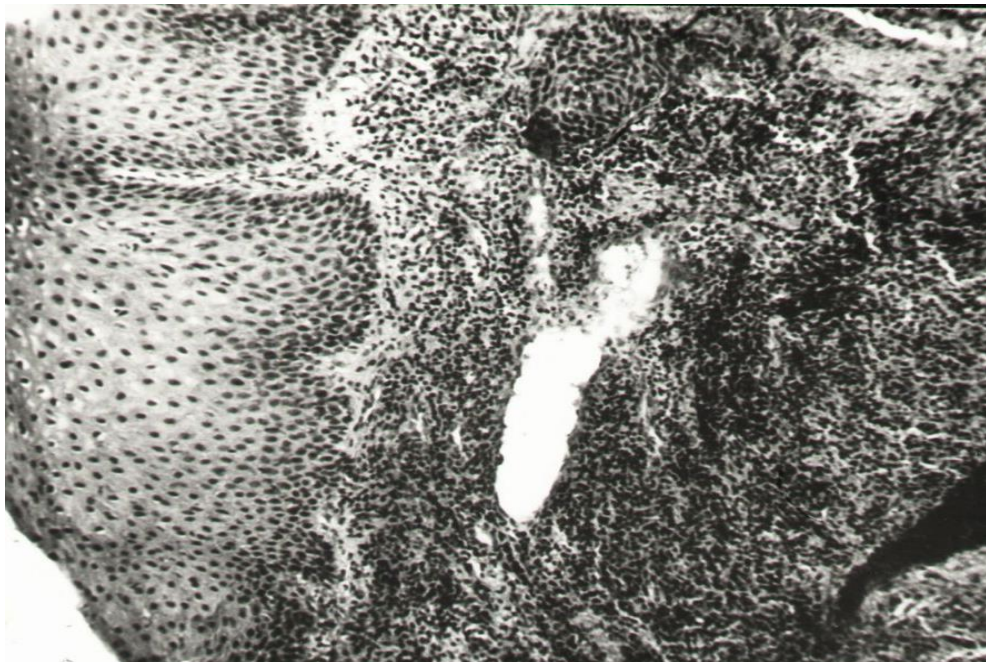


Рис. 3.2.5. Слизистая оболочка полости рта у больных с гипертонической болезнью. Инфильтрация пораженной соединительной ткани с высокой плотностью лимфогистеоцитарных элементов. Гематоксилин и эозин. Ув.100 х.

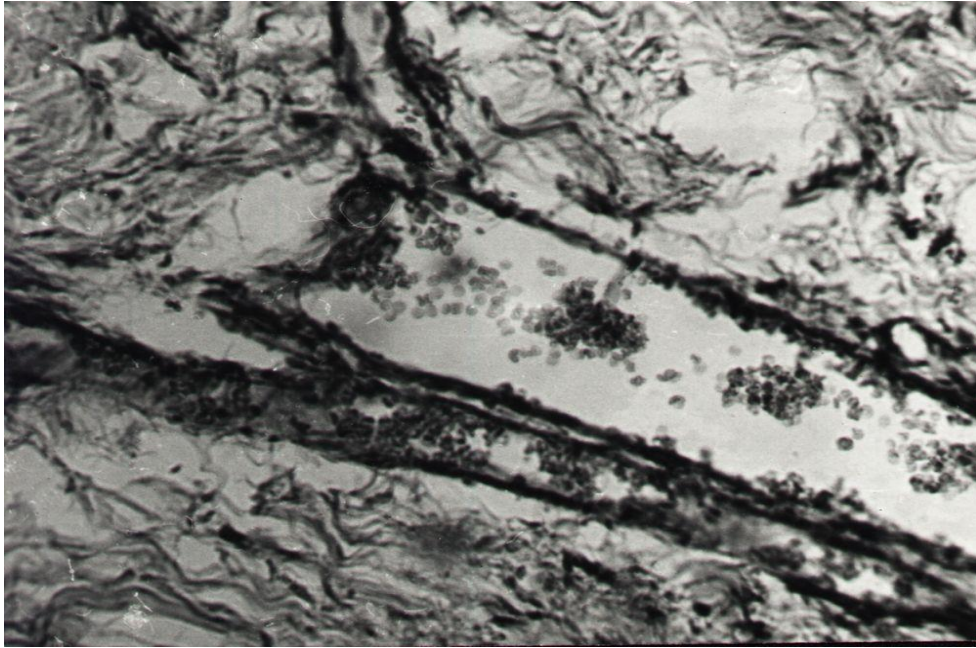


Рис. 3.2.6. Слизистая оболочка альвеолярного гребня у больных с гипертонической болезнью. Отек стромы, повышенная васкуляризация, кровенаполнение вен, расширение их просветов. Гематоксилин и эозин. Ув.300 х.

шиповидного слоя. Участками в их цитоплазме определяется гликоген. В подслизистом слое отек стромы сочетается с выраженной васкуляризацией, сужением просветов артериол и расширением венул (рис. 3.2.6.). Коллагеновые волокна утолщены, дезориентированы, проявляют высокую ШИК-положительную реакцию. Эластические волокна грубые, утолщены, часто фрагментированы.

Таким образом, на основании примененного нами комплекса стоматоскопических и морфологических исследований СОПР у больных ГБ различной степени тяжести выявляются 3 группы больных: 1 группа - преимущественно с изменениями воспалительного характера, 2 группа с доминированием признаков дистрофического характера и 3 группа - с выраженными признаками как воспалительного, так и дистрофического характера. При этом тщательный стоматоскопический и структурный анализ позволил нам выявить, что разделение этих больных на группы оказалось условным, так как ряд признаков воспалительного, отечно-дистрофического характера в

различной степени выраженности встречались во всех обследованных нами группах больных с ГБ.

Сравнительный анализ клинических и морфологических изменений СОПР с общим состоянием больных позволил нам выявить определенную корреляцию между тяжестью структурных сдвигов (характером и объемом дистрофических, дисциркуляторных и воспалительных изменений тканей протезного ложа) и стадиями разных форм ГБ.

3.2.5. Результаты изучения неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих гипертонической болезнью

Образование иммунных глобулинов основных классов проявляет тенденцию к стимуляции в основном за счет иммуноглобулинов класса G (IgG). Уровень аутоантител и иммунных комплексов однозначно повышен. Количество нейтрофильных гранулоцитов при данной патологии не изменено, однако резко угнетена способность к перевариванию микробов, то есть страдает степень завершенности реакции фагоцитоза.

Однако степень этих изменений носят недостоверный характер, хотя следует заметить, что у больных гипертонической болезнью в III стадии она наиболее уменьшена и составила $13,00 \pm 0,21$ мг% при норме равной $18,00 \pm 0,80$ мг% (табл. 3.2.8.).

Таблица 3.2.8.

Характеристика неспецифических факторов защиты полости рта у больных с гипертонической болезнью

№	Показатели	В норме	У больных ГБ		
			I стадии	II стадии	III стадии
1	Титр Лизоцима (мг%)	$18,00 \pm 0,80$	$16,00 \pm 0,30$	$15,00 \pm 0,41$	$13,00 \pm 0,21$
2	Показатель фагоцитоза (%)	$55,3 \pm 1,20$	$39,30 \pm 1,10$	$43,10 \pm 1,12$	$38,10 \pm 1,15$
3	Уровень секреторного IgA	$2,00 \pm 0,10$	$1,50 \pm 0,09$	$1,49 \pm 0,11$	$1,20 \pm 0,11$

Среди всех изученных параметров неспецифических факторов защиты наиболее выражено снижение показателя фагоцитоза, так у больных в I стадии оно равно $39,30 \pm 1,10\%$ при норме $55,3 \pm 1,20\%$. Во второй стадии болезни хотя и наступила некоторые компенсации, но она еще далеко от контрольных цифр. В III стадии болезни, этот показатель опять падает, видимо наступило, самая тяжелая стадия с началом декомпенсации.

Уровня секреторного иммуноглобулина класса А (S IgA) у этих же больных имел тенденцию к снижению и в III стадии болезни дефицит этого фактора был наиболее выражен.

Таким образом, состояние неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих гипертонической болезнью, имеет тенденцию к снижению, чем тяжелее стадия ГБ, тем и выражен дефицит. Интересно отметить, что при сравнении этих показателей в полости рта с показателями в периферической крови можно отметить положительную корреляцию этих изменений, что опять таки убеждает нас в единстве гомеостаза организма.

3.3. Результаты исследования органов полости рта больных сахарным диабетом

Форма сахарного диабета устанавливалась согласно классификации диабета [38] на основании клинического обследования и данных лабораторных анализов. В клинике каждому больному определяли сахар крови, гликемический профиль, кетоновые тела, остаточный азот, билирубин, холестерин, анализ мочи на сахар и общий анализ крови. Все больные получали адекватное противодиабетическое лечение и соблюдали диету.

Из 102 больных сахарным диабетом у 79 (77,45%) диагностирована инсулин независимая форма, у 23 (22,55%) – инсулин зависимая.

Нозологические формы, возрастные и половые показатели представлены в рис. 3.3.1.-3.3.2.

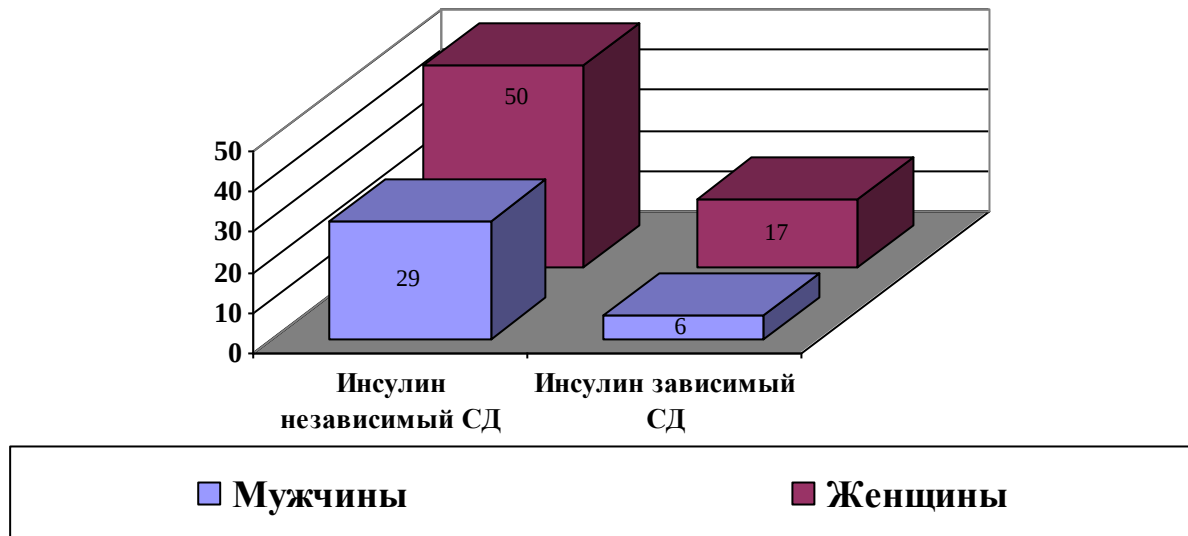


Рис. 3.3.1. Распределение обследованных больных с сахарным диабетом по полу

Каждая форма СД по степени тяжести общего заболевания подразделены на 3 подгруппы: 1 подгруппа - больные с легкой степени тяжести – 6 (5,88%) больных, 2 подгруппа - больные со средней степени тяжести – 71 (69,61%) и 3 подгруппа – больные тяжелой степени тяжести – 25 (24,51%).

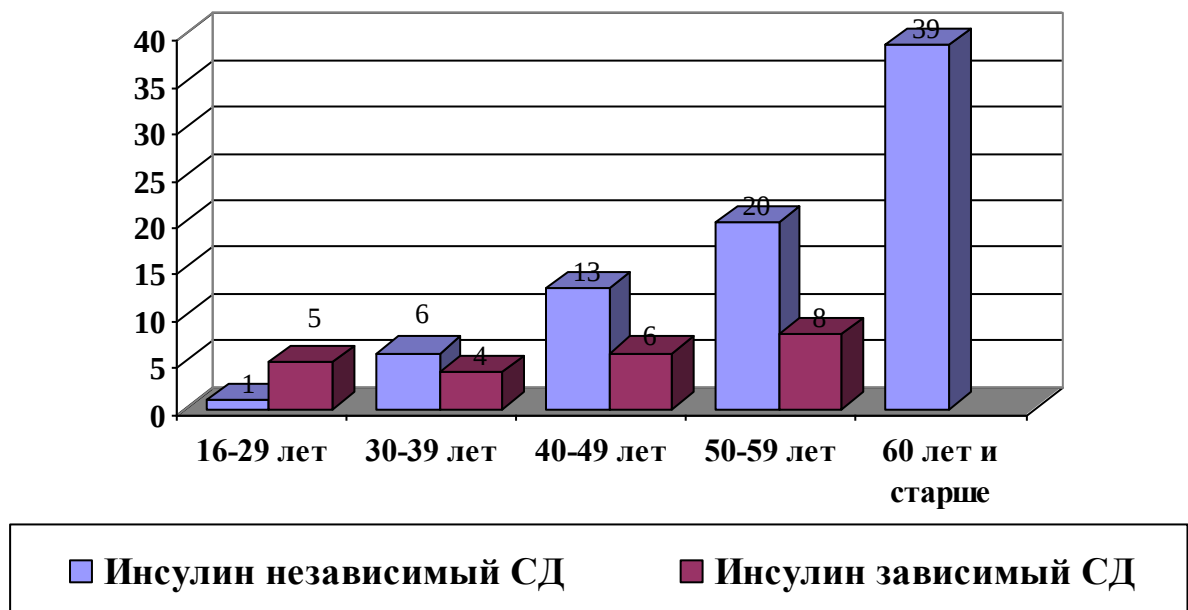


Рис. 3.3.2. Распределение обследованных больных с сахарным диабетом по возрасту

3.3.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов, тканей пародонта и зубных протезов

У больных сахарным диабетом со стороны полости рта были выявлены следующие жалобы: большинство обследованных (62 человек или 60,78%) жаловались на периодическую сухость в полости рта. Кровоточивость десен при чистке зубов и при приеме твердой пищи отмечали 53 (51,96%) больных.

Из обследованных на боль и неприятные ощущения в деснах указывали 40 (39,22%) больных; на подвижность и выпадение зубов - 88 (86,27%) больных; на периодическое появление припухлости околоушных слюнных желез при ухудшении течения диабета указывали - 3 (2,94%) пациента; болями в языке – 3 (2,94%); извращение вкуса – 6 (5,88%); 21 (20,59%) пациентов отмечали быстрое образование кариозных полостей на зубах; 16 (15,69%) – на боль и напряжение в жевательных мышцах, подергивание отдельных групп мышц. У этих больных напряжение в мышцах сопровождалось скрежетанием зубов ночью. У больных имели место непроизвольные, не связанные с приемом пищи движения нижней челюсти, губ, языка, мимической мускулатуры. Среди обследованных 11 (10,78%) больных на вышеуказанные явления жалоб не предъявляли.

При клиническом обследовании у больных выявлены высокий процент распространенности кариеса, а также такие особенности его течения, как быстрое образование кариозных полостей.

Распространенность поражения зубов кариесом составляет 91,2% при КПУ 12,09 зуба на одного осмотренного. У больных СД отмечается заметное преобладание удаленных зубов – 8,24 в среднем на одного обследованного, а у больных с тяжелой степени тяжести количество удаленных зубов равно более 12,10.

Изучение гигиенического состояния полости рта у больных СД показало, что оно было неудовлетворительное, и ГИ равнялся в среднем 3,07. Ин-

декс гигиены как «плохой» наблюдался у 47,4% больных с средней и тяжелой степени тяжести основного заболевания (табл. 3.3.1.-3.3.2.).

Таблица 3.3.1.

Интенсивность кариеса зубов и гигиенического индекса больных сахарным диабетом в зависимости от степени тяжести заболевания

№	Степень тяжести СД	Общее кол-во больных	Структура элементов КПУ				ГИ
			Зуб кариозный	Зуб пломбированный	Зуб удаленный	Индекс КПУ	
1	Легкая степень	6	1,16	2,67	5,83	9,66	2,3
2	Средняя степень	71	1,44	1,96	6,80	10,20	3,1
3	Тяжелая степень	25	2,44	1,88	12,10	16,42	3,8
ВСЕГО		102	1,68	2,17	8,24	12,09	3,07
Контрольная группа		192	0,58	0,76	3,94	5,28	1,6

Таблица 3.3.2.

Количественный анализ средних показателей КПУ в различных возрастных группах больных сахарным диабетом

Форма СД	Кол-во больных	Среднее значение КПУ	Среднее значение индекса КПУ в различных возрастных группах			
			До 39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
ИЗСД	23	10,6 $\pm$ 1,0	8,6 (9 чел)	11,3 (6 чел)	11,9 (8 чел)	-
ИНСД	79	13,6 $\pm$ 1,1	10,5 (7 чел)	12,8 (13 чел)	13,1 (20 чел)	11,8 (39 чел)
Всего	102	12,1 $\pm$ 1,0 (3,54; 1,28; 7,28)	16 (чел)	19 (чел)	28 (чел)	39 (чел)

Клинико-стоматоскопические исследования показали, что у больных сахарным диабетом чаще распространено заболевание пародонта, которое составляет 94,1% (52,4% в контроле). Чаще встречалась воспалительная форма поражения тканей пародонта – у 86 (84,31%) человек, с дистрофической симптоматикой пародонтоза – у 10 (9,80%) больных (табл. 3.3.3.).

Таблица 3.3.3.

Патологии тканей пародонта в зависимости от формы основного заболевания

Форма заболевания	Кол-во больных	Заболевания тканей пародонта				
		Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	ВСЕ ГО	%
Инсулин независимый СД	79	28 (35,44%)	39 (49,37%)	8 (10,13%)	75	94,94
Инсулин зависимый СД	23	5 (21,74%)	14 (60,87%)	2 (8,69%)	21	91,30
ВСЕГО	102	33 (32,35%)	53 (51,96%)	10 (9,80%)	96	94,12

У 91 (89,22%) больных из 102 были обнаружены мягкие и твердые зубные отложения, причем у 20 (19,61%) больных наблюдается наддесневые, у остальных над- и поддесневые отложения различной локализации, но чаще в области фронтальных зубов нижней челюсти. У 48 (47,06%) больных в полости рта выявлены катаральный гингивит и пародонтит. Генерализованный пародонтит сопровождался обнажением анатомических шеек и корней различных групп зубов. Патологические пародонтальные карманы были обнаружены у 52 (50,98%) больных. Выделение гноя из зубодесневых карманов наблюдалось у 44 (43,14%) больных.

Распределение обследованных больных диабетом в зависимости от степени тяжести пародонтита и длительности сахарного диабета представлено в табл. 3.3.4.

Из таблицы видно, что 19 (18,63%) пациентов не имели признаков ЗП. Легкая стадия заболевания тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) определялась у 11 (10,78%) больных, средняя - у 31 (30,39%) больных, тяжелая - у 41 (40,20%) больного. Тяжесть поражения пародонта нарастает с длительностью основного заболевания, что согласуется с результатами исследования других авторов [298].

Так, например, при длительности заболевания до 1 года СД чаще наблюдается ЗП легкой степени (8 случаев или 7,8%) и редко (в 2 случаях –

2,0%) тяжелой степени тяжести. С увеличением длительности заболевания до 6-10 и более лет преобладает средняя и тяжелая стадия поражения пародонта (более 30 случаев -до 33,3%).

Таблица 3.3.4.

Распределение больных в зависимости от длительности сахарного диабета и степени тяжести заболевания пародонта

Состояние пародонта	Кол-во больных	Длительность заболевания				
		до 1 года	1-5 лет	6-10 лет	11 и более	ВСЕГО в %
Отсутствие патологии пародонта	6	4 (3,9%)	2 (2,0)	-	-	5,88
Легкая форма ЗП	15	8 (7,8%)	5 (4,9%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	14,71
Средняя форма ЗП	37	1 (1,0%)	8 (7,8%)	16 (15,7%)	12 (11,8%)	36,27
Тяжелая форма ЗП	44	2 (2,0%)	5 (4,9%)	17 (16,6%)	20 (19,6%)	43,14
ИТОГО	102	15 (14,7%)	20 (19,6%)	34 (33,3%)	33 (32,4%)	100,0

Анализируя вышеизложенные клинические проявления пародонтита у больных СД можно сделать вывод о том, что отмеченные симптомы нарастают с увеличением тяжести и длительности основного заболевания.

Тяжесть и частота поражения твердых тканей зубов и пародонта привели к нарушению целостности зубных рядов у 86,27% (88 чел.) больных СД, к нарушению целостности зубного ряда на одной челюсти и полному отсутствию на другой – у 10,8 % (11чел.).

Нормальная податливость слизистой с бледно-розовым цветом наблюдался на поверхности альвеолярного гребня у 28 больных, гипертрофированная – у 47 больных, атрофированная у 23 больных, у 4 больных был диагностирован «болтающийся гребень» в области фронтальных зубов.

Стоматоскопическое исследование СОПР, языка, красной каймы губ больных СД, отмечены следующие изменения: из 23 больных ИЗСД у 2 (8,70%) больных обнаружена папиллома на слизистой щеки и губы; отек СО

щек по линии смыкания зубов обнаружен у 15 (65,22%) больных (см. рис. 3.3.3), у 18 (78,26%) больных – гиперемия и цианоз СО щек; гиперкератоз в этой области обнаружен у 2 (8,70%); у 8 (34,78%) – выявлены помутнения эпителия слизистых щек по линии смыкания зубов. У 15 (14,7%) больных выявлен рецидивирующий афтозный и язвенный стоматит, лейкоплакию - у 2 (8,70%) больных. У 9 (39,13%) больных язык обложен серовато-белым налетом, который целиком не удаляется при соскабливании. В зависимости от локализации плотность налета варьирует от мягкого до твердого. У 4 (17,39%) больных отмечалась складчатость языка. У 3 (13,0%) больных обнаружена увеличение и гиперемия грибовидных и атрофия нитевидных сосочков языка, одиночная афта в полости рта.

Больные с ИНЗСД из 79 у 10 (12,66%) обнаружены отек СО щек по линии смыкания зубов, у 7 (8,86%) – гиперемия и цианоз СО щек. У 22 (27,85%) из 79 больных в углах рта имелись заеды, язык у большинства больных этой подгруппы был розового цвета, чистый и влажный.



Рис. 3.3.3. Гиперемия и отек слизистой оболочки десны при сахарном диабете

Локализация поражений СОПР у больных сахарным диабетом представлена в табл. 3.3.5.

Из 102 больных СД 54 (52,9%) имели несъемные протезы (одионочные и спаянные коронки, мостовидные протезы). 5 (4,8%) больных имели бюгельные протезы. 29 (28,4%) – частичные съемные пластиночные и полные съемные пластиночные протезы. Изучение характера воздействия протезов на ткани полости рта этой группы имело решающее значение при планировании собственных исследований.

Таблица 3.3.5.

Локализация поражений слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом

Форма заболевания	Локализация поражения СОПР								
	Язык %	Губа %	Щека %	Дно рта %	Твердое небо %	Мягкое небо %	Альвеол.гребень %	Десна %	Отек СОПР %
ИЗСД	21	2	17	2	1	-	3	14	2
	91,3%	8,7%	73,9%	8,7%	4,3%		13,0%	60,9%	8,7%
ИНЗСД	-	22	17	2	2	1	5	27	19
		27,8%	21,5%	2,6%	2,6%	1,3%	6,3%	34,2%	24,1%

Мы были вынуждены снять 33 ранее изготовленных искусственных коронок и мостовидных протезов у 21 (20,9%) больных, ввиду резко развившейся гипертрофии СО под десной и промежуточной частью мостовидных протезов, приведшей во всех случаях к возникновению пролежней мягких тканей альвеолярных отростков и альвеолярных частей, увеличения подчелюстных лимфатических узлов, ухудшения соматического состояния.

Нарушение прозрачности эпителия СОПР наблюдалась у всех больных, имеющих отпечатки зубов на слизистой оболочке щеки. При этом наиболее выраженными кератозами были в зонах, соответствующих отпечаткам межзубных промежутков и линии смыкания зубов.

Съемными протезами ранее пользовались 34 (33,3%) больных. Из них 15 (14,7%) пользовались съемными протезами в течение от 5 до 10 и более лет, 7 (6,9%) - в течение 1 - 5 лет, 12 (11,8%) - до 1 года. Жалобы предъявляли 28 (27,5%) больных, в виде жжения в полости рта от протезов – 9 (8,8%), по-

ломка протезов – 9 (8,8%), плохой фиксации протезов – 6 (5,9%), боли в опорных зубах при разжевывании пищи – 4 (3,9%). При осмотре были выявлены очаги гиперемии с нарушением целостности СО при пользовании пластиночными съемными протезами. У 22 (21,6%) больных имело место видимое несоответствие рельефа базиса протеза рельефу мягких тканей протезного ложа, из них 7 (6,9%) больных пользовались протезами не более года. Из анамнеза этих больных установлено, что протезированию предшествовало множественное удаление зубов, а в течение последних 2-х лет у них были очень короткие ремиссии основного заболевания.

Клинико-стоматоскопический анализ полости рта и зубных рядов среди больных СД выявил высокую нуждаемость в стоматологической (терапевтической, хирургической, пародонтологической, ортопедической) помощи. Наблюдается нарушения целостности зубных рядов в 86,27% случаев. В итоге в изготовлении и переделки различных конструкций зубных протезов нуждались более 96,0 % больных. 32 больные (31,4%) больные СД нуждались в изготовлении шинирующих и стабилизирующих конструкции зубных протезов съемного и несъемного характера. Причем, в ортопедической стоматологической помощи нуждались больные СД практически всех возрастов.

Таким образом, можно заключить, что патологические изменения СОПР и пародонта у больных СД протекает на фоне выраженных изменений общего статуса. Причем течение стоматологических заболеваний и состояние общего статуса непосредственно связаны с тяжестью течения и формой СД. При ИНЗСД стоматологические заболевания протекают более тяжело, чем при ИЗСД, что и требует особой лечебной тактики, заключающейся в немедленном проведении лечебно-профилактических стоматологических мероприятий.

3.3.2. Результаты функциональных методов исследования больных сахарным диабетом

Реографические исследования проводились у 26 (25,5%) больных с различными типами и степени тяжести сахарного диабета.

Результаты реопародонтографии (РПГ) у пациентов с СД выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение реографического индекса. В отличие от контрольной группы, реографическая кривая также характеризуется резким повышением амплитуды, вершина притуплена. Декротическая волна выражена очень слабо, смещена к вершине реограммы, а в некоторых случаях совпадает с вершиной, что еще раз подтверждает о глубоком нарушении эластичности капилляров. При этом показатель тонуса сосудов (ПТС) был равен $22,5 \pm 2,01\%$, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $113,2 \pm 5,62\%$ ($P < 0,01$). Реографический индекс был равен – $0,071 \pm 0,003$ Ом (контроль – $РИ = 0,09 \pm 0,002$) (табл. 3.3.6).

Таблица 3.3.6.

Показатели РПГ при различной степени тяжести у больных с сахарным диабетом ($M \pm m$)

Группа обследованных больных	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	$P < >$
Больные СД	26	$0,071 \pm 0,003$	$113,2 \pm 5,62$	$22,5 \pm 2,01$	$< 0,01$
Контрольная	51	$0,090 \pm 0,002$	$81,9 \pm 5,03$	$13,8 \pm 2,26$	

При исследовании при помощи ЛДФ запись доплерограммы проводилось в состоянии покоя в течение 1 минуты, и адаптации пациента к комнатной температуре $20-22^0$.

В результате проведенных исследований были получены величины выше перечисленных показателей ЛДФ в табл. 3.3.7.

Результаты исследования состояния показателей лазерной доплеровской флоуметрии у больных сахарным диабетом показали в значительной степени выраженности изменения всех показателей в сторону снижения. При ЛДФ-метрии регистрируется ослабление кровотока, особенно выраженное в маргинальной части десны и переходной складки. По ней можно судить об ослаблении капиллярного кровотока во всех зонах десны, как проявлении атрофических процессов в тканях пародонта. Средние параметры состояния

микроциркуляции дают сглаженную картину, но и по ней можно судить об ослаблении капиллярного кровотока во всех зонах десны, как проявлении атрофических процессов в тканях пародонта.

Таблица 3.3.7.

Показатели ЛДФ-грамм у больных сахарным диабетом

Величины	Значения	Показатели	
		Контр. гр.	СД
ПМ, усл. Ед.	Интегральная характеристика капиллярного кровотока	15,0±0,52	9,8±2,5
Амплитуда -волн/ ПМ x 100%	Изменение концентрации эндотелиоцитов в стенках сосудов	10,12±0,1	8,23±0,86
Амплитуда - волн/ ПМ x 100%	Состояние гладкомышечного аппарата стенок сосудов	9,57±1,2	8,41±3,26
Амплитуда - волн/ПМ x 100%	Изменение градиента давления между артериолами и венами	6,0±0,89	4,20±0,88
Амплитуда CF- волн/ПМ x 100%	Характер внутрисосудистого сопротивления сосудов	19,17±1,6	12,16±0,65
Амплитуда HF- волн/ ПМ x 100%	Характер изменения давления в венозном отделе сосудистого русла, вызываемое дыхательными экскурсиями	8,44±1,08	5,23±2,10

По показаниям лазерной доплеровской флоуметрии при заболевании пародонта прирост кровотока в СО десны на пике рабочей гиперемии в 2-3 раза меньше, чем в норме. Эта реакция микрососудов обусловлена их структурными изменениями, а также резким снижением функциональных возможностей микроциркуляторного русла пародонта.

При этом степень выраженности этих изменений находилось в прямой зависимости от длительности заболевания, типа СД. Наиболее глубокие изменения состояния капиллярного кровотока в области десны были отмечены у больных длительностью заболевания более 10 лет. Так, например, ПМ у

больных с СД в среднем был равен $9,8 \pm 2,5$ усл.ед, а у больных с длительно-стью основного заболевания более чем 10 лет ПМ был $6,73 \pm 0,72$, что еще раз подтверждает о глубоком нарушении капиллярного кровотока.

Таким образом, основываясь на результатах нашего исследования можно отметить, что капиллярный кровоток в тканях пародонта у лиц контрольной группы составляет $15,0 \pm 0,52$ усл.ед., а у больных с СД $9,8 \pm 2,5$ усл.ед., соответственно капиллярный кровоток в ткани пародонта при СД снижен. Мы полагаем, что последнее связано и с нарушением липидного обмена при СД, в первую очередь с избыточным отложением липопротеинов низкой плотности, богатых холестерином в сосудах пародонта с последующим нарушением их проницаемости.

Интегрируя снижение состояния гладкомышечного аппарата стенок сосудов от $9,57 \pm 1,2\%$ до $8,41 \pm 3,26\%$, градиента давления между артериолами и венулами от $6,0 \pm 0,89\%$ до $4,20 \pm 0,88\%$, внутрисосудистого сопротивления сосудов от $19,17 \pm 1,6\%$ до $12,16 \pm 0,65\%$, давления в венозном отделе сосудистого русла вызываемое дыхательными экскурсиями от $8,44 \pm 1,08\%$ до $5,23 \pm 2,10\%$, можно интерпретировать как венозный застой.

Венозный застой характеризуется тем, что продукты обмена веществ не удаляются полностью, в связи с этим ткани испытывают гипоксию, что способствует структурно-функциональным нарушениям тканей пародонта.

Таким образом, комплексное исследование микроциркуляции крови при СОПР у больных СД, выполненное с применением реографии и лазерной доплеровской флоуметрии, позволило выявить характерные изменения кровотока в них преимущественно дегенеративно-атрифического характера, особенно в терминальных звеньях микроциркуляторного русла тканей пародонта, что существенно снижает уровень трофических процессов в них.

Для определения влияния СД на окружающие ткани зуба, а также для планирования правильного ортопедического лечения, выбора рациональных конструкций протезов, достижения высокого функционального эффекта в лечении, были проведены исследования функциональной выносливости па-

родонта методом гнатодинамометрии. Исследования, проведенные в динамике, позволили по полученным характеристикам определить правильность выбора конструкций протезов и оценить эффективность ортопедического лечения.

Гнатодинамометрическое исследование проводили у 36 (35,29%) больных от 102 страдающих СД. Из них 12 больных с ИЗСД и 24 – ИНЗСД. Выносливость зубов к вертикальной и горизонтальной нагрузке изучена у 16 пациентов, ранее не пользовавшихся зубными протезами, и у 20 пациентов, ранее пользовавшихся зубными протезами, которые были удалены по различным медицинским показаниям.

Исследованию подвергались сначала первые от дефекта зубного ряда зубы с одной и другой стороны, затем - вторые, иногда и третьи зубы от дефекта. Результаты таких исследований трудно обобщить в таблице и вывести средние арифметические различия, так как дефекты имели различную локализацию и протяженность. Поэтому изменения показателя выносливости зубов мы выражали в процентах к соответствующему зубу контрольной группы (см. Приложение 6).

Нами не выявлено пропорциональной зависимости между степенью атрофии костной ткани альвеолярных отростков и альвеолярных частей челюстей и данными ГДМ. Но ГДМ исследования показали, что, у больных ИНЗСД вертикальная выносливость первого от дефекта зуба на верхней челюсти снижалась в пределах от 20,7% до 45,6%, а горизонтальная выносливость - от 26,5% до 47,8% по сравнению с данными контроля. У больных ИЗСД вертикальная выносливость понижалась всего от 5,3% до 17,9% и горизонтальная выносливость - от 11,5% до 23,7% по сравнению с данными контроля. Причем, первые зубы с одной и другой от дефекта стороны теряют выносливость к нагрузке более значительно, чем вторые и особенно третьи зубы.

Из передних зубов при отсутствии боковых резцов или первых премоляров наименьшее снижение к вертикальной нагрузке имеют верхние

клыки, центральные резцы, а также нижние клыки. Наибольшие потери выносливости к вертикальной и горизонтальной нагрузке происходят на всех нижних и верхних боковых резцах при потере соседних зубов.

Необходимо отметить, что на ГДМ-метрические показатели влияют место расположения опорных зубов и степень наклона их продольной оси по отношению к окклюзионной поверхности, что необходимо учитывать при выборе конструкции протеза.

Динамическое наблюдение за изменением показателей ГДМ осуществлено у 15 больных, некоторым были изготовлены шинирующие мостовидные протезы. Исследования проводились на опорных зубах до протезирования, через месяц и через год после фиксации протезов. Анализ полученных данных осуществлялся с учетом распределения нагрузок между опорными зубами в мостовидных протезах. Нами не обнаружено статистически достоверных изменений показателей ГДМ ($p < 0,05$) наряду с отсутствием жалоб и объективных признаков неблагоприятного воздействия протезов. Но надо отметить, что, сравнивая группы I и II видно, что у больных ИНЗСД показатели гнатодинамометрии заметно ниже в таких же группах зубов, чем у группы больных ИЗСД.

Таким образом, применение индивидуального исследования выносливости опорного аппарата зубов и учет полученных данных при планировании конструкций мостовидных протезов позволяет избежать перегрузки пародонта, несмотря на специфичность патологических процессов, протекающих в его тканях при сахарном диабете.

3.3.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани.

Инсулиновая недостаточность приводит к нарушению минерального обмена веществ как в организме в целом, так и в костной ткани.

Находившимся под нашим наблюдением из 102 больных сахарным диабетом у 36 из них (14 лиц мужского и 22 женского пола) была проведена рентгеноденситометрия (12 больные с ИЗСД и 24 – ИНЗСД).

Рентгеноденситометрические исследования больных СД показало, что у них минеральная насыщенность была ниже, чем у лиц контрольной группы. Особенно выраженными эти изменения были на альвеолярном отростке нижней челюсти. Так, у больных СД первой группы минеральная насыщенность была на 1,21 ед. ниже, чем контроле.

Анализ данных денситометрических исследований также показал, что при ИЗСД резкое снижение минеральной плотности костной ткани было обнаружено у 7 больных из 12 (58,3%), а при ИНЗСД резкое снижение обнаружено у 16 больных из 24 (66,7%), причем у мужчин и женщин практически с одинаковой частотой (табл. 3.3.8.).

Исследования показали, что нет достоверной зависимости между возрастом больных и степенью снижения минеральной плотности костной ткани, как у мужчин, так и у женщин ($P < 0,05$). Но выявлено связи между снижением минеральной плотности костной ткани и длительностью заболевания, чем длительнее заболевание, тем значительно снижается минеральной плотности костной ткани.

Анализ денситометрических показателей больных СД в зависимости от степени его тяжести показал наличие прямой корреляции между степенью тяжести и снижением минеральной плотности костной ткани ($P < 0,05$).

Можно сделать вывод о том, что при СД наблюдается уменьшение минеральной плотности костей нижней челюсти, что с большой степенью вероятности подтверждает прогноз заболевания ($P < 0,01$ или 99 %). Эти показатели изменяются в зависимости от тяжести и формы основного заболевания.

В основе нарушений минеральной плотности костной ткани лежит разобщение процессов костного ремоделирования – преобладание процессов резорбции костной ткани за счет ее усиления над процессами костного формирования вследствие угнетения последних.

Таблица 3.3.8.

Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти у больных с сахарным диабетом

Нозологическая форма	Число больных	Группа наблюдаемых лиц	Измеренные точки				
			ветвь н/ч	угол н/ч	альвеолярный отросток	For. mentalis	P ><
Сахарный диабет	36	1 группа (12 чел.)	0,712 $\pm$ 0,0069	0,875 $\pm$ 0,0061	0,819 $\pm$ 0,0047	1,395 $\pm$ 0,0064	
		P <	0,01	0,01	0,01	0,01	<0,01
		2 группа (24 чел.)	0,651 $\pm$ 0,0047	0,667 $\pm$ 0,0026	0,704 $\pm$ 0,0028	0,970 $\pm$ 0,0036	
		P <	0,01	0,01	0,01	0,01	<0,01
Контрольная группа	15		1,081 $\pm$ 0,0089	1,090 $\pm$ 0,0096	1,153 $\pm$ 0,0092	1,914 $\pm$ 0,0087	

Следовательно, уменьшение плотности альвеолярного отростка нижней челюсти может использоваться в качестве одного из симптомов для диагностики заболеваний эндокринной системы.

3.3.4. Результаты морфологических и иммунологических исследований

Морфологически фиброзная форма гипертрофического гингивита проявляется пролиферацией соединительно-тканых элементов десневых сосочков, огрубением коллагеновых волокон, явлениями паракератоза. Отек и воспалительная инфильтрация тканей в данном случае не выражен.

Морфологически отечная форма гипертрофического гингивита проявляется отеком соединительно-тканых элементов десневых сосочков, расширением сосудов, набуханием коллагеновых волокон, лимфоплазмоцитарной инфильтрацией тканей (Рис. 3.3.4.- 3.3.5.).

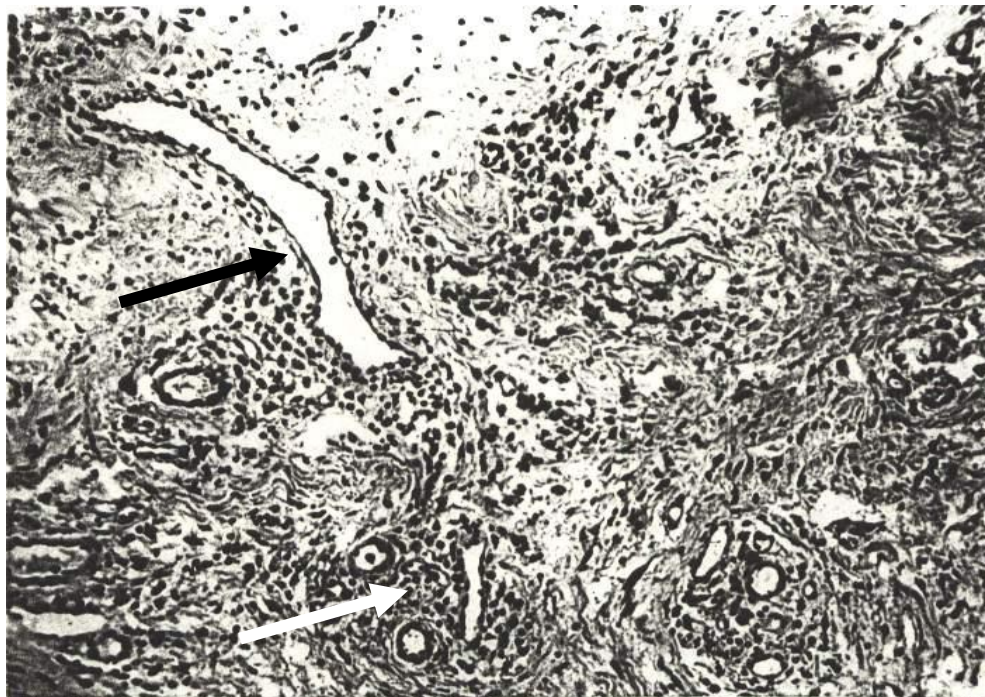


Рис 3.3.4. Биопсия Больной В.К., 62 года. Микропрепарат больной с сахарным диабетом. Преимущественно переваскулярная инфильтрация стромы слизистой. Проплиферация соединительно-тканых элементов, огрубление коллагеновых волокон. Окраска гематаксилином и эозином. Ув. х 200.

Наряду со стоматологическими исследованиями у одних и тех же боль-

ных страдающих сахарным диабетом, проведены иммунологические исследования ротовой жидкости.

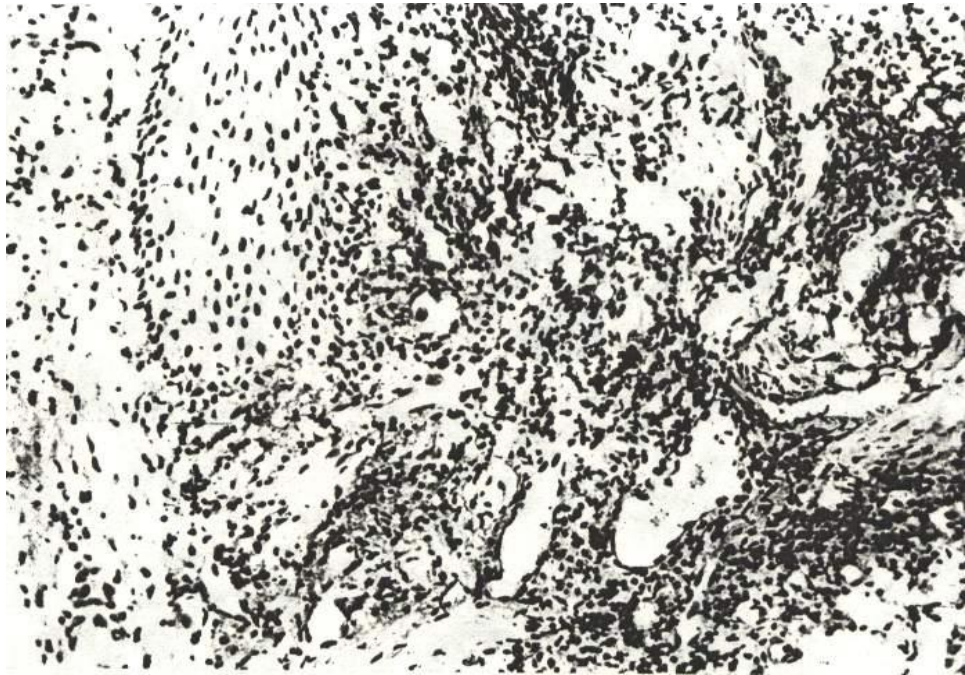


Рис 3.3.5. Биопсия Больной С.Н., 43 года. Расширение и переполнение кровью сосудов подслизистого слоя, густая лимфо-гистоцитарная инфильтрация вокруг них. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x 100.

В настоящее время установлено, что сахарный диабет, характеризующиеся гипергликемией или нарушением толерантности к глюкозе, сопровождается не только выраженными клиническими, но и иммунными расстройствами.

При формировании диабета установлена довольно высокая генетическая предрасположенность к патологическому процессу. В патогенезе заболевания важное место занимают изменения клеточного гуморального иммунитета, аутоиммунные реакции, особенно при 1 типе заболевания.

Расстройства иммунной реактивности у больных СД приводит к снижению антиинфекционной резистентности, что чаще всего проявляется различными воспалительными процессами тканей полости рта. Изучение литературы наглядно показывает, что при СД состояние клеточного и гуморального иммунитета крови, довольно подробно изучены. Однако состояние неспецифических факторов защиты полости рта у таких больных изучены недостаточно.

Исходя из этого нами проведено изучение показателей: титр лизоцима,

фагоцитарной активности лейкоцитов и уровень секреторного иммуноглобулина класса А (SIgA) у больных страдающих сахарным диабетом.

Полученные данные при этих исследованиях приведены в табл. 3.3.9. Из таблицы видно, что у больных с инсулин зависимым сахарным диабетом титр лизоцима в ротовой жидкости существенно снижен и составляет $14,10 \pm 0,51$ мг%, при норме $18,00 \pm 0,80$ мг%. Снижены также показатели фагоцитоза, так она у больных ИЗСД составила $39,5 \pm 1,10\%$ (контрольной группе $55,3 \pm 1,20\%$, $P < 0,05$). Снижение неспецифической иммунной защиты способствуют прогрессированию воспалительных процессов в тканях пародонта.

Таблица 3.3.9.

Состояние неспецифических факторов защиты полости рта у больных сахарным диабетом

№	Показатели	В норме	У больных ИЗСД	У больных ИНСД
1	Титр лизоцима (мг%)	$18,00 \pm 0,80$	$14,10 \pm 0,51$	$16,0 \pm 0,21$
2	Показатель фагоцитоза (%)	$55,3 \pm 1,20$	$39,5 \pm 1,10$	$43,4 \pm 1,17$
3	Уровень секреторного IgA (мг%)	$2,00 \pm 0,10$	$3,47 \pm 0,17$	$3,11 \pm 0,14$

Наряду с этими отрицательными показателями, нами выявлено существенное возрастание уровня секреторного иммуноглобулина А (s IgA), который составил $3,47 \pm 0,17$ мг%, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%. Очевидно, именно секреторные иммуноглобулины берут удар на себя для обеспечения местной защиты полости рта, так как остальные защитные факторы утратили или существенно снизили свои защитные способности.

Изменения, произошедшие в этих же иммунологических показателях у больных с инсулин независимым сахарным диабетом, несколько отличаются от данных полученных у больных инсулин зависимым сахарным диабетом. Так как видно из таблицы 3.3.9, у этих больных титр лизоцима несколько выше, чем у больных СД 1 типа. Показатель фагоцитоза у этих больных также существенно выше и составила $43,3 \pm 1,17\%$, такую же тенденцию имеет и уровень секреторного иммуноглобулина.

Таким образом, проведенные клинические, структурно-функциональные и иммунологические исследования полости рта у больных сахарным диабетом свидетельствуют о глубоких структурных изменениях слизистой полости рта, особенно собственной пластинки слизистой, где наблюдаются лимфоцитарная инфильтрация, утолщение стенок сосудов, со сладжами эритроцитов в её просвете. Наблюдается снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, неспецифической защиты полости рта.

3.4. Результаты исследования полости рта больных с хроническим гломерулонефритом

С целью изучения состояния полости рта при локальном нарушении микроциркуляции крови, были обследованы больные с хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Нами обследовано состояние органов полости рта у 47 больных, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении клиники. Давность основного заболевания - от 1 года до 24 лет. Возрастные и половые показатели представлены в табл. 3.4.1.

Таблица 3.4.1.

Возрастной и половой состав больных с хроническим гломерулонефритом

Пол	Возрастные группы					ВСЕГО
	17-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	
Мужской	2	2	7	-	1	12
Женский	9	10	7	5	4	35
ИТОГО	11	12	14	5	5	47

При поступлении в клинику больные жаловались на повышенную утомляемость, слабость, головную боль, ухудшение общего самочувствия, иногда на сонливость. Большинство больные отмечали неприятный привкус во рту, тяжесть в мегагастральной области, снижение аппетита, вздутие живота, разжиженный стул, нередко жаловались на субфебрильную температуру.

При осмотре больных отмечались одутловатость лица, бледность кожных покровов, сухость кожи и слизистых оболочек. Всем больным были проведены лабораторные исследования крови и мочи.

Из 47 больных с ХГН у 13 (27,7%) отмечена латентная форма заболеваний, у 18 (38,3%) - нефротическая форма, у 8 (17,0%) - гипертоническая, у 5 (10,6%) - смешанная, а у 3 (6,4%) – в терминальной стадии ХПН как результат ХГН.

При латентной стадии ХГН имели место незначительные изменения в моче (умеренная протеинурия, небольшая эритроцитурия) с повышением АД. Длительность заболевания составила от 5 до 10 лет.

При нефротической форме ХГН отмечалась выраженная протеинурия, снижение диуреза, упорные отеки, гипоальбуминемия, гипер-а2- глобулинемия, гиперхолестеринемия. Длительность заболевания составила от 1 года до 24 лет.

При гипертонической форме ХГН отмечались небольшие изменения в моче в виде протеинемии, не превышавшей 1 г/сутки, незначительной эритроцитурии. Ведущим симптомом было повышение АД и изменение глазного дна. Длительность заболевания составила от 4 до 16 лет.

3.4.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов и тканей пародонта

Необходимо отметить, что заболевание протекает с нарушением микроциркуляции в клубочках почек и расстройством водного обмена, функции печени, сосудистыми нарушениями. Такие нарушения, имевшее место у больных ХГН, нашло свое отражение и в состоянии зубов в виде поражения твердых и мягких тканей полости рта и большого потере зубов.

Клиническое изучение состояния зубов, зубных рядов, СОПР показало несколько низкий уровень гигиенического состояния полости рта.

При изучении твердых тканей зубов обнаружено, что распространенность поражения зубов кариесом составляет 91,4% при КПУ 10,72 зуба на одного осмотренного (табл. 3.4.2).

Таблица 3.4.2.

Интенсивность кариеса зубов и гигиенического индекса у больных ХГН

Группа обследованных больных	Общее кол-во больных	Структура элементов КПУ				ГИ
		Зуб кариозный	Зуб пломбированный	Зуб удаленный	Индекс КПУ	
Хронический гломерулонефрит	47	3,0	2,68	5,04	10,72	2,2
Контрольная группа	192	0,58	0,76	3,94	5,28	1,6

Изучение гигиенического индекса полости рта у больных ХГН свидетельствует о его неудовлетворительного состояния, и равнялся ГИ в среднем 2,2.

При исследовании СОПР у 34 (72,34%) человек отмечена отечность слизистой, а у 26 (55,32%)- кровоточивость. Афты и язвы на слизистой обнаружены у 8 (17,02%) больных.

Правила личной гигиены полости рта регулярно соблюдали лишь 18 (38,29%) пациентов, а 9 (19,15%) их вообще не соблюдали.

При исследовании полости рта у больных ХЗП было установлено, что у большинства больных имели место изменения со стороны тканей пародонта (табл. 3.4.3.).

Таблица 3.4.3.

Заболевание тканей пародонта у больных с ХГН

Форма заболевания	Кол-во больных	Заболевания тканей пародонта				
		Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	ВСЕГО	%
Хронический гломерулонефрит	47	19 (40,43%)	8 (17,02%)	12 (25,53%)	39	83,0

Как видно из представленных в табл. 3.4.3. данных, у 19 (40,43%) пациентов отмечены различные формы гингивита, при этом у 9 (47,4%) из 19 больных

имел место атрофический гингивит. Диагноз пародонтит (17,02%) и пародонтоз (25,53%) установлен у 20 (42,55%) больных.

Распределение обследованных больных ХГН в зависимости от степени тяжести заболевания пародонта и длительности основного заболевания представлено в табл. 3.4.4.

Из таблицы видно, что 8 (17,02%) пациентов не имели признаков заболевания пародонта. Легкая стадия заболевания тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) определялась у 7 (14,89%) больных, средняя - у 15 (31,92%) больных, тяжелая - у 17 (36,17%) больного.

Таблица 3.4.4.

Распределение больных в зависимости от длительности основного заболевания (ХГН) и степени тяжести заболевания пародонта

Степень тяжести ЗП	Кол-во больных	Длительность заболевания				
		до 1 года	1-5 лет	6-10 лет	11 и более	ВСЕГО в %
Отсутствует ЗП	8	-	6 (12,8%)	2 (4,2%)	-	17,02
Легкая форма ЗП	7	-	3 (6,4%)	3 (6,4%)	1 (2,1%)	14,89
Средняя форма ЗП	15	-	3 (6,4%)	10 (21,3%)	2 (4,2%)	31,92
Тяжелая форма ЗП	17	-	2 (4,2%)	6 (12,8%)	9 (19,1%)	36,17
ИТОГО	47	-	14 (29,8%)	21 (44,7%)	12 (25,5%)	100,00

Анализ данных, приведенных в табл. 3.4.4. можно заметить определенную зависимость состояния пародонта от длительности основного заболевания. Длительность основного заболевания, если и не является ведущим патогенетическим фактором, то, по-видимому, утяжеляет патологический процесс в тканях пародонта. Так, например, с увеличением длительности заболевания до 6-10 и более лет преобладает средняя и тяжелая стадия поражения пародонта.

22 (46,8 %) пациентов страдали отложением наддесневого и поддесневого зубного камня. Стоматоскопически в полости рта у больных ХГН определя-

лись изменение цвета слизистой оболочки, отечность, кровоточивость, чаще в виде петехии и эрозии (рис. 3.4.1).

При осмотре на слизистой оболочке языка отмечались, что у 23 (48,9%) больных язык сухой, нередко обложенный, у 7 (14,9%) отмечались отпечатки зубов на языке, обильный мягкий налет, усиленная дисквамация эпителия, атрофия сосочков языка. Межзубные сосочки зубов отечны, легко кровоточат, и также легко отстают от шейки зуба.



Рис. 3.4.1. Отечность слизистой и межзубных сосочков зубов у больных с хроническим гломерулонефритом

Слизистая оболочка у больных с явлениями почечной недостаточности бледная, сухая, истонченная, легко травмируется зубами и грубой пищей. Наблюдались раздражение концевых отделов малых слюнных желез, расположенных в слизистой оболочке губ, мягкого неба и меньше - щек. Частым субъективным признаком поражения слизистой оболочки являлся ее жжение.

У больных на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ и прилежащих участках кожи обнаружены высыпания обычного герпеса.

При латентной и гипертонической формах гломерулонефрита в случаях отсутствия типичной локализации отека тканей (под глазами, за внутрен-

ней лодыжкой) наличие отека тканей полости рта может помочь в диагностике основного заболевания. Образование почечных отеков слизистой оболочки полости рта связано с повышением проницаемости кровеносных сосудов, выходом белка плазмы крови в межклеточное пространство, снижением онкотического давления в плазме крови и повышением его в межтканевой жидкости, что обычно приводит к переходу части воды из плазмы крови в межклеточное пространство, сгущению крови и снижению выделения жидкости из организма. Цвет ее у больных с латентной формой ХГН не изменен или бледный, а у больных гипертонической формой заболевания - цианотичный. В зависимости от величины артериального давления и степени нарушения кровообращения интенсивность цианоза слизистой оболочки менялась. Она бледная при нефротической форме заболевания. При прогрессировании почечной недостаточности вследствие понижения гемоглобина в крови отмечалась нарастающая анемизация слизистой оболочки полости рта, она становилась желтовато-бледной.

Таким образом, изучение состояния слизистой оболочки полости рта у больных ХГН позволило установить, что у этих больных преобладали такие изменения как отечность и кровоточивость, что может быть связано с нарушением микроциркуляции в тканях полости рта.

Локализация поражений слизистой оболочки полости рта у больных хроническим гломерулонефритом представлена в табл. 3.4.5.

Таблица 3.4.5.

Локализация поражений слизистой оболочки полости рта у больных ХГН

Форма заболевания	Кол-во бол-х	Локализация поражения СОПР						
		Налеты на языке	Сухость и шелушение губ	Кeratозы щеки	Афты	Кровоизлияние СОПР	Отек СОПР	Отпечатки зубов
ХГН	47	+			+	++	+++	+++

Примечание: + - редкое поражение; ++ - частое поражение; +++ - очень частое поражение СОПР

Тяжесть и частота поражения твердых тканей зубов и пародонта привели к нарушению целостности зубных рядов у 72,3% (34 чел.) больных ХЗП с потерей зубов от 5 до 18 и более зубов.

Характеристика обследованных больных ХЗП в зависимости формы болезни и локализации дефекта в зубном ряду представлена в табл. 3.4.6.

Таблица 3.4.6.

Распределение больных с заболеванием почек в зависимости от формы болезни и локализации дефекта в зубном ряду

Форма заболевания	Локализация дефекта				
	Интakт-ный зубной ряд	В переднем отделе зубной дуги	В боковом отделе зубной дуги	Полное отсутствие зубов	ИТОГО
Хронический гломеруло-нефрит	13 (27,7%)	8 (17,0%)	14 (29,8%)	12 (25,5%)	47 (100%)

Анализируя данные табл. 3.4.6, можно отметить, что у большинства больных (14 или 29,8%) ХЗП диагностируется частичное отсутствие зубов в боковом отделе зубной дуги, и 12 больных (25,5%) – с полным отсутствием зубов на одной или на обеих челюстях.

Таким образом, как и в предыдущей группе наблюдений, у больных ХГН состояние зубов и слизистой полости рта отражает и степень нарушения функции почек. Нарушение минерального и электролитного баланса в организме проявилось в поражении, как твердых тканей зубов, так и в изменениях мягких тканей пародонта.

3.4.2. Результаты функциональных методов исследования больных с ХГН

Изменение условий функционирования тканей пародонта в области дефектов зубного ряда способствует дальнейшему развитию патологического процесса в нем.

Реопародонтографическому (РПГ) исследованию подвергались 28 больных из 47 больного ХГН. Всего у 13 больных было проведено исследование ка-

пиллярного кровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) до и после стоматологического лечения. Всего выполнено методом реографии – 132 исследования и методом лазерной доплеровской флоуметрии – 26 исследований.

Исследования показали, что результаты реопародонтографии у обследованных больных с заболеванием ХГН реография приобрела по сравнению с контрольной группы пациентов некоторые особенности: восходящая часть кривой становится более пологой, вершина иногда закругляется, дикротический зубец сглажен незначительно и смещен к вершине, что свидетельствует о местных нарушениях кровообращения в тканях пародонта и протезного ложа.

При этом показатель тонуса сосудов (ПТС) был равен $20,30 \pm 1,88$ %, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $94,9 \pm 4,03$ % (табл. 3.4.7). Реографический индекс был равен – $0,08 \pm 0,008$ Ом (контроль – $РИ = 0,09 \pm 0,002$). Проведенные функциональные пробы вызывали увеличение амплитуды кривой через 5-10 сек., а через 12-15 минут происходило восстановление фоновой картины до исходной.

Таблица 3.4.7.

Реопародонтографические данные больных с ХГН ($M \pm m$)

Форма заболевания	Количество больных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	P < >
Хронический гломерулонефрит	28	$0,08 \pm 0,008$	$94,9 \pm 4,03$	$20,3 \pm 1,88$	<0,05
Контрольная группа	51	$0,09 \pm 0,002$	$81,9 \pm 5,03$	$13,8 \pm 2,26$	

Комплексный анализ РПГ при частичных дефектах зубного ряда показал, что в сосудах пародонта четко прослеживаются функциональные изменения, т.е. тонус сосудов повышается. Эти изменения более выражены при отсутствии боковых зубов, чем при дефектах в области фронтальных зубов. Следует полагать, что в области дефекта имеет место недогрузка тканей пародонта. Жевательная же нагрузка является основной функциональной нагрузкой, и при ее действии тонус сосудов расслабляется, что и обеспечивает функциональную гиперимию в тканях пародонта.

У 13 больных было проведено исследование капиллярного кровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

В ходе исследования были определены величины диагностически ценных показателей ЛДФ, характерные для больных с ХГН (табл. 3.4.8).

Результаты исследования методом ЛДФ состояния тканей пародонта у лиц ХГН и с заболеванием пародонта показывает на ухудшение кровоснабжения, что связано с нарушением функции микрососудов артериального и венозного звеньев у данной группы больных.

Эти изменения обусловлены дистрофическими явлениями и снижением активности гемодинамики в тканях пародонта вследствие общей патологии.

Результаты исследования ЛДФ позволяют объективно оценить степень и характер функциональных сдвигов в микроциркуляторном русле десны у больных при различных видах общей патологии.

Таблица 3.4.8.

Показатели ЛДФ-грамм больных с хроническим гломерулонефритом

Величины	Значения	Показатели	
		Контр. гр.	ХГН
ПМ, усл. Ед.	Интегральная характеристика капиллярного кровотока	15,0 $\pm$ 0,52	12,3 $\pm$ 1,5
Амплитуда -волн/ ПМ x 100%	Изменение концентрации эндотелиоцитов в стенках сосудов	10,12 $\pm$ 0,1	8,93 $\pm$ 1,16
Амплитуда - волн/ ПМ x 100%	Состояние гладкомышечного аппарата стенок сосудов	9,57 $\pm$ 1,2	9,01 $\pm$ 2,65
Амплитуда - волн/ПМ x 100%	Изменение градиента давления между артериолами и венами	6,0 $\pm$ 0,89	5,32 $\pm$ 0,97
Амплитуда CF- волн/ПМ x 100%	Характер внутрисосудистого сопротивления сосудов	19,17 $\pm$ 1,6	15,41 $\pm$ 1,36
Амплитуда HF- волн/ ПМ x 100%	Характер изменения давления в венозном отделе сосудистого русла, вызываемое дыхательными экскурсиями	8,44 $\pm$ 1,08	6,03 $\pm$ 1,41

Результаты исследования состояния показателей ЛДФ-грамм у больных ХГН с ЗП показали значительное ослабление микроциркуляции в десне, что свидетельствует о генерализации патологического процесса в пародонте. Необходимо отметить, что снижение уровня микроциркуляции в тканях пародонта по мере нарастания тяжести их поражения сопровождается нарастанием показателей различия капиллярного кровотока в различных участках десны. Однако, по мере того, как при разгаре основного заболевания в пародонте развивается генерализованный патологический процесс, имеет место постепенное стирание различий в уровне микроциркуляции в разных участках десны, что свидетельствует о глубоких трофических нарушениях в тканях пародонта и расстройстве компенсаторных механизмов.

В патогенезе микроциркуляторных расстройств при этом доминируют, по-видимому, два фактора: 1) снижение уровня перфузии капилляров кровью и 2) нарушение кровотока в веноулярном отделе.

Наиболее глубокие изменения состояния капиллярного кровотока в области десны были отмечены у больных длительностью заболевания более 10 лет. Так, например, ПМ у больных с ХГН в среднем был равен $12,3 \pm 1,5$, а у больных с длительностью основного заболевания более чем 10 лет ПМ был $8,93 \pm 1,81$.

Гнатодинамометрические и термометрические исследования провели у 18 (38,29%) больных из 47 страдающих заболеванием почек. Выносливость зубов к вертикальной и горизонтальной нагрузке изучена у пациентов, ранее пользовавшихся зубными протезами, которые были удалены из полости рта по различным медицинским показаниям.

Нами не выявлено прямой зависимости между степенью атрофии костной ткани альвеолярных отростков и данными гнатодинамометрии. У больных ХГН вертикальная выносливость зуба на верхней челюсти снижалась в пределах от 12,7% до 35,7%, а горизонтальная выносливость снижалась от 16,5% до 27,3% по сравнению с данными контроля.

Частичные дефекты зубных рядов обуславливают в целом снижение выносливости соседствующих зубов к вертикальной и горизонтальной

нагрузке. Причем, первые зубы с одной и другой от дефекта стороны теряют выносливость к нагрузке более значительно, чем вторые и особенно третьи зубы.

Таким образом: применение индивидуального исследования выносливости опорного аппарата зубов и учет полученных данных при планировании конструкций мостовидных протезов позволяет избежать перегрузки пародонта, несмотря на специфичность патологических процессов, протекающих в его тканях при хронических заболеваниях почек.

Результаты термометрических исследований слизистой оболочки полости рта больных с хроническим заболеванием почек представлены в табл. 3.4.9. Как видно из таблицы, температура слизистой оболочки передней части альвеолярного отростка верхней челюсти справа и слева ниже, чем в задней части его. Наиболее выражена эта разность на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти, и менее выражена на слизистой оболочке твердого неба. Исследования показали, что у всех обследованных величина поверхностной температуры слизистой оболочки нижней челюсти была ниже, чем на верхней. В основном одинаковую температуру имели правая и левая сторона слизистой оболочки альвеолярных отростков у лиц контрольной группы. Так, например, разница температуры симметричных точек десны по средним данным колебалась в пределах 0,3 градусов. Наименее низкой была температура слизистой оболочки передней трети альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба.

Сравнительный анализ температурной топографии слизистой оболочки полости рта всех обследованных лиц показывает, что температура у этой групп больных намного ниже, чем у лиц контрольной группы. Гипотермия является характерным признаком уремии, поэтому возникновение вторичных инфекционных процессов у этой категории больных, протекает без повышения температуры.

3.4.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена в организме, что имеет место при хронических заболеваниях почек, несомненно, смогут отразиться на минеральном составе костной ткани, что при соответствующих условиях может привести к деструкции. Обычно это может быть связано с гипофосфатемией, обусловленной либо повышенной экскрецией фосфора почками, либо пониженной всасываемостью его из желудочно-кишечного тракта, приводящей к резорбции костной ткани. Этот процесс может лежать в основе пародонтопатий при хронических заболеваниях почек.

Следует также отметить, что у тех больных ХЗП, у которых, не получающих регулярного, систематического лечения, мы рентгенологически

определяли рассасывания костной ткани альвеолярного отростка. У многих больных клинически отмечались наличие травматического узла, преждевременных окклюзионных контактов зубов и явления дистрофически-воспалительной формы пародонтоза.

Находившимся под нашим наблюдением из 47 больных хроническим заболеванием почек у 21 из них (8 лиц мужского и 13 женского пола) была проведена рентгеноденситометрия.

Рентгеноденситометрические исследования больных и лиц контрольной группы показало (табл. 3.4.10), что у больных ХГН минеральная насыщенность была ниже, чем у лиц контрольной группы. Особенно выраженными эти изменения были на альвеолярном отростке нижней челюсти. Минеральная насыщенность была на 1,72 ед. ниже, чем контроле. Исследования показали, что нет достоверной зависимости между возрастом больных и степенью снижения минеральной плотности костной ткани, как у мужчин, так и у женщин ($P < 0,05$). Но выявлено связи между снижением минеральной плотности костной ткани и длительностью заболевания, чем длительное заболевание, тем значительно снижается минеральной плотности костной ткани.

Таблица 3.4.9.

Температурная топография слизистой оболочки верхней челюсти больных ХГН

Групп больных	Кол- во обсл.	Альвеолярный отросток				Твердое небо			
		справа		слева		справа		слева	
		Задняя часть	Передняя часть	Передняя часть	Задняя часть	Задняя часть	Передняя часть	Передняя часть	Задняя часть
ХГН	18	35,01±0,13	34,05±0,09	34,19±0,20	35,05±0,15	34,51±0,15	34,01±0,10	34,02±0,21	34,33±0,15
Контрольная группа	12	35,03±0,12	34,40±0,18	34,37±0,17	35,06±0,17	34,76±0,15	34,40±0,31	34,20±0,14	34,40±0,20

Таблица 3.4.10.

Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти у больных с ХГН

Нозологиче- ская форма	Число боль- ных	Группа наблю- даемых лиц	Измеренные точки			
			ветвь н/ч	угол н/ч	альвеоляр- ный отросток	For. mentalis
ХГН	47	21	1,065±0,0047	0,966±0,0026	1,120±0,0028	1,370±0,0036
		P >	0,01	0,01	0,05	0,01
Контрольная группа	15		1,081±0,0089	1,090±0,0096	1,153±0,0092	1,914±0,0087

Можно сделать вывод о том, что при хронических заболеваниях почек наблюдается уменьшение минеральной плотности костей нижней челюсти, что с большой степенью вероятности подтверждает прогноз заболевания ($P > 0,01$ или 99 %). Эти показатели изменяются в зависимости от формы и продолжительности основного заболевания.

3.4.4. Результаты морфологических исследований

У 10 пациентов с ХГН проведено морфологическое исследование слизистой оболочки полости рта. При этом при изучении препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, в слизистой полости рта отмечены ее гиперемия и отек, истончение эпителиального слоя, вакуолизация эпителиальных клеток, клеточная инфильтрация с преобладанием макрофагов и лимфоцитов (рис.3.4.2).



Рис 3.4.2. Биопсия Больной К.А., 37 лет. Резкое расширение сосудов соединительно-тканной строме, переполнение их кровью. Периваскулярный инфильтрат. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 100.



Рис 3.4.3. Биопсия Больной Г.В., 54 года. Эрозия слизистой. Отек подслизистого слоя. Переваскулярная инфильтрация. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 100.

В отдельных наблюдениях имелись участки поверхностных эрозий с разрушением эпителиального покрова (рис.3.4.3). В некоторых наблюдениях в этих участках определялись тканевой детрит и бактерии.

В соединительно-тканной основе слизистой наблюдалось расширение артериол и венул, скопление клеток инфильтрата, среди которых определялись лимфоциты, полиморфноядерные нейтрофилы, плазматические и тучные клетки (рис. 3.4.4). Инфильтрат имел вид скоплений по ходу сосудов (рис.3.4.5) или сплошных полей.

Представлял интерес сопоставление обнаруженных изменений в полости рта с длительностью заболевания и тяжестью течения патологического процесса. Как показал проведенный анализ у больных с длительным (более 5 лет) течением заболевания преобладали атрофические изменения в тканях пародонта, у них наблюдалось появление афт и язв на слизистой (7 наблюдений), в то время как у больных с длительностью заболевания 1-2 года имели место отечность десен и их кровоточивость.



Рис 3.4.4. Биопсия Больной В.Н., 47 лет. Инфильтрат в строме слизистой, состоящий из лимфоцитов, гистоцитов и плазматических клеток. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 400.

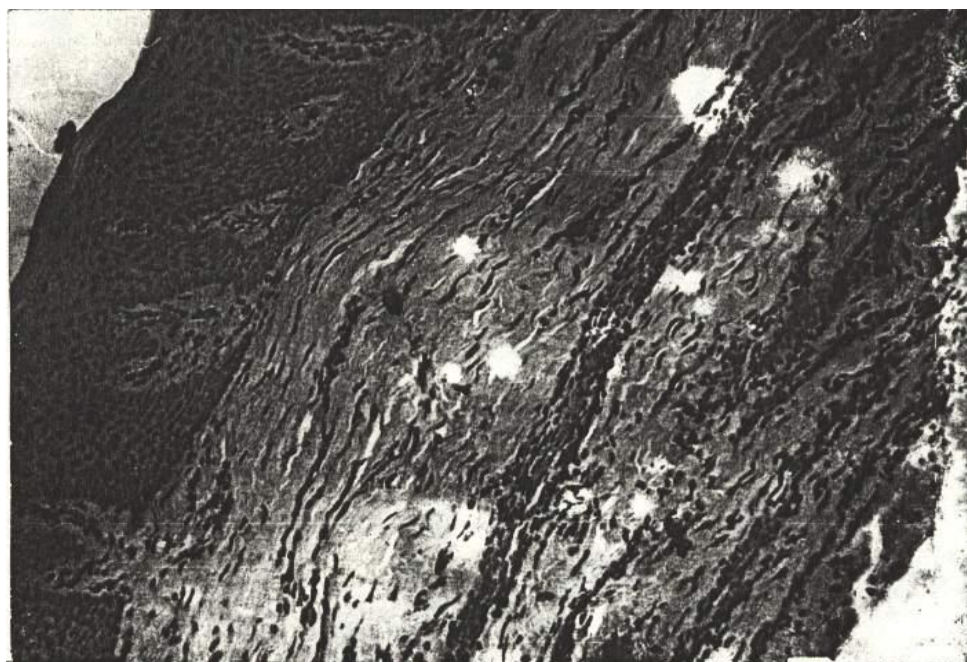


Рис 3.4.5. Биопсия Больной С.Н., 42 года. Инфильтрат по ходу сосудов микроциркуляторного русла в соединительнотканной строме. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 100.

Таким образом, сопоставление морфологических изменений слизистой оболочки полости рта и стоматологического статуса больных с заболеваниями

почек показало, что у них имели место изменения, как со стороны твердых тканей зубов, так и со стороны тканей пародонта. По всей видимости, при заболеваниях почек изменения в полости рта отражают степень нарушения функции пораженного органа. Показатели лабораторных анализов свидетельствуют о компенсированном и субкомпенсированном характере нарушения функции почек у большинства пациентов. В связи с этим, у почти половины больных отмечена отечность, кровоточивость слизистой и атрофия альвеолярного отростка.

3.4.5. Характеристика неспецифических факторов защиты полости рта у больных ХГН

Приведенные данные в литературном обзоре, свидетельствуют о том, что состояние клеточных и гуморальных факторов системы иммунитета у больных страдающих хроническим гломерулонефритом широко изучены. В то же время, сведения о состоянии неспецифических факторов защиты полости рта у этих больных нам представлялось интересным, наряду со стоматологическими исследованиями, провести исследования неспецифических факторов защиты, таких как: титр лизоцима, показатель фагоцитоза и уровень секреторного иммуноглобулина в ротовой жидкости у больных ХГН.

Таблица 3.4.11.
Показатели неспецифических факторов защиты полости рта у больных ХГН

№	Показатели	В норме	Больные ХГН
1	Титр лизоцима (мг%)	18,00±0,80	15,91±0,75
2	Показатель фагоцитоза (%)	55,3±1,20	41,7±0,11
3	Уровень секреторного IgA (мг%)	2,00±0,10	3,51±0,22

Результаты проведенных исследований приведены в табл. 3.4.11. Из таблицы видно, что и в полости рта мы видим, что титр лизоцима снижены и составили 15,91±0,75 мг%, фагоцитарная активность лейкоцитов также снижены до 41,7±0,11 %, в то время как контрольные цифры составляли 18,00±0,80 мг%

и $55,3 \pm 1,20$ % соответственно. При этом у этих же больных уровень секреторного иммуноглобулина А (SIgA) равен $3,51 \pm 0,22$ мг%, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%, то есть фактически выявлено двукратное повышение концентрации.

Таким образом, мы видим картину, что у больных хроническим гломерулонефритом по содержанию лизоцима и показателя фагоцитоза дефицит, а по данным уровня секреторного иммуноглобулина класса А (SIgA), наоборот возрастание.

3.5. Результаты исследования органов полости рта больных с железодефицитной анемией

Предыдущие фоновые патологии и соответственные изменения органов полости рта были связаны с патологией кровеносной системы (ГБ, СД, ХГН). С целью изучения структурно-функциональных изменений органов полости рта не связанных с патологией кровеносной системы, мы решили изучить эти показатели при железодефицитной анемии (ЖДА).

Для выявления особенностей состояния твердых и мягких тканей полости рта больных с заболеванием крови нами было обследовано 67 пациентов, страдающих ЖДА (из них 15 мужчин и 52 женщин) в возрасте от 18 до 67 лет, с длительностью основного заболевания от 1 до 16 лет.

Распределение обследованных больных с заболеванием крови по полу и возрасту представлены на рис. 3.5.1.

У обследованных больных первыми признаками заболеваний крови были: слабость (47%), повышение температуры (17%), одышка, боли в сердце и сердцебиение (11%), увеличение лимфатических узлов (6%). Язвы в полости рта наблюдались у 5%, длительное кровотечение после удаления зуба у 2%, другие стоматологические жалобы - 9%. Поражения полости рта были первыми признаками заболеваний крови у 11% больных.

У большинства больных (62%) были жалобы, связанные с патологией слизистой оболочки полости рта. Это сухость во рту, затрудняющая разговор, прием пищи и формирование пищевого комка – 40,3%. Понижение, а иногда и

извращение вкусовой чувствительности – 17,9%, боли в челюстных костях, зубах, языке, верхней и нижней губе – 11,9%, кровоточивость из десен – 10,4%, эрозии, язвы в полости рта – 8,9%, пощипывание, жжение мягких тканей полости рта – 8,9%, онемение – 1,5%, воспаление, острый стоматит, гингивит, частое поражение Herpes Simplex.

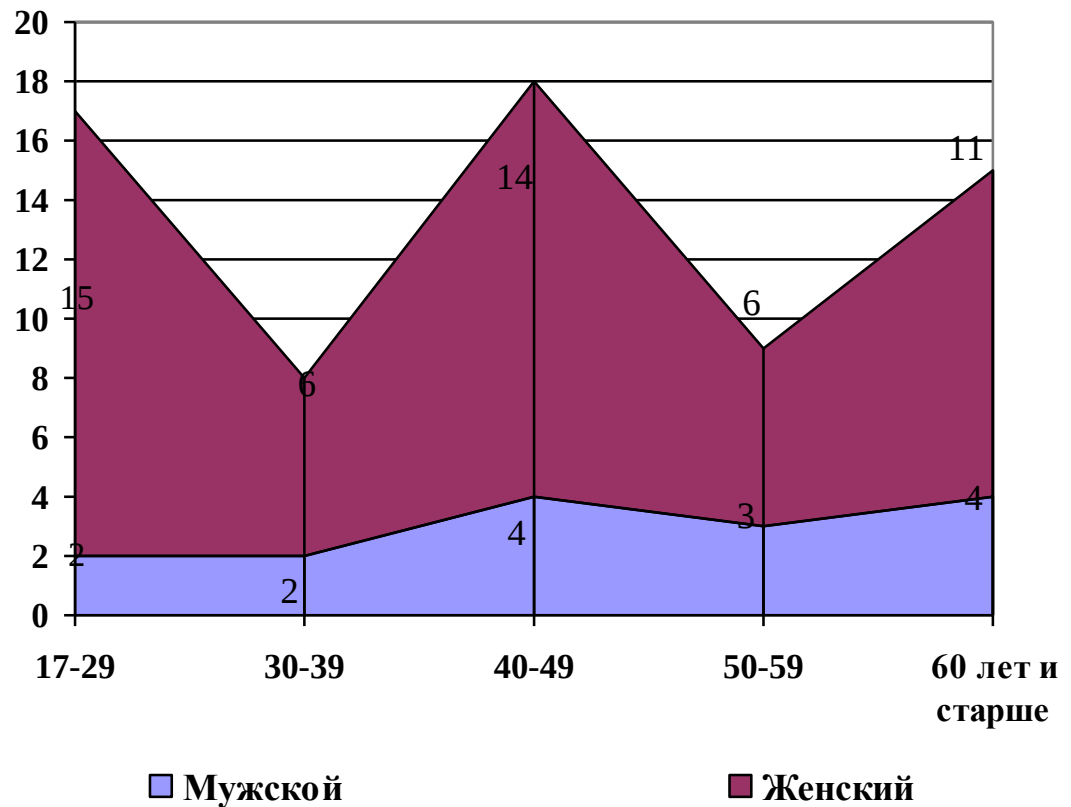


Рис. 3.5.1. Возрастной и половой состав больных с железодефицитной анемией

Практически все обследованные отмечали субъективные явления со стороны полости рта, но степень выраженности этих явлений в каждом отдельном случае была различной, варьируя от минимальных субъективных ощущений при незначительных атрофических изменениях и сухости СОПР, до выраженных субъективных и объективных изменений.

3.5.1. Результаты клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки полости рта, зубов и тканей пародонта у больных с ЖДА

Клиническое изучение состояния зубов, зубных рядов, слизистой оболочки и нуждаемости обследуемых больных с ЖДА в ортопедической стома-

тологической помощи, показало несколько низкий уровень гигиенического состояния полости рта и большую нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи.

Так, у больных с железодефицитной анемией выявлено в среднем по 3,42 кариозных и 4,64 удаленных зубов на одного обследованного.

При изучении твердых тканей зубов обнаружено, что распространенность поражения зубов кариесом составляет 89,4% при КПУ 9,76 (табл. 3.5.1.).

Таблица 3.5.1.

Интенсивность кариеса зубов и гигиенического индекса у больных ЖДА

№	Группа обследованных больных	Общее кол-во больных	Структура элементов КПУ				ГИ
			Зуб кариозный	Зуб пломбированный	Зуб удаленный	Индекс КПУ	
1	Железодефицитная анемия	67	3,42	1,70	4,64	9,76	1,8
2	Контрольная группа	192	0,58	0,76	3,94	5,28	1,6

Весьма характерно для железодефицитной анемии бессимптомное течение кариеса зубов. Разрушение зубов протекает безболезненно и замечается либо по косметическому дефекту, либо из-за остатков пищи в полости зуба или между зубами (нарушение контактного пункта), либо по появлению припухлости или свищей на десне в области пораженного зуба, что соответствует данным других авторов [35, 279, 351, 433, 459].

Изменение твердых тканей зубов у больных железодефицитной анемией выражался в нарушении цвета эмали. Очень часто на поверхности эмали можно было обнаружить множественные трещинки, бороздки и участки шероховатости. Больные часто жаловались на боли в зубах при перемене температуры, при приеме сладкой и кислой пищи. Появление меловых пятен на вестибулярной поверхности коронок резцов связывали больные с началом или с обострением основного заболевания.

Интенсивность поражения зубов кариесом зависело от многих причин, таких как возраст больных, число беременностей, родов и длительность корм-

лений, перенесенные заболевания в прошлом, условия жизни и характер питания, и целый ряд других. Поэтому установить четкую зависимость поражения зубов кариесом от тяжести и длительности анемии не всегда представлялся возможным.

Изучение гигиенического состояния полости рта у больных с заболеванием крови показало, что оно было неудовлетворительное, и ГИ равнялся в среднем 1,8. Но индекс гигиены как «плохой» и «очень плохой» почти не наблюдался.

При обследовании больных ЖДА заболевания пародонта выявлены у 54 больных или 80,6% (табл. 3.5.2.). Распределение обследованных больных с ЖДА в зависимости от степени тяжести заболевания пародонта и длительности основного заболевания представлено в табл. 3.5.3.

Из таблицы видно, что 13 (19,40%) пациентов не имели признаков заболевания пародонта. Легкая стадия заболевания пародонта определялась у 8 (11,94%) больных, средняя - у 21 (31,34%) больных, тяжелая - у 25 (37,32%) больного.

Таблица 3.5.2.

Состояние тканей пародонта больных с железодефицитной анемией

Форма заболевания	Кол-во больных	Заболевания тканей пародонта				
		Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	ВСЕГО	%
Железодефицитная анемия	67	28 (41,79%)	15 (22,39%)	11 (16,42%)	54	80,6

Хотя поражения зубов кариесом не зависело от тяжести и длительности основного заболевания, то поражения тканей пародонта несколько этому зависела, и по таблицу 3.5.3. видна, что средняя и тяжелая форма заболевания пародонта достоверно была больше (от 14,3% до 36,0%).

Слизистая оболочка полости рта при объективном исследовании отличалась бледностью – у 58% больных, атрофичностью - 28%, сухостью –14% (см. рис. 3.5.2). При исследовании слизистой оболочки полости рта с применением стоматоскопии элементы поражения и заболевания слизистой оболочки

полости рта были обнаружены у 78% больных.

Таблица 3.5.3.

Распределение больных в зависимости от длительности ЖДА и степени тяжести заболевания пародонта

Степень тяжести ЗП	Кол-во больных	Длительность основного заболевания				
		до 1 года	1-5 лет	6-10 лет	11 и более	ВСЕГО в %
Отсутствие ЗП	13	6 (9,0%)	4 (6,0%)	3 (4,4%)	-	19,40
Легкая степень ЗП	8	5 (7,5%)	2 (3,0%)	1 (1,5%)	-	11,94
Средняя степень ЗП	21	3 (4,5%)	7 (10,4%)	5 (7,5%)	6 (8,9%)	31,34
Тяжелая степень ЗП	25	4 (6,0%)	5 (7,5%)	9 (13,4%)	7 (10,4%)	37,32
ИТОГО	67	18 (26,9%)	18 (26,9%)	18 (26,9%)	13 (19,4%)	100,0

Были выявлены следующие стоматологические заболевания: геморрагические поражения в виде петехии, гематомы, ангулярный хейлит и трещины углов рта, а также герпетические поражения - Herpes Simplex.



Рис. 3.5.2. Бледность и атрофичность слизистой оболочки полости рта при железодефицитной анемии

Частое место локализации было - язык 23,9%, десна –14,9%, слизистая оболочка щеки 28,4%, губы 10,4%. Генерализованные поражения отмечались редко (табл. 3.5.4.).

Воспаление слизистой оболочки наиболее часто наблюдалось на слизистой оболочке щеки, десны, языка.

Таким образом, при осмотре слизистой оболочки полости рта больных ЖДА нужно особое внимание уделять этим зонам. В связи с этим мы проводили стоматоскопию не только участков поражения, видимых при обычном исследовании, но и слизистой оболочки щеки по линии смыкания зубов, десны, языка, что оправдало себя получением достаточно точных результатов клинического обследования и подтверждалось с данными лабораторной диагностики.

На слизистой оболочке щеки, твердого неба наблюдались единичные петехии. У большинства больных сухость во рту затрудняла обработку, формирование и проглатывание пищевого комка. Возникла необходимость дополнительно смачивать их. У больных с этой патологией чаще всего отмечалась атрофия слизистой оболочки полости рта, особенно нитевидных и грибовидных сосочков языка, у 6 (8,95%) больных отмечалась полная атрофия всех сосочков языка. У 8 (11,94%) больных отмечалась парестезия и нарушение вкусовой чувствительности.

Таблица 3.5.4.

Локализация поражений слизистой оболочки полости рта у больных с ЖДА

Форма заб-я	Ко- л- во бо- л-х	Локализация поражения СОПР								
		Язык	Губа	Щека	Дно рта	Твер- дое небо	Мяг- кое небо	Аль- вео- ляр- ный гре- бень	Десна	Нет пораже- ний СОПР
ЖДА	67	16	7	18	1	5	1	2	10	7
		23,9%	10,4%	26,9%	1,5%	7,5%	1,5%	3,0%	14,9%	10,4%

На эпителиальном покрове слизистой оболочки наблюдались трещины и заеды. Слизистая оболочка протезного ложа истончена, менее эластична, податливость низкая, легко травмируется.

Из 67 больных с ЖДА у 8 (10,44%) зубы в одной или в обеих челюстях полностью отсутствовали, у 7 (10,45%) отсутствовали зубы в области фронтальных зубов, у 43 (64,18%) – в области жевательных зубов и у 10 (14,92%) больных был интактный зубной ряд. У 6 (8,95%) больных выявили патологическую стираемость зубов генерализованного характера. Распределение больных по локализации дефекта зубного ряда представлено в табл. 3.5.5.

Из числа 41 протезоносителей у 26 (63,41%) протезы были негодными, и они нуждались в их переделке (табл. 3.5.6.).

Таблица 3.5.5.

Распределение больных с железодефицитной анемией в зависимости от локализации дефекта в зубном ряду

Форма заболевания	Локализация дефекта									
	Интактный зубной ряд		В переднем отделе зубной дуги		В боковом отделе зубной дуги		Полное отсутствие зубов		ИТОГО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Железодефицитная анемия	10	14,9	7	10,5	43	64,1	7	10,5	67	100,0
Контрольная группа	51	26,6	59	30,7	82	42,7	-	-	192	100,0

Таблица 3.5.6.

Состояние зубных протезов и протезного ложа у больных с ЖДА

Форма забо- левания	Кол-во бол-х	Протезоносители						Измене- ние сл.об. под несъем- ные протезы	Изме- нение сл.об. под съем- ные протезы
		Несъемные протезы			Съемные протезы				
		Все го	го- ден	не го- ден	Все го	го- ден	не го- ден		
Железодефи- цитная анемия	67	27	9	18	14	6	8	13	8

Так, у 13 (48,15%) из 27 обследованных больных, пользующихся несъемной конструкцией, обнаружены изменения десны в виде катарального гин-

гивита различной формы, проявляющиеся в выраженной отечности, неравномерной гиперемией. Они характеризуются значительной синюшности десны, выделением гноя из зубодесневых карманов, иногда наблюдались развития язвенного гингивита.

У пользующихся 14 больных пластиночными зубными протезами наиболее часто встречались очаговые поражения слизистой оболочки у 8 больных (57,14%), что стоматоскопически проявлялось мелкоочаговой гиперемией, неравномерной окраской слизистой, мелкоочаговыми кровоизлияниями, гиперемией небных слюнных желез.

Таким образом, при железодефицитной анемии нами выявлены ряд изменений и поражение слизистой оболочки полости рта. Такие изменения как синюшность, бледность слизистой оболочки полости рта, гиперпластический гингивит, истончение эпителиального покрова, что проявляется атрофичностью слизистой оболочки полости рта, сухостью, трещинами губ, могут считаться специфическими признаками железодефицитной анемии.

3.5.2. Результаты функциональных исследований больных с железодефицитной анемией

При гнатодинамометрическом исследований выносливости зубов при частичных дефектах зубных рядов, а также исследование патологической подвижности сохранившихся зубов у больных с ЖДА существенных отличительных данных по отношению к контрольной группе не получены. В связи с этим эти данные мы сочли, не приводит в работе.

Реографическое исследование проводили у 23 (34,32%) из 67 больных с ЖДА. Исследования показали, что результаты реопародонтографии у пациентов с ЖДА выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение РИ, увели-

чение индекса периферического сопротивления и показателя тонуса сосудов (табл. 3.5.7.).

Таблица 3.5.7.

Показатели РПГ у больных с железодефицитной анемией ($M \pm m$)

Группа обследо- ванных	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	$P < >$
Контрольная	51	$0,090 \pm 0,002$	$81,9 \pm 5,03$	$13,8 \pm 2,26$	
Больные ЖДА	23	$0,089 \pm 0,033$	$88,3 \pm 3,01$	$15,5 \pm 3,02$	$< 0,05$

РПГ по своей конфигурации были близки к РПГ при больных с гингивитом. Восходящая часть реопародонтографии была крутая, дикротическая волна расположена в средней трети кривой. При этом дикротическая волна по сравнению с РПГ при контрольной группе отмечались некоторая ее сглаженность. При этом показатель тонуса сосудов (ПТС) у больных с ЖДА был равен $15,5 \pm 3,02\%$, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $88,3 \pm 3,01\%$, и РИ – $0,089 \pm 0,033 \text{ Ом}$ ($P < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что уплощение РПГ, смещение дикротического зубца к вершине, повышение ПТС и ИПС, понижение РИ являются ранними симптомами патологии пародонта.

Лазерную доплеровскую флоуметрию проводили у 12 (12,6%) из 67 больных с ЖДА. При лазерной доплеровской флоуметрии регистрируется ослабление кровотока, особенно выраженное в маргинальной части десны. Превалируют явления дегенеративно-атрофического характера. Слизистая оболочка десны истончена, васкуляризация ее снижена. Отчетливо выявляются признаки ослабления капиллярного кровотока во всех зонах исследования. Средние параметры состояния микроциркуляции дали сглаженную картину, но и по ней можно судить об ослаблении капиллярного кровотока во всех зонах десны, как проявление атрофических процессов в тканях пародонта. В области десны показатель микроциркуляции по ЛДФ составил $12,2 \pm 0,34$ усл.ед. ($p < 0,05$ по сравнению со здоровым пародонтом). Градиент различий в кровотоке в разных зонах десны и альвеолярного отростка небольшой – $0,14 \pm 0,05$,

что свидетельствует о распространенности процесса на все отделы десны. Коэффициент асимметрии, напротив, высок и составляет при этом $0,15 \pm 0,007$, что в 2 раза выше, чем в здоровом пародонте.

Таким образом, комплексное обследование состояние микроциркуляции в слизистой оболочке полости рта у больных с железодефицитной анемией, выполненное с применением реографии и лазерной доплеровской флоуметрии, позволило выявить характерные изменения микрососудов и кровотока в них преимущественно дегенеративно-атрофического и частично воспалительного характера, что существенно снижает уровень трофических процессов в них.

Главным и объединяющим признаком всех обнаруживаемых изменений СОПР у больных ЖДА являлся атрофия и гиперкератинизация покровного эпителия. Атрофию и гиперкератинизацию эпителия слизистой оболочки полости рта, многие авторы связывали с дефицитом железа в организме у больных железодефицитной анемией. СО губ, щек и других участков полости рта истончается, становится менее эластичной и легко травмируется. Цвет ее, как правило, от нежно-розового цвета до - бледного с белесоватым оттенком. Почти не бывает нормальной окраски СО, а также гиперемии и катаральных явлений, что и подтверждается термометрическими измерениями СОПР.

Результаты термометрических исследований СОПР больных ЖДА лиц представлены в табл. 3.5.8. Как видно из таблицы, температура СО передней части альвеолярного отростка верхней челюсти справа и слева на ряд ниже, чем у контрольной группы. Наиболее выражена эта разность на СО альвеолярного отростка верхней челюсти, и менее выражена на слизистой оболочке твердого неба. Исследования показали, что у всех обследованных величина поверхностной температуры СО нижней челюсти была ниже, чем на верхней челюсти.

Сравнительный анализ температурной топографии СОПР всех обследованных лиц, имеющие во рту все зубы или частичные дефекты зубного ряда показывает, что температура СОПР у больных ЖДА ниже, чем у лиц контрольной группы. Среди последних наиболее высокую температуру СОПР

имели больные длительное время пользующихся съемными зубными протезами. Ношение съемных пластиночных протезов вызывает повышение температуры слизистой оболочки полости рта, так как съемные протезы оказывают на подлежащие ткани более выраженное раздражающее действие.

3.5.3. Результаты рентгенологических и рентгеноденситометрических исследований костной ткани

Больным с ЖДА было сделано 49 прицельных дентальных рентгеновских снимков и 14 ортопантомографии. При оценке рентгенограмм обращали внимание на высоту межальвеолярных перегородок, форму их вершин, структуру губчатого вещества, состояние кортикальных пластинок, вид резорбции костной ткани.

При рентгенологическом исследовании альвеолярных отростков челюстей у больных железодефицитной анемией можно наблюдать небольшую резорбцию межзубных перегородок и большую сетчатость рисунка кости в области резцов. Клинико-рентгенологические данные по состоянию пародонта, полученные при обследовании больных, напоминают картину начальной (экспериментальной) формы заболевания пародонта.

У некоторых больных ЖДА с частичным отсутствием зубов отмечались рентгенологические проявления заболевания пародонта. Из 50 больных ЖДА с частичным отсутствием зубов у 31 (62,0%) отмечался остеопороз вершины межзубной перегородки и частичном исчезновении кортикальных замыкающих пластинок.

Рентгенологическая картина челюстей больных ЖДА длительно страдающих заболеванием характеризовался равномерным снижением высоты межзубных перегородок без нарушения целостности кортикальной пластинки, чередованием очагов остеосклероза и остеопороза в глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти.

Таблица 3.5.8.

Температурная топография слизистой оболочки верхней челюсти больных с железодефицитной анемией

Подгруппы	Кол-во обсл.	Альвеолярный отросток				Твердое небо			
		справа		слева		справа		слева	
		Задняя часть	Передняя часть	Передняя часть	Задняя часть	Задняя часть	Передняя часть	Передняя часть	Задняя часть
Интактный зубной ряд	12	35,03±0,12	34,40±0,18	34,37±0,17	35,06±0,17	34,76±0,15	34,40±0,31	34,20±0,14	34,40±0,20
1ая под- группа	11	34,17±0,11	34,11±0,11	34,01±0,12	34,35±0,13	34,11±0,12	34,21±0,18	34,01±0,21	34,03±0,13
2ая под- группа	14	34,62±0,16	34,08±0,12	34,31±0,11	34,22±0,12	34,01±0,09	34,11±0,08	34,10±0,11	34,21±0,11

Таблица 3.5.9.

Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти больных с железодефицитной анемией
(в мг/мм³)

Группа наблю- даемых лиц	Число обследо- ванных лиц	Измеренные точки				
		ветвь нижней челюсти	угол нижней челюсти	альвеолярный отросток	Foramen mentalis	P ><
Контрольная группа	28	1,081±0,0089	1,090±0,0096	1,153±0,0092	1,914±0,0087	
Больные ЖДА	14	1,071±0,0052	1,004±0,0078	0,997±0,0065	1,523±0,004	<0,01

Анализ данных минеральной насыщенности в разной области нижней челюсти при различных состояниях зубочелюстной системы больных с ЖДА свидетельствовал о том, что минеральная насыщенность костной ткани человека с разной степени тяжести основного заболевания представляет по-разному. Так, например, у больных ЖДА в области альвеолярного отростка минеральная насыщенность костной ткани колебалась от $0,997 \pm 0,0065$ мг/мм³ до $1,523 \pm 0,004$ мг/мм³ в области Foramen mentalis, т.е. незначительно ниже ($P < 0,05$) аналогичного показателя челюстей с контрольной группы ($1,067 \pm 0,0068$ мг/мм³ и $1,793 \pm 0,0070$) (см. табл. 3.5.9.).

3.5.4. Результаты морфологических исследований

В ряде цитологических исследований слущивающихся клеток СОПР у больных железодефицитной анемией показало статистически достоверное увеличение размеров ядер и самих клеток эпителия щеки. Некоторые авторы высказывают предположение, что истощение запасов железа в организме ведет к внутриклеточному дефициту, в результате чего нарушается обмен в клетках эпителия, и в первую очередь это касается процессов ороговения.

Более полное представление о характере патологических процессов в СОПР больных железодефицитной анемией было получено с помощью морфологических исследований.

Нами проведено морфологическое изучение биопсийного материала слизистой оболочки щеки. Обнаруженные изменения эпителия, прежде всего, выражались в значительном уменьшении его толщины (до 250 мкм и меньше), уменьшение толщины эпителиального пласта происходит за счет уменьшения всех слоев эпителия. Дистрофические изменения эпителия обнаружены во всех 18 случаях. Явления гиперкератоза и паракератоза, а также пикноз ядер в клетках эпителия наблюдались у всех больных, однако, степень их выраженности была различной и зависела от тяжести общего состояния больных. У 8 больных обнаружена вакуолизация клеток поверхностного и шиповидного слоев эпителия. В 12 случаях наблюдалось избыточное разрастание сосочков

эпителия. Соединительно-тканная основа СО щеки больных ЖДА была представлена в 13 случаях рыхлой стромой, а в 5 случаях – фиброзной тканью (Рис. 3.5.3.- 3.5.4).

Выявленные гистологические изменения касались как соединительнотканной основе стромы, так и, особенно, эпителиального покрова слизистой оболочки щеки больных. Изменения в эпителии: атрофия базального слоя, явления дистрофии в клетках (паракератоз, гиперкератоз, вакуолизация); избыточное разрастание сосочков; уменьшение толщины эпителия; резкое уменьшение количества гликогена в клетках; значительное увеличение кислых мукополисахаридов в клетках эпителия и в межклеточном веществе.

Клинико-морфологические сопоставления позволяют дать объяснения некоторым симптомам, проявляющимся в полости рта железодефицитном состоянии организма. Бледность СОПР зависит не от истинной анемизации ткани, а от изменения свойств эпителия преломлять свет; в основе такого изменения лежит тенденция к ороговению клеток поверхностного слоя, что гисто-

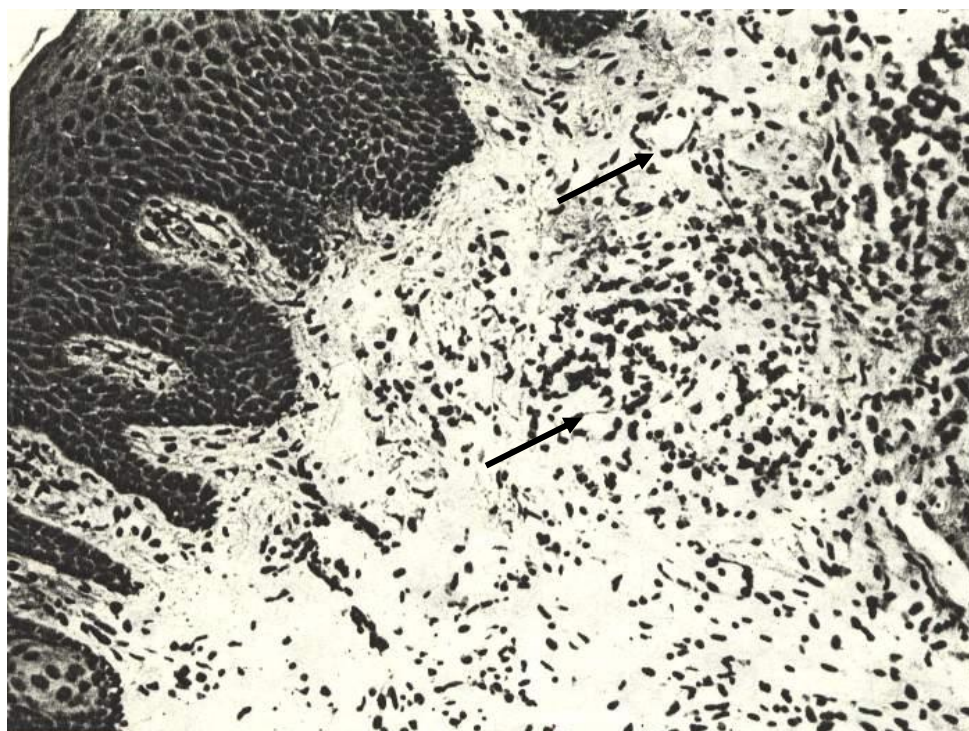


Рис 3.5.3. Биопсия Больной С.С., 56 лет. Тучные клетки в соединительнотканной строме слизистой. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 100.

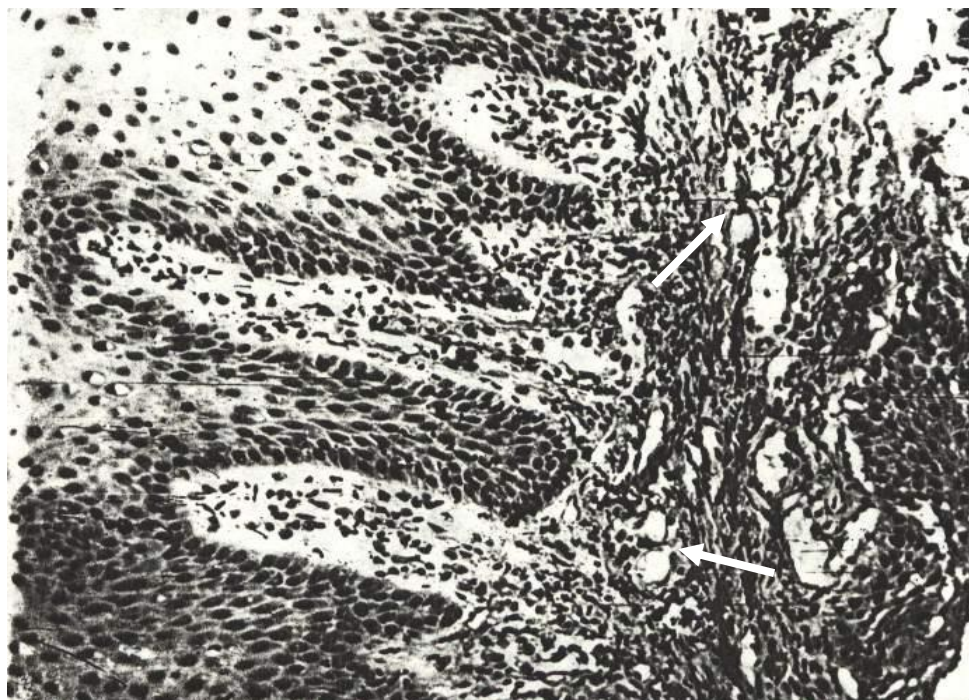


Рис 3.5.4. Биопсия Больной А.В., 34 года. Скопление тучных клеток в дерме. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 100.

логически обнаруживается в виде явлений гипер и паракератоза, пикноза ядер, а также в значительном уменьшении количества гликогена. Атрофия росткового слоя эпителия обуславливает значительную травматичность СОПР. Атрофия слизистой оболочки и значительное ослабление связей между клетками объясняют факт появления у некоторых больных трещин в углах рта. Общность характера атрофических и дистрофических процессов в тканях полости рта, вероятно, можно объяснить и сниженную активность слюнных желез, что клинически выражается в сухости полости рта. Наблюдаемая атрофия сосочков языка может рассматриваться как результат повышенной нагрузки ороговевшей эпителий сосочков с ослабленными межклеточными связями. Повышенная нагрузка создается из-за малого количества слюны, которая необходима для смачивания пищевого комка.

В норме вкусовые луковицы языка покрыты неороговевающим эпителием, но при железодефицитных состояниях организма в связи с общей тенденцией эпителия к ороговению эпителий вкусовых луковиц также, вероятно, близок к ороговению. Поэтому на периферический отдел вкусового анализа

тора воздействует гораздо меньшее количество раздражителей, т.е. понижается вкусовая чувствительность.

Таким образом, при сопоставлении клинических и лабораторных данных (количество эритроцитов, концентрация гемоглобина, цветовой показатель) установлено, что между проявлениями в полости рта и степенью малокровия не существует причинной связи. Степень выраженности субъективных ощущений и объективных изменений со стороны тканей полости рта зависит от концентрации железа в сыворотке крови, т.е. от степени тяжести анемии.

Анализ клинических и гистологических данных убеждает нас в том, что обнаруженные изменения тканей полости рта у обследованных больных не связаны причинно с малокровием, а отображают дефицит содержания железа в тканях. Это так называемая «тканевая анемия», «тканевой дефицит железа».

3.5.5. Показатели неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих железодефицитной анемией

Нами проведено изучение состояния неспецифических факторов защиты полости рта у больных страдающих железодефицитной анемией. Полученные сведения проведенных исследований приведены в табл. 3.5.10.

Таблица 3.5.10.

Показатели неспецифических факторов защиты полости рта у больных железодефицитной анемией

№	Показатели	В норме	У больных ЖДА
1	Титр лизоцима (мг%)	18,00±0,80	14,10±0,61
2	Показатель фагоцитоза (%)	55,3±1,20	38,11±0,90
3	Уровень секреторного IgA (мг%)	2,00±0,10	1,20±0,07

Из таблицы видно, фактически по всем изученным параметрам выявлен дефицит. Так, титр лизоцима в слюне составил 14,10±0,61 мг% при норме равной 18,00±0,80 мг%. Наиболее выраженным достоверным сдвигом в сторону уменьшения отмечены показатели фагоцитоза. Так этот показатель составил 38,11±0,90 %, это почти на два раза меньше, чем у контрольной груп-

пы людей. Изучение состояния уровня секреторного иммуноглобулина класса А (s IgA), также показал его дефицит и он составил $1,20 \pm 0,07$ мг% при норме равной $2,00 \pm 0,10$ мг%. Основываясь на этих данных можно полагать, что в целом в полости рта у больных страдающих железодефицитной анемией выявлен локальный вторичный иммунодефицит.

По всей видимости, это состояние, как правило, приводит к развитию дисбактериоза в полости рта. Все эти сведения вместе взятые окажут отрицательное влияние на состояние пародонта зубов, на эти вопросы должен обязательно обратить внимание врач стоматолог.

Глава 4. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

В доступной нам периодике мы не нашли достаточно специальную стоматологическую литературу по оказанию помощи больным с заболеваниями внутренних органов.

Проведенные нами исследования убеждают необходимость организации специальных стоматологических кабинетов в диспансерах, дневных стационарах, и, кроме того, считаем целесообразным, проводить специальную подготовку врачей-стоматологов для работы с больными заболеванием внутренних органов.

Врачи-стоматологи должны знать особенности работы с данными больными и учитывать их. Врач-стоматолог и врач-интернист должны работать в тесном контакте. Врач-интернист, ведущий диспансерное наблюдение за больными, направляет их к стоматологу для осмотра и лечения зубов.

Основой современного оказания стоматологической помощи является принцип комплексности. Суть его заключается в одновременном планировании всех стоматологических этапов. С целью рационального проведения стоматологического лечения ортопед-стоматолог при первичном осмотре планирует объем терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий, необходимых для подготовки зубных рядов к протезированию, изучает соматический статус пациента, полученный от врача-интерниста, при необходимости обращается к нему за консультацией. Только такой подход к лечению с нашей точки зрения позволяет провести его наиболее эффективно и в минимальные сроки. Применительно к больным с заболеванием внутренних органов соблюдение принципа комплексности становится наиболее важным, так как стоматологические мероприятия проводятся у этих пациентов на фонеотягощенного соматического состояния, в условиях сниженного гуморального и клеточного иммунитета, снижения регенерационной способности тканей.

Разработаны и внедрены в практику лечебно-профилактические реко-

мендации по оказанию комплексной специализированной стоматологической помощи (схема 2, см. Приложение 1), а также новые конструкции зубных протезов больным с общесоматической патологией. Выполнение которых, будет способствовать снижению частоты заболеваний, как органов полости рта, так и внутренних органов.

Важную роль микроциркуляторных расстройств в патогенезе ЗП подтверждают результаты наших исследований. Сложность этих нарушений требует выявления тех звеньев в патогенетическом механизме сосудистых расстройств при заболеваниях внутренних органов, медикаментозная, физиотерапевтическая или ортопедическая стоматологическая коррекция которых снизит уровень микроциркуляторных сдвигов и улучшит трофику тканей СОПР и пародонта.

Одним из основных принципов лечения общесоматической патологии является нормализация нарушенного обмена веществ. Правильное лечение основного заболевания имеет существенное значение для продолжительности жизни и работоспособности больных. Позднее выявление заболевания, недостаточный контроль над больными, нарушение общепринятых методов лечения приводит к ранним, часто необратимым, изменениям со стороны почти всех органов и систем, и, в частности, полости рта.

Радикально вылечить развившийся генерализованный пародонтит вряд ли возможно, однако вполне достижима стойкая ремиссия, т.е. остановка или замедление патологического процесса (в первую очередь - атрофии альвеолярного отростка) на том уровне, на котором было начато лечение.

Широкое применение в пародонтологии нашли отвары и настои лекарственных трав - ромашки, шалфея, календулы, коры дуба и т.д., обладающие мягким антибактериальным, противовоспалительным и вяжущим действием. Обычно эти лекарственные средства назначают для полосканий и ротовых ванночек в домашних условиях. С этой же целью применяют растворы слабых антисептиков: фурацилина, калия перманганата и т.д. Применение перечисленных препаратов в домашних условиях позволяет усилить эффект «основ-

ного» лечения, улучшить гигиеническое состояние полости рта, повысить ответственность пациента за достижение конечного результата лечения.

С этой целью нами выпущена монография «Использование лекарственных растений в стоматологической практике» («Шифобахш усимликларнинг стоматология амалиётида кулланилиши», «Мерос». Т.2001), где представлены сведения о применении дикорастущих и выращиваемых в Республике Узбекистан лекарственных растений в стоматологической практике. В ней подробно описываются географическая распространенность лекарственных растений, их внешний вид, химический состав, изготавливаемые лекарственные формы, способ изготовления и применения в стоматологической практике. Также в монографии подробно описываются средства, нормализующие микроциркуляцию, обменные процессы, иммунологическую реактивность и процессы репаративной регенерации тканей пародонта.

Проведенные нами клинико-функциональные и лабораторные исследования показали, что у всех обследованных нами больных с заболеванием внутренних органов обнаружены различные нарушения, для устранения которых требуется оказание специальной стоматологической помощи с учетом специфических изменений органов и систем в зависимости от фоновой патологии.

4.1. Особенности оказания стоматологической помощи больным с гипертонической болезнью

Терапия заключается в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, тщательной санации полости рта, исключении возможных травмирующих агентов в полости рта, назначение комплекса витаминов с повышенным содержанием витаминов С и Р.

Пациенты с сердечно-сосудистой патологией особенно остро реагируют на вмешательства в полости рта. У таких пациентов операция удаления зуба может вызвать двухфазное изменение кровяного давления. В первую фазу в ответ на вмешательство (операция + анестезия с применением вазоконстрик-

тора) оно может повышаться, и, по данным ЭКГ, может развиваться гипоксия сердечной мышцы, аналогичная гипоксии в ранних стадиях инфаркта миокарда. Во вторую фазу повышения кровяного давления, наблюдаемую через 5-6 часов после операции удаления зуба, может выявляться картина коронарной недостаточности. Подобные патологические реакции имеют место, главным образом, при обширных стоматологических вмешательствах, но у пациентов группы риска они могут наблюдаться при проведении любых манипуляций на амбулаторном приеме.

При выраженном нарушении кровообращения возможно развитие дистрофических и некротических процессов в полости рта.

Учитывая специфические нарушения у гипертонических больных, необходимо при осуществлении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий соблюдать меры предосторожности, которые должны включать правила:

1. Избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения (непродолжительное время ожидания приема).

2. Проводить амбулаторные стоматологические вмешательства только при удовлетворительном состоянии пациента, в остальных случаях оказывать помощь только в условиях многопрофильного стационара с участием кардиолога, реаниматолога, стоматолога.

3. При явно выраженной сердечной недостаточности с угрозой декомпенсации (одышка в покое) у больных вопрос о возможности проведения стоматологического лечения необходимо решать только после лечащего врача.

4. При наличии аритмии следует с осторожностью и под контролем пульса проводить местную анестезию, без адреналина.

5. Провести адекватное обезболивание. Препаратами выбора в данной ситуации должны быть 3% раствор мепивакаина и 4% раствор прилокаина без вазоконстриктора.

6. При выраженной тахикардии исключить возможность факторов, способствующих развитию стресса. Для уменьшения эмоционального напряже-

ния при необходимости перед лечением провести медикаментозную подготовку транквилизаторами бензодиазепинового ряда - сибазон (реланиум, седуксен, диазепам) 0,2 мг/кг массы тела пациента. Во время лечения желательно следить за АД и пульсом пациента.

Пациенту перед вмешательством необходимо принять препараты, назначенные кардиологом.

4.2. Особенности оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом

Для больных сахарным диабетом иметь полноценные зубные протезы при частичном и полном отсутствии зубов - необходимо, т.к. от правильного питания и хорошей обработки пищи во многом зависит течение заболевания и общее состояние больного.

Ортопедическую помощь больным сахарным диабетом мы рассматриваем как комплекс мероприятий, направленных на лечение патологии твердых тканей зубов, зубных рядов, пародонта с учетом особенностей ее развития у данного контингента больных. Нашей задачей являлось не только восстановление функции зубочелюстной системы, но и снижение частоты возникновения новых патологических очагов в тканях полости рта.

Необходимо отметить, что и пародонтальная инфекция может неблагоприятно влиять на уровень глюкозы при диабете. Лечение пародонтита, которое уменьшает бактериальное воздействие и, следовательно, воспалительное разрушение пародонта, способствует уменьшению количества глюкозы в крови у пациентов, страдающих диабетом. Эти сведения должны знать больные диабетом и их лечащие врачи (в первую очередь эндокринологи), поскольку тогда всем становится ясна необходимость обследования, диагностики, лечения и профилактики заболеваний пародонта.

Больные диабетом должны находиться под диспансерным наблюдением. Стоматолог должен принимать их вне очереди, так как больные склонны к повышенной нервной возбудимости и более целесообразным явля-

ется посещение стоматолога больными сахарным диабетом утром после инъекции инсулина и после завтрака.

При любом стоматологическом вмешательстве необходим контроль над уровнем сахара в крови, при этом следует помнить об исключительной ранимости тканей полости рта при сахарном диабете к любой даже незначительной травме. Введение комплекса витаминов В и С может свести к минимуму вторичную инфекцию и способствовать нормальному заживлению.

Необходимо учитывать и заболевания сердечно-сосудистой системы сопутствующих у этих больных.

В зависимости от клинического состояния пародонта и слизистой оболочки полости рта стоматолог проводит симптоматическое лечение, включая противогрибковые препараты (нистатин, декамин, леворин и др.) а также масло шиповника и облепихи.

Для снятия болевого и эмоционального фактора в послеоперационном периоде, которые могут обуславливать гипергликемию, необходимо назначать анальгетики и антигистаминные препараты.

Наши клинические исследования, а также анализ доступной нам литературы можно выделить особенности клинической картины, характерные для больных сахарным диабетом, требующие адекватного стоматологического лечения, в том числе ортопедического:

1.-сухость полости рта, жажда, высокая интенсивность кариеса зубов и заболевания пародонта;

2.-подверженность организма больного СД к воспалительным (местным и общим) процессам;

3.-повышенная нервно-психическая возбудимость, вызываемая даже незначительными причинами;

4.-легкая ранимость СОПР и тканей пародонта и замедление процессов заживления ран, снижение защитных реакций организма.

Стоматологическая реабилитация больных сахарным диабетом представляет сложную задачу. Под стоматологической реабилитацией понимают

не просто восполнение отсутствующих зубов, но и исключение вредных функциональных раздражителей, предотвращая, таким образом, последствия сахарного диабета. Поскольку диабет обуславливает пониженную способность тканей к нагрузке, то это обстоятельство требует обширной опоры базиса протеза на протезное ложе и своевременного шинирования оставшихся зубов, наряду с устранением неблагоприятных функциональных факторов.

Особенности ведения нами больных при сахарном диабете были следующие. Протезы больным СД изготавливали в максимально короткий срок, учитывая основное заболевание. Больным со дня снятия слепка не рекомендовали пользоваться старыми съемными протезами. А при подготовке полости рта к протезированию для снижения болевого порога больные самостоятельно проводили пальцевой массаж альвеолярных отростков, особенно мест повышенной болевой чувствительности по методики предложенной С.А.Зуфаровым (1981). При наложении протезов следили за тщательной припасовкой с подгонкой окклюзии.

При подготовке к стоматологической реабилитации больных СД основной задачей является максимально полная компенсация заболевания – нормализация не только углеводного, но и липидного обмена. По показателям углеводного и липидного обмена можно сформировать четкое представление о степени компенсации СД, что очень важно при выборе конструкции зубных протезов и прогнозировании сроков стоматологической реабилитации.

Отличием от общепринятой тактики в лечении пародонтитов у исследуемой группы больных являлась необходимость исключения травматических манипуляций: снятие над- и поддесневого зубного камня, проводили с большой осторожностью, ограничивались закрытым кюретажем десневых пародонтальных карманов с последующей медикаментозной обработкой, отказываясь от открытого варианта с гингивотомией. Медикаментозную обработку проводили препаратами с антисептическими, бактерицидными, эпителизирующим действием: хлорофиллиптом, хлоргексидином, маслом облепихи и ши-

повника. Эти препараты широко применяются при лечении болезней пародонта.

Сахарный диабет и артериальная гипертония – две взаимосвязанные патологии, которые обладают мощным взаимоусиливающим повреждающим действием, направленным сразу на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга, сосуды сетчатки. Основными причинами высокой инвалидности больных сахарным диабетом с сопутствующей артериальной гипертензией являются: ИБС, острый инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, терминальная почечная недостаточность. Установлено, что повышение диастолического артериального давления на каждые 6 мм. рт. ст. увеличивает риск развития инсульта – 40%. Скорость наступления терминальной почечной недостаточности при неконтролируемом артериальном давлении повышается в 3-4 раза. Поэтому крайне важно рано распознавать и диагностировать как сахарный диабет, так и присоединившуюся артериальную гипертензию для того, чтобы вовремя назначить соответствующее лечение и остановить развитие тяжелых сосудистых осложнений.

4.3. Особенности оказания стоматологической помощи больным с хроническим гломерулонефритом

С целью профилактики поражения органов полости рта необходимо проводить общую терапию заболевания (нормализация функции почек), нормализацию электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, уменьшение количества азотистых шлаков в плазме крови в тканях. При отсутствии нарушения азотовыделительной функции почек рекомендуется частое полоскание раствором перманганата калия, лимонного сока, фурацилина, микроцида. При наличии признаков почечной недостаточности рекомендуется полоскание щелочными растворами (щелочные минеральные воды, раствор гидрохлорида натрия). Частые полоскания полости рта наряду с механическим очищением уменьшают сухость, горечь, неприятный привкус. Щелочные полоскания тормозят развитие и рост грибковой флоры полости рта. Для снятия бо-

левых ощущений применяются местные анестезирующие средства. При появлении эрозивных и язвенных повреждений – кератопластические препараты, при вирусном поражении – противовирусные. Санация полости рта проводится особенно тщательно в периоды улучшения состояния больного.

Как было показано в предыдущей главе, у больных с хроническим поражением почек, изменения в тканях пародонта имели одинаковую направленность, что позволило сделать заключение о том, что обнаруженные изменения зависят не столько от нозологической формы заболевания почек, сколько от степени выраженности почечной недостаточности. Тем самым показано, что проведение предпротезной подготовки полости рта может осуществляться без учета нозологической формы заболевания. Однако это ни в коей мере не исключает проведение патогенетической терапии основного заболевания.

Учитывая обнаруженные изменения, тактика врача-стоматолога должна быть направлена на устранение или уменьшение обнаруженных в полости рта изменений.

У этих пациентов для коррекции имевших место нарушений применяли комплексное лечение с учетом состояния основного заболевания. Местно применяли 3% раствор перекиси водорода, ферментные препараты (трипсин, хемотрипсин), витаминные препараты, нормализующие эпителизацию (масляный раствор витаминов А, Е). У пациентов проводили удаление зубного камня, некачественных протезов, пломб, разрушенных зубов.

Общее лечение, помимо терапии основного заболевания, было направлено на ликвидацию воспалительных изменений в пародонте, гипосенсибилизацию организма, повышение реактивности организма и пародонта, профилактики поражений сосудов пародонта и, прежде всего микроциркуляторного русла.

Протезирование, являясь конечным этапом санации полости рта, осуществлялось у пациентов после выписки из стационара. При протезировании мы придерживались тактики, исключающей применение разнородных металлов. Слепки при подготовке протезов снимали специальными слепочными

массах, исключая травматизацию слизистой. После протезирования в течение 1 года проводилось диспансерное наблюдение за указанными пациентами с целью выявления осложнений.

4.4. Особенности оказания стоматологической помощи больным с железodefицитной анемией

На основании нашего исследования выявлено, что при многолетнем дефиците железа (ЖДА) весьма часто развивается распространенный кариес зубов. Вследствие гипоксии и нарушения трофики тканей удаление зубов у больных ЖДА более травматично, замедлены процессы регенерации тканей, снижена резистентность к инфекции. У больных старшего возраста с ЖДА из-за гипоксии тканей при лечении в амбулаторных условиях возможны инфекционные осложнения. Пациентам, страдающим ЖДА с уровнем гемоглобина крови более 100 г/л, лечение не осложненных форм кариеса показано в условиях стоматологической поликлиники. А у больных, уровень гемоглобина крови у которых ниже 100 г/л, и которым предстоит проводить какие-либо хирургические стоматологические вмешательства, то их следует направлять в специализированный стационар.

Учитывая специфические гематологические нарушения у данной категории больных (низкая концентрация гемоглобина крови, низкие показатели числа эритроцитов при ЖДА, опасность возникновения кровотечений, изменения в СОПР, сухая малоподатливая слизистая оболочка и др.), необходимо при осуществлении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий соблюдать меры предосторожности, которые должны включать правила:

1. Лечение заболеваний пародонта в виде кюретажа, проводить щадящим способом, под контролем состояния свертывающей системы крови, не допуская кровотечений. В случае необходимости и при хирургических вмешательствах иметь под рукой кровоостанавливающие препараты и препараты для уменьшения кровоточивости десен (микрофибриллярный коллаген, коллагеновый абсорбирующий препарат).

2. Для гигиены и ухода за полостью рта рекомендовать только мягкие зубные щетки.

3. При ортопедическом лечении выбор метода протезирования и конструкции зубного протеза должен учитывать опасность кровотечения и развития контактного стоматита из-за чрезвычайной чувствительности слизистой к механической травме и низкой регенерационной способности клеток в условиях цитостатической терапии.

4. Учитывая нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, физическую слабость, все планируемые стоматологические манипуляции должны быть обеспечены обезболивающими средствами. Рекомендуется применение средств премедикации.

5. Для уменьшения травмирования и безболезненности препарирования зубов при формировании кариозных полостей и при подготовке зубов к изготовлению несъемных конструкции протезов использовать предложенные нами боры с ионно-плазменной обработкой (Авт. свидет. на изобретение № 4403400). А также использовать наконечники с дозированной силой (Патент РУз. IDP 20000700 от 05.09.2000 г.).

6. Шире использовать в съемном зубном протезировании протезов с мягкой эластичной подкладкой.

7. Физиотерапевтические и иммуномодулирующие терапии проводить при участии (или под наблюдением) гематолога.

Глава V. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАЗРАБОТКА НОВЫХ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Стоматологическое лечение больным с заболеваниями внутренних органов должно проводиться комплексно. Наряду с принятыми в терапевтической стоматологии методами, хирургическими вмешательствами должны применяться и ортопедические методы.

В настоящее время общепризнано, что лечение заболеваний пародонта должно слагаться из так называемой, патогенетической терапии и местного воздействия на ткани пародонта, а последнее может быть успешны лишь в тех случаях, когда оно проводится комплексно.

Ортопедическую помощь больным с заболеваниями внутренних органов мы рассматриваем как комплекс мероприятий, направленных на лечение патологии твердых тканей зубов, зубных рядов, пародонта с учетом особенностей ее развития у данного контингента больных. Нашей задачей являлась не только восстановление функции зубочелюстной системы, но и снижение частоты возникновения новых патологических очагов в тканях полости рта.

Высокая частота поражений тканей полости рта при общесоматических заболеваниях организма обусловлена специфическими процессами - тотальным поражением сосудистой системы, резорбцией костной ткани челюстей. Остаточная мощность зубов резко снижается и обычная жевательная нагрузка для них становится травматическим фактором, приводящим к ускорению процесса резорбции костной ткани.

Тактика ортопедического лечения составляла часть общего плана комплексной подготовки и лечения патологии зубочелюстной системы и была определена с учетом особенностей поражения тканей ротовой полости у данного контингента больных.

Для больных общесоматическим заболеванием иметь полноценные зубные протезы при частичном и полном отсутствии зубов – очень важны, т.к. от

правильного питания и хорошей обработки пищи во многом зависит течение общего заболевания и общее состояние больного.

Согласно теории функциональной недогрузки тканей пародонта уменьшается регионарный кровоток и страдает трофика пародонта, что приводит к развитию в них деструктивных процессов. Исходя из этого, можно было предположить, что адекватное зубное протезирование будет эффективно в воздействии на микроциркуляцию в пародонте.

Исходя из результатов собственных исследований, свидетельствующих о снижении адаптационно-компенсаторных возможностей микроциркуляторного русла тканей пародонта при развитии в них воспалительных заболеваний и об активации системы микроциркуляции при адекватном зубном протезировании, позволили нам обосновать применение ортопедического лечения в комплексном лечении у больных с фоновой патологией.

Ортопедическое лечение проведено 172 (55,3%) больным и его начинали уже на самых ранних этапах комплексной терапии заболевания пародонта. Сначала приступали к избирательному пришлифовыванию зубов. Оно проводилось для устранения явных и скрытых преждевременных окклюзионных контактов. Цель и критерий качества этой манипуляции - получение множественных контактов зубов-антагонистов в центральной, передней и боковых окклюзиях, а также при различных движениях (артикуляции) нижней челюсти.

Для нормализации окклюзии избирательное пришлифовывание зубов проведено 52 больным механическим, а 34 больным - химическим способом по нашей предложенной методике (рационализаторское предложение № 2117 от 03.04.05) в стадии ремиссии пародонтита.

Избирательную пришлифовку зубов химическим способом проводили следующим образом: Использовали 30%-ную ортофосфорную кислоту, можно различные другие протравляющие компоненты композиционных и светоотверждающих материалов. При помощи тонкой кисточкой или ватной турундой наносили протравляющую жидкость на выявленные преждевременно контактирующие точки. Фиксировали реагент в пределах 30 секунд (до 1-ой

минуты). В течение этого времени происходила достаточная деминерализация твердой ткани зубов. Далее при различных окклюзионных контактах (в процессе глотания, разговоре, жевательных движениях, при движениях в сторону передней окклюзии, боковой окклюзии) сошлифовывались зубы. Происходило максимально точное сошлифовывание протравленные участки эмали до создания максимального контакта между зубами верхней и нижней челюсти. После чего больному предлагали щелочное полоскание и покрывали фторлаком или ремодентом и рекомендовали в течение месяца чистить зубы фторсодержащими зубными пастами.

Максимальное время проведения этой процедуры составляло 10-15 минут.

Преимуществом нами предложенного химического способа избирательной пришлифовки является: 1) простота применения данной методики; 2) отсутствие болевого синдрома и психоневрологического фактора; 3) максимальная точность пришлифовки; и 4) отсутствие грубых оперативных вмешательств (сошлифовывание твердых тканей зубов борами, камнями, дисками, алмазными и карборундовыми фигурными головками и др.).

Единственным неприятным моментом являлся появление гиперестезии, которая проходила через 3-4 дня, и процесс реминерализации происходил постепенно, но в короткое время.

Сравнительная оценка окклюдодиаграмм и контрольных моделей челюстей до и после избирательного пришлифовывания химическим способом показала восстановление множественного и равномерного окклюзионного контакта.

После химического способа пришлифовки зубов по показаниям осуществляли шинирование и протезирование рациональными конструкциями зубных протезов.

Таким образом, устранение скрытых и явных преждевременных зубных контактов, устранение вторичной травматической окклюзии путем избирательного пришлифовывания зубов, в комплексном лечении больных следует

рассматривать как одно из главных условий, обеспечивающих успех ортопедической стоматологической помощи и эффективность их лечения.

5.1. Планирование конструкции несъемных зубных протезов при помощи ЭВМ с учетом состояния опорных зубов больным заболеваниями внутренних органов

Для выработки правильной тактики ортопедического лечения, выбора рациональных конструкций протезов, достижения высокого функционального эффекта стоматологического лечения нами были проведены исследования функционального состояния пародонта и слизистой оболочки протезного ложа методами гнатодинамометрии, термометрии и реографии сосудов СОПР. Результаты динамического наблюдения позволили определить правильность выбора конструкций протезов и оценить эффективность ортопедического лечения.

Изучение законов биомеханики опорного аппарата зубов в норме и при патологии является важным для раскрытия сущности функциональных возможностей зубов включенных в опору мостовидных, консольных и бюгельных протезов и определения плана лечения.

Для изучения основных биомеханических процессов, происходящих в пародонте опорных зубов мостовидных протезов при восприятии зубом функциональной нагрузки в норме и при различных степенях поражения опорного аппарата зубов, были предприняты наши теоретические исследования (см. Приложение 7).

Для решения поставленной цели и задач исследования нами были проанализированы результаты специального и клинико-функционального обследования и лечения 141 стоматологических больных, пользующихся несъемными мостовидными протезами различных конструкций и 51 студентов с интактными зубными рядами.

Эти результаты, в целом, не противоречат клиническому опыту врачей-стоматологов. Они свидетельствует о том, что математическая модель двух

опорных мостовидных протезов, разработанная на основе математических методов моделирования с использованием вычислительной техники, на основе анатомо-топографических и функциональных характеристик зубочелюстного аппарата с учетом функционального состояния опорных зубов, адекватно описывает напряженно-деформированное состояние протезных конструкций данного типа. И её можно рекомендовать к использованию в клинической практике при выборе конструкции мостовидного протеза исходя из индивидуальных особенностей пациента.

5.2. Восстановление малых включенных дефектов зубных рядов с применением методики минимальной препаровки опорных зубов

Инфекция, боль, стресс неблагоприятно влияет на течение общесоматических заболеваний. Под воздействием стресса, вызванного переживаниями или болевыми ощущениями, может развиваться такое грозное осложнение, как острая почечная недостаточность. Поэтому больным с соматической патологией стоматологические манипуляции необходимо проводить под анестезией и изготовление несъемных конструкции зубных протезов необходимо изготавливать с минимальной препаровкой твердой ткани зуба.

Широкий спектр материалов, используемых в стоматологии, позволяет применять методику протезирования с применением адгезивных мостовидных протезов.

Адгезивный мостовидный протез (АМП) фиксировали на опорных зубах с помощью композитного материала. Каркасы этих протезов отливали из хромокобальтового сплава, а промежуточная часть облицовывали фарфором или пластмассой по косметическим требованиям. Восстановление дефектов зубных рядов АМП осуществляли в следующем порядке.

В 1-ое посещение пациента: после тщательного обследования снимали анатомический слепок эластической массой, отливали диагностическую модель. Всесторонне изучив и обследовав модель, учитывая положение и состоя-

ние опорных зубов, на основании параллелометрии планировали будущую конструкцию АМП. Затем приступали к препарированию опорных зубов. Препарирование производили в пределах эмали. В области экватора с оральной стороны создавали уступ, препарировали также оральная стенка зубов на толщину опорных элементов (0,5 мм). Затем создавали вертикальные параллельные пазы (по 2 на каждом зубе) ближе к контактной поверхности. На жевательной поверхности опорных зубов мы создавали только ложе для окклюзионной накладки по всей длине жевательной поверхности зуба и углубления для парапальпарных штифтов, отходящих от каркаса АМП глубиной 1,0-1,5 мм. Таким образом, вестибулярная поверхность опорных зубов оставался нетронутой, в отличие от традиционного метода зубного протезирования. Снимали двухслойный слепок. В лаборатории изготавливали мостовидный протез.

Во 2-ое посещение припасовывали АМП на опорные зубы, фиксируя на композитный материал. Пациентам рекомендовали являться для профилактического осмотра через 3, 5 и 10 дней, потом 3, 6 и 12 мес. после протезирования, и немедленно в случае расцементирования АМП.

Период привыкания пациентов к АМП составил до 5 дней. В 17 случаях расшатывания и расцементирования АМП в течение 2-х лет не произошло. В 3 случаях расцементировка произошла через 6-8 месяцев, в 4 - через 8-12 месяцев.

При обследовании пациентов в течение 2-х лет в 3 случаях выявили явления вторичного кариеса. Но во всех случаях после необходимой подготовки и обработки ложа на опорных зубах и АМП, конструкцию вновь фиксировали с помощью композитного материала. Причем качества повторной фиксации не изменялись.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Выявляются следующие характерные преимущества АМП:
 - минимальная препаровка опорных зубов, следовательно, отсутствие травматического поражения пульпы и стресс больного;

- высокая косметичность протезов;
- отсутствие контакта с десной, следовательно, отсутствие раздражающего фактора;
- относительно невысокая стоимость протезов;
- быстрое привыкание к протезам.

2. Недостатки:

- меньшая прочность фиксации на зубах в сравнении с традиционными мостовидными протезами;
- с оральной стороны виден металл.

Учитывая преимущества и недостатки, и то, что эти недостатки поправимы, мы рекомендуем данный вид протеза как достойную альтернативу в выборе метода устранения малых включенных дефектов зубных рядов.

В ходе выполнения данной работы нами обследованы и протезированы 47 больных с малыми включенными дефектами зубных рядов (отсутствие 1-2 зубов) во фронтальном и (отсутствие 1 зуба) в боковом отделе верхней и нижней челюстей. Из них: 29 больных были протезированы традиционным методом (17 человек с помощью мостовидных протезов, 12 человек - съемными микропротезами) и 18 больных с помощью адгезивных мостовидных протезов. У всех больных, находящихся под наблюдением, опорные зубы были интактными.

За 2 года 18 больным были изготовлены 24 адгезивных мостовидных протезов (АМП), 29 традиционных мостовидных протезов 17 больным и 12 микропротезов 12 больным.

На основании данных ряда исследователей, а также собственного опыта мы рекомендуем АМП больным по состоянию здоровья (инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, психические нарушения, гематологические заболевания и другие), когда требуется устранить стрессовую ситуацию за счет уменьшения пребывания в кресле у врача-стоматолога и консервативного подхода к зубному протезированию.

АМП можно использовать также в виде несъемных шин при заболевани-

ях краевого пародонта, в качестве непосредственных протезов, а также в виде различных комбинации с традиционными микропротезами.

5.3. Разработка новых конструкции съемных зубных протезов для больных с заболеваниями внутренних органов

Протезирование дефектов зубных рядов с заболеванием пародонта – не менее сложная задача в практике ортопедической стоматологии. Общая клиническая практика диктует необходимость удаления перед протезированием зубов с подвижностью III – IV степени и атрофией костной ткани в области корня более чем на $\frac{2}{3}$ его длины. Однако, как показывает практика, вскоре приходится ставить вопрос об удалении зубов, соседствующих с удаленным ранее зубом, в результате их расшатывания и прогрессирующей атрофии костной ткани.

Установлено, что лечению не подлежат зубы со значительными периапикальными изменениями, так как это создает дополнительную угрозу активизации инфекции. Однако, Sonderman Н. (1986) считает возможным использовать в протезировании больных сахарным диабетом I - стадии зубы с измененным пародонтом, при сохранении его корня на $\frac{1}{3}$ в кости альвеолы и при наличии подвижности II степени. В.Н. Копейкин (1977) наблюдал, что удаление зубов у людей с таким заболеванием, как сахарный диабет, ведет к быстрому развитию и усугублению уже имеющейся патологии зубочелюстной системы.

При нарушенной целостности зубного ряда и патологии пародонта, резервная сила пародонта резко снижается и обычная жевательная нагрузка становится травматической, что, в свою очередь, ведет к ослаблению пародонта, расшатыванию зубов, убыли костной ткани, что затрудняет возможность ортопедического лечения традиционными методами.

В нашей клинической практике очень часто встречались случаи, когда у больных с общесоматическими заболеваниями атрофия альвеолярных отростков (гребней) была столь выражена, что при удалении всех зубов весьма за-

труднительно было обеспечить должную устойчивость изготавливаемых полных съемных протезов.

В связи с этим, нами разработан и апробирован и защищен патентом Республики Узбекистан способ протезирования и съемный протез для больных с заболеванием пародонта. Наше предложение сводится к сохранению подвижных зубов и использованию их для дополнительной ретенции съемного протеза (Патент РУзб. МКУ А61С7/00, № 2582 от 11.07.2005 г.) (см. Приложение 9).

Задачей нашего предложения являлась повышение эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи больным с ослабленной периодонтальной тканью, улучшение фиксации съемного протеза и сохранение частично оставшихся зубов у больных с данной патологией.

Новизна предложенного способа в том, что мы предлагаем сохранение большей части коронки зуба, проведение шинирования зубов за счет специально изготовленных колпачков и создания каркаса для припасовки съемного протеза. В предложенном способе совмещаются элементы съемного и несъемного протезирования.

В предлагаемом способе протезирования, в отличие от традиционного протезирования, происходит шинирование зубов при равномерном распределении жевательного давления, за счет специальных шинирующих колпачков. Данная конструкция отвечает основным требованиям: благодаря гигиенически безупречной форме предотвращают у больных, как развитие пародонтопатий, так и кариеса. Многие авторы указывают на важность соблюдения этого условия при изготовлении шинирующих протезов для больных с ослабленным пародонтом.

Нами также предложен съемный протез для данной формы патологии зубочелюстной системы. Новизна предложенного съемного протеза заключается в конструкции ложе протеза, которое соответствует форме и размерам металлического каркаса. Мы предлагаем, в отличие от других авторов (прототипа), изготовление съемного протеза при частичном дефекте зубного ряда, не в виде

частичного съемного протеза, а в виде полного съемного протеза с внутренней ложей для металлического каркаса. Этот вид протеза способствует обеспечить фиксацию протеза за счет непрерывного края базиса полного съемного протеза и функциональной присасываемости к СОПР.

Предложенный способ сохраняет совокупную площадь периодонтальных связок оставшихся зубов и обеспечивает естественную передачу жевательного давления, как на пародонт, так и на слизистую оболочку альвеолярного отростка, что и поддерживает нормальный рефлекторный механизм жевания.

Известно, что в ортопедической стоматологии коронки, а также колпачки изготавливают цилиндрической или бочкообразной форме. Мы изготавливали колпачки в виде конусообразной форме, это обеспечил свободное одевание базиса съемного протеза и снятие его с протезного ложа.

Сохранение и уменьшение коронковой части зуба способствовал уменьшению наружного плеча зуба (внеальвеолярное плечо) и соответственно уменьшал момент горизонтальных вывихивающих сил, в результате чего уменьшался расшатывание зуба и замедление воспалительно-деструктивных процессов в пародонте.

Методика протезирования осуществлялась следующим образом: Больному предварительно депульпировали подвижные зубы. Затем коронковая часть зуба срезали до половины и препарировали их с целью изготовления колпачков для металлического каркаса. Препаровку сохранившихся зубов производили с уступом, для более функциональной передачи поступающего на протез жевательного давления. Изготавливали металлические колпачки конусообразной формы, затем соединяли их между собой металлической штангой. Штангу изготавливали в форме трапеции, основанием к альвеолярному отростку. Штангу припаивали к колпачкам. Затем изготавливали протез в виде полного съемного протеза, т.е. базис и искусственные зубы. При этом на внутренней поверхности выполняли ложе. Ложе по форме и размерам соответство-

вал металлическому каркасу (колпачки вместе со штангой). Затем этот съемный протез припасовывали к металлическому каркасу.

Выписка из истории болезни № 1364. Больной Алимухамедов А. 54 года, болен сахарным диабетом в течение 12 лет. Предъявлял жалобы на частичное отсутствие зубов на нижней челюсти, подвижность сохранившихся 321!123 зубов, на затруднение приема и разжевывание пищи, на кровоточивость десен, на косметический дефект.

Диагноз: Сахарный диабет, 1 типа. Стоматологическое заболевание - частичная вторичная адентия нижней челюсти. Гингивит и пародонтит нижних зубов.

После терапевтического лечения больному изготовлен протез по описанной выше технологии (Рис 5.3.1 - 5.3.7).

Лечение: Произведено депульпирование сохранившихся зубов, препарировка нижних зубов с уступом в области шейки зубов с укорочением коронковой части на половину (Рис 5.3.1.). Сняты слепки с верхней и нижней челюсти для изготовления колпачков на препарированные зубы.

Следующим этапом была примерка колпачков и снятие слепка вместе с колпачками. Соединение колпачков и установка штанги (шинирование зубов) (Рис 5.3.2). Установка колпачковой шины на зубы и снятие слепков для изготовления полных съемных протезов. Расстановка искусственных зубов проводилась в артикуляторе, чтобы исключить перегрузку слизистой оболочки протезного ложа при боковых и сагиттальных движениях нижней челюсти. При этом улучшалась фиксация и стабилизация съемных протезов, и что особенно важно, увеличивалась их устойчивость, не травмировались подлежащие ткани, устранялась боль.

Далее создание ложе на съемном протезе (Рис 5.3.3 – 5.3.4). Фиксация металлического каркаса на зубы при помощи цемента (на Poly F. Plus) (Рис 5.3.5). Коррекция и сдача съемного протеза больному (Рис 5.3.6. – 5.3.7).

При общесоматической патологии организма у больных СОПР обладает пониженной сопротивляемостью к инфекции, а также сниженной резистентно-

стью к дрожжеподобным грибам рода Кандида, что отражает снижение сопротивляемости организма к данному заболеванию. Поэтому при ортопедическом лечении съемный протез, которым пользуется больной, должен тщательно припасовываться. Необходимо более длительное наблюдение за больным после изготовления зубного протеза.

Таким образом, больному восстановлена непрерывность зубных рядов, косметическое нарушение, нормальное физиологическое откусывание и разжевывание пищи.

Предложенный способ протезирования и соответствующий протез был применен нами у 27 больных с ослабленной периодонтальной тканью на фоне общесоматических заболеваний.

Все больные в течение 18-24 месяцев находились под наблюдением врача-стоматолога. Повторные обследование этих больных показало, что подвижность зубов резко сократилась, воспалительные процессы в слизистой оболочке протезного ложа не обнаружены.

Применение съемных протезов у больных показало их явное преимущество перед несъемными протезами. У двух из 27 больных, наблюдаемых нами после проведения ортопедического лечения, возникла значительная атрофия слизистой оболочки десны и неба в период рецидива основной болезни, что крайне осложнило пользование протезами. На основании наших рекомендации больные временно прекратили их ношение, возобновив только после проведения общего лечения основного заболевания и нормализации местного стоматологического статуса.

У 25 больных после окончания адаптации исчезло ощущение сухости и жжения во рту. Наблюдение за больными показали стабилизации патологического процесса, исчезновении очагов боли, которые мучили больных со старыми протезами, и только у 1 больного наблюдалось прогрессирование атрофии альвеолярного отростка и расшатывание сохранившихся зубов.

Нами предложенный способ отличается от других методов тем, что

1. не изготавливаются штифты или вкладки на корень зуба;

2. отсутствует замковых креплений;
3. простота изготовления (легкость изготовления, нетрудоемкая).

Новизна предложенного способа заключается в том, что:

- нами впервые предлагаются, сохранение большой части коронки подвижных зубов, шинирование их за счет колпачков и создание нового вида протеза, при котором совмещаются элементы съемного и несъемного протеза и за счет этого увеличивается их фиксация;
- равномерное распределение жевательного давления за счет сохранение коронковой части зубов, что способствует перехода съемного протеза в функциональном отношении, из нефизиологического состояния в физиологический;
- шинирование путем штифтования как предложенные ранее рядом авторами, ведет к механическому связыванию зубов, а шинирование при сохранении коронковой части зубов при помощи колпачков по нашему способу, обеспечивает укрепление зубов за счет физиологического распределения жевательного давления;
- сохранение подвижных зубов при ослабленной периодонтальной ткани способствует улучшению питания альвеолярного отростка челюстей, а в дальнейшем его сохранению, что намного улучшает протезирование этих больных при беззубой челюсти.

Если использование данного способа изготовления съемного протеза даст такие же хорошие долгосрочные клинические результаты, то, вероятно, в дальнейшем будут применяться и другие типы, а также с использованием имплантатов, которые позволят увеличить клинический и функциональный срок службы зубов с заметно ослабленной периодонтальной тканью.

Применение рекомендованных нами съемных протезов привело к увеличению показателя гнатодинамометрии через месяц ($P < 0,05$), за счет компенсаторно-приспособительной реакции тканей полости рта.

Повторные обследование этих больных показало, что подвижность зубов резко сократилась, воспалительные процессы в слизистой оболочки протезного ложа не обнаружены. Жалоб со стороны больных не поступали.

На основании использования данного способа протезирования были получены обнадеживающие результаты, т.е. выбранная нами для каждого больного конструкция протеза обеспечивала устойчивость оставшихся зубов, ускорила адаптацию к протезам, значительно снизила болезненность слизистой протезного ложа, что в свою очередь привело к улучшению психологического и общего статуса больных.

Таким образом, благодаря таким мероприятиям стоматолог компенсирует с помощью технических средств функциональную слабость пораженных тканей пародонта, чтобы, с одной стороны, предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания пародонта, а с другой стороны - повысить функциональную ценность зубов пораженной челюсти. Главная цель ортопеда - исключить у больных патологическую подвижность и перегрузку оставшихся зубов. Это может быть достигнуто либо иммобилизацией, либо - разгрузкой, или еще лучше - комбинацией обоих факторов.



Рис. 5.3.1. Препаровка сохранившихся зубов с уступом.



Рис. 5.3.2. Припасовка металлического каркаса во рту у больного.



Рис. 5.3.3. Изготовленный полно съемный протез вместе с металлическим каркасом.



Рис. 5.3.4. Изготовленный полно съемный протез без металлического каркаса.

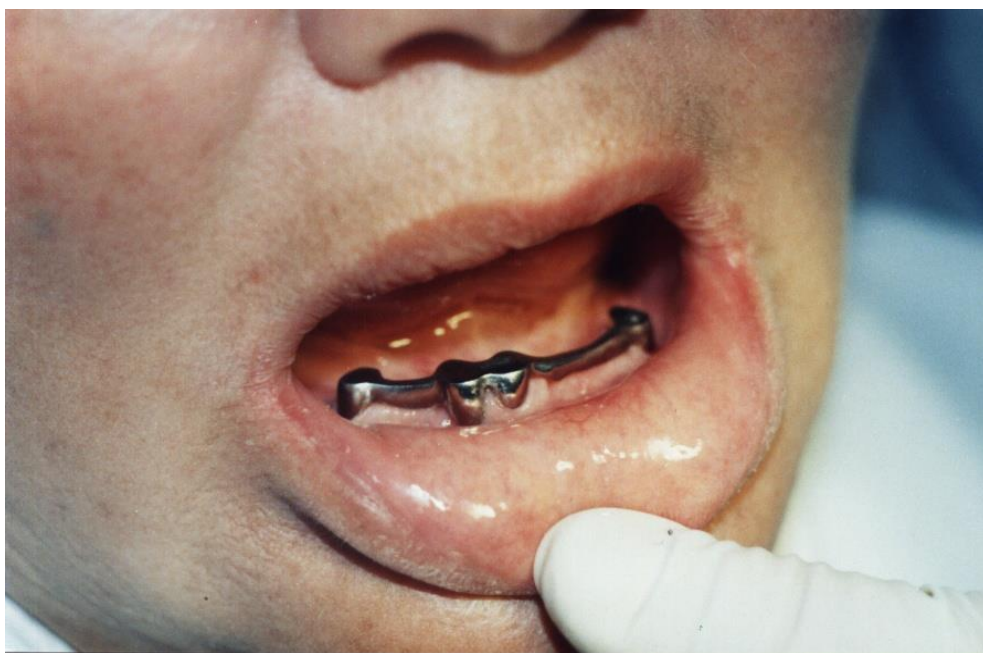


Рис. 5.3.5. Металлический каркас зафиксирован на Poly F. Plus.



Рис. 5.3.6. Припасовка полно съемного протеза в полости рта.



Рис. 5.3.7. Сдача протезов пациенту. Протезы в состоянии передней окклюзии.

5.4. Улучшение медико-биологических характеристик зубных протезов

Для изготовления различных конструкции зубных протезов в настоящее время чаще используются хромокобальтовые и хромоникелевые сплавы из-за их

низкой стоимости, положительных физико-механических свойств и определенной биологической индифферентности. Однако протезы из этих материалов имеют и ряд существенных недостатков: они недостаточно устойчивы к коррозии, часто распаиваются по швам, эстетически неполноценны, нередко дают ощущение металлического привкуса во рту, жжение СОПР и прочие парестезии, приводит к заболеванию гальваноза.

Акриловые пластмассы, применяемые для изготовления съемных пластиночных зубных протезов, содержат ряд ингредиентов (красители, пластификаторы, ингибиторы, замутнитель и т.д.), нередко действующие в полости рта как аллергены-гаптены. Проникая в организм человека через СОПР, они способны вызывать ее изменение, сопровождающееся воспалением под протезом и тяжелыми субъективными расстройствами. В возникновении таких изменений известная роль принадлежит гидрохинону.

В клинике ортопедической стоматологии нередко приходится наблюдать так называемые «протезные стоматиты». Значительное место в возникновении протезных стоматитов отводится химико-токсическому воздействию акриловых пластмасс, в частности остаточного мономера, базиса протеза, ионов металла.

Известно, что метилакрилат благодаря наличию двойных связей чрезвычайно активен и при контакте с тканями способен оказывать раздражающее и токсическое воздействие на весь организм.

Нарушение теплообменных процессов под съемными пластиночными зубными протезами из акриловых пластмасс способствует разрыхлению, мацерации слизистой оболочки протезного ложа, увеличению проницаемости сосудистой стенки, что создает условия для проникновения мономера в кровяное русло. А у больных с ГБ и ЖДА мы также отметили увеличение проницаемости стенки сосудов.

Мы изучили возможность улучшения физико-механических и биологических свойств зубных протезов с помощью поверхностной ионно-плазменной обработки.

Поверхностное защитное покрытие наносили ионно-плазменным методом в вакууме аппаратами «Булат» и «Пуск».

Хорошие результаты получены при нанесении защитного покрытия нитрида титана на металлические части зубных протезов: микротвердость образцов повысилась по сравнению с контрольными в 2-3 раза. При толщине защитного покрытия 2-4 мкм износостойкость хромоникелевых протезов достигала $250,0 \pm 7,2 \times 10^3$ мЗ/с, при толщине 6-10 мкм – $4000 \pm 9,8 \times 10^3$ мЗ/с.

Протезы, обработанные ионно-плазменным методом, оказались химически стойкими. После воздействия активными средами в течение 6-9 месяцев на поверхности образцов видимых изменений не выявлено.

При клиническом исследовании выявлено сохранность покрытия, его цвето- и износостойкость в условиях полости рта. Однако отмечены случаи (у 13 больных) отслоения покрытия от основы, помутнения и потемнения, в основном в промежуточной части мостовидных протезов, что, видимо, обусловлено погрешностями в технологии литья.

У остальных больных в процессе пользования протезами в течение 2 лет клинические изменения не выявлены.

Клинические исследования показали целесообразность применения защитного нитрид титанового покрытия на цельнолитых, беспаячных, комбинированных мостовидных и бюгельных зубных протезах. Внешний вид комбинированных протезов, изготовленных из металла, припоя и пластмассы, со временем изменяется, а защитное покрытие устраняет этот недостаток, улучшая эксплуатационную характеристику и эстетическую ценность протезов.

Мы рекомендуем применять защитные покрытия как метод выбора при изготовлении зубных протезов для лиц с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, болезнями системы крови, заболеваниями эндокринной и нервной системы, аллергическими заболеваниями. Целесообразно изготавливать такие протезы и при наличии в полости рта амальгамовых пломб, металлических протезов из благородного металла и других сплавов.

Нами были использованы изоляционное покрытие внутренней поверхно-

сти съёмных пластиночных зубных протезов с нитрид титановым покрытием, а также покрытие их слоями металла при помощи гальванопластического метода.

Таким образом, способ напыления нитрид титанового покрытия на внутреннюю поверхность съёмных пластиночных зубных протезов служит для профилактики протезных стоматитов, воспалительных процессов и аллергических состояний при пользовании съёмными протезами из акриловых пластмасс.

По технологии нитрид титанового покрытия нами выпущена методическая рекомендация: «Организация работы стоматологических учреждений по использованию в медицинской практике металлических зубных протезов с многослойными композиционными покрытиями (МЗП-композит)».

5.5. Особенности ортопедического стоматологического лечения больных с заболеваниями внутренних органов

Клинико-функциональными исследованиями установлены, что при ГБ, СД, ХГН и ЖДА в слизистой оболочке полости рта и пародонта наступает ряд функциональных и структурных изменений, снижающих её сопротивляемость к внешним раздражителям.

Следовательно, при решении вопросов показаний, противопоказаний и подготовки полости рта к протезированию, выборе конструкции и материалов, из которых они будут изготовлены, техники изготовления зубных протезов, припасовка протезов в полости рта, рекомендациях по режиму пользования зубными протезами и ухода за ними, состояние тканей протезного ложа необходимо учитывать в связи с особенностями и стадией течения сопутствующих заболеваний.

По ходу работы нами разработана ортопедическая стоматологическая тактика при протезировании больных с заболеваниями внутренних органов (см. Приложение 8) и рекомендованы следующие особенности ор-

топедического стоматологического лечения больных с заболеваниями внутренних органов.

Особенности протезирования и ортопедического лечения заболеваний пародонта у больных с фоновой патологией

У пациентов с фоновой патологией зубное протезирование составляло часть общего плана комплексной подготовки и лечения патологии зубочелюстной системы и определялось с учетом особенностей поражения тканей ротовой полости.

После проведенного комплексного обследования (схема 1, см. Приложение 1) все больные получали курс пародонтологического лечения. В зависимости от вида прикуса, состояния твердых тканей зубов, величины и локализации дефектов зубных рядов, состояния тканей пародонта мы проводили различные ортопедические вмешательства: избирательную шлифовку зубов, ортопедическое исправление положения зубов и зубных рядов, шинирование подвижных зубов и протезирование дефектов (схема 2, см. Приложение 1).

Наши клинико-функциональные исследования показали, что от 82 до 98% больных с ГБ, СД, ХГН и ЖДА нуждаются в ортопедическом стоматологическом лечении.

По величине и локализации дефектов зубных рядов в несъемных конструкциях зубных протезов чаще нуждались больные ЖДА, затем ГБ, далее больные ХГН и СД. По частоте необходимости в съемных конструкциях зубных протезов отмечается обратная последовательность. Она растет по мере увеличения длительности страдания внутренними заболеваниями.

Протезирование больных с заболеваниями внутренних органов начинали с выбора конструкции зубного протеза. Так как при неправильном выборе конструкции происходят ошибки и осложнения. Осложнения на этом этапе выражались в обострении пародонтита, увеличение подвижности зубов, их внедрении в альвеолярный отросток и усугублении атрофии альвеолярного отростка.

Протезирование несъемными зубными протезами

Ортопедическое лечение несъемными зубными протезами проведено 172 (55,3%) больным. Всего изготовлены 244 мостовидных протеза, из них 24 – адгезивных мостовидных протеза (АМП).

При заболеваниях внутренних органов правильный выбор конструкции мостовидных протезов имеет особое значение, поэтому следует учитывать клинические, рентгенологические и гнатодинаметрические данные устойчивости опорных зубов, предрасположенность тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта к патологическим процессам, использовать математическое моделирование.

Учитывая частое и глубокое поражение тканей пародонта зубов, мы расширили показания к применению цельнолитых мостовидных протезов с увеличением количества опорных зубов и шинирование бюгельными протезами.

Препарирование зубов сопровождается неприятными ощущениями и чувством боли, связанными с повышением температуры зуба и вибрацией, что небезразлично для зуба, тканей, окружающих, его и всего организма в целом. Увеличение степени давления инструмента на препарируемый зуб даже при незначительном увеличении скорости его вращения резко повышает температуру препарируемой ткани с соответствующей реакцией. В связи с этим нами предложен наконечник для бормашины, ограничивающий давление на препарируемый зуб (рацпредложение № 1007) и устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента (патент РУз IDP 20000700).

Важную роль придавали изоляции препарированных зубов от прямого воздействия термических и других раздражителей временным колпачком.

В случае изготовления обычной коронки обращали внимание на тщательность шлифовки и полировки ее перед фиксацией, стремясь при этом к тому, чтобы край искусственной коронки не входил в десневой карман и не создавал обратного уступа. При протезировании в области боковых зубов следует отдавать предпочтение экваториальным коронкам.

От качества препарированной поверхности, ее микроструктуры, рельефа, физических и других факторов, возникающих при взаимодействии используемых режущих инструментов (боров, фрез и др.) с препарируемой поверхностью, в значительной степени зависит качество протезирования. Поэтому особое внимание уделяли структуре и рельефу препарируемой поверхности эмали после избирательной пришлифовки зубов, структуре и рельефу изготавливаемых керамических, пластмассовых и металлических конструкций зубных протезов. Во время коррекции окклюзии и артикуляции зубных протезов обращали внимание на характер взаимодействия этих поверхностей с антагонизирующими естественными зубами, пломбами, протезами, прилегающей слизистой оболочкой полости рта, и взаимодействие с пищевыми продуктами.

Больных с патологией внутренних органов препаровку зубов под опорные коронки производили с уступом. Такие коронки в отличие от обычных не выступают над контуром клинической шейки зуба, следовательно, не нарушают процесс самоочищения десневых карманов и не мешают проведению лечебных мероприятий.

Препаровку зубов под искусственные коронки больным с ЖДА и ХГН производили в один прием, ибо повторные препаровки, как правило, бывают более болезненными и переносятся хуже. Но у больных с ГБ и СД, учитывая повышенную психическую и эмоциональную лабильность, в один прием проводили препаровку всего 2-3 зубов.

При изготовлении металлокерамических протезов строго соблюдали режим препарирования зубов. При получении двухслойных слепков не проводили ретракцию десны больным ГБ; исключали условия, вызывающие раздражения слизистой десны и функциональную травматическую перегрузку пародонта. Перед глазурированием таких протезов тщательно выверяли соотношение зубных рядов в центральной, передней и трансверзальной окклюзии и в различных фазах артикуляции.

Больным СД мостовидными протезами устраняли лишь малые дефекты в боковых отделах зубных рядов, шире использовали шинирующие мостовидные протезы с учетом состояния пародонта опорных и антогонирующих зубов.

При гипертонической болезни и хроническом гломерулонефрите атрофия альвеолярного отростка более интенсивно происходит в области фронтальных зубов, вследствие чего подвижность и отсутствие фронтальных зубов у этого контингента больных отмечается чаще.

Разгрузку опорных зубов, в зависимости от их состояния достигали за счет уменьшения окклюзионной поверхности протеза.

Для максимального предупреждения раздражения тканей пародонта для опорных элементов мостовидных протезов использовали микропротезы, экваторные и адгезивные коронки.

При изготовлении адгезивных мостовидных протезов (АМП) установлены следующие их преимущества: минимальность препаровки опорных зубов, следовательно, отсутствие травматического поражения пульпы, высокая косметичность протезов, отсутствие контакта с десной и раздражения.

Среди конструкций предпочтение отдавали цельнолитым, беспаячным мостовидным протезам, максимально ограничивали применение припоя, так как его избыточное содержание в протезах является одним из факторов, поддерживающих заболеваний СОПР.

У больных с гломерулонефритом снятие слепков проводили во второй половине дня на фоне назначения соответствующих диуретиков. При протезировании несъемными мостовидными протезами больным с ХГН и СД до максимума укорачивали ширину промежуточной части, а край коронки устанавливали на уровне или выше уровня десны.

Протезирование съемными зубными протезами

При генерализованном пародонтите средней тяжести и дефектах зубных рядов шинирование и протезирование проводили нами различными съемными конструкциями зубных протезов. При наличии больших (3 зуба и более) вклю-

ченных и концевых дефектов зубных рядов 38 больным применили шинирующие бюгельные протезы. 68 (39,5%) больным были изготовлены съемные (частичные и полные) пластиночные протезы, из них 27 (15,7%) больным были изготовлены съемные протезы нашей конструкции.

Частота нуждаемости в съемных протезах нарастала по мере увеличения продолжительности фонового заболевания.

Выбор конструкции протеза определялся степенью предрасположенности тканей пародонта и СОПР к патологическим изменениям.

При обострениях СД и ХГН СОПР разрыхляется, становится отечной, искажается нормальный рельеф тканей протезного ложа, в то же время при ремиссии СД слизистая сухая. Поэтому ортопедическое лечение в период обострения основного заболевания считаем противопоказанным. По результатам наших исследований при ЖДА СОПР истончается, но не сопровождается существенным изменением рельефа тканей протезного ложа. Поэтому протезирование этих больных начинали без предварительной подготовки.

Пациентам с заболеваниями внутренних органов могут быть изготовлены все разновидности съемных зубных протезов. Наш опыт показал, что среди частичных съемных протезов наиболее рациональными являются опирающиеся конструкции, которые, как известно, отличаются от обычных пластиночных протезов большей функциональной эффективностью, позволяют оптимально распределить жевательное давление между зубами и слизистой оболочкой, шинировать зубы и уменьшать отрицательное влияние протеза на подлежащие ткани. Они более гигиеничны и в меньшей степени нарушают функцию вкусовых, температурных, тактильных рецепторов, что при заболеваниях ХГН и ЖДА имеет большое значение.

Важным этапом изготовления шинирующего зубного протеза, как и других протезов, является получение слепков. При заболеваниях пародонта в результате патологической подвижности зубов даже незначительное давление на зубы вызывает их смещение. Чтобы избежать смещения зубов при снятии слепка, использовали рекомендации Рузуддинова С.Р. и Кузебекова

Ж.С. (2004). При незначительной и средней степени подвижности зубов ориентировались на направление подвижности фронтальной группы. При снятии слепка с верхнего зубного ряда ложку со слепочным материалом вначале прижимали к группе фронтальных зубов в направлении спереди назад и вверх. При снятии слепка с зубного ряда нижней челюсти ложку вводили строго по вертикали.

При нарастании амплитуды подвижности зубов перед снятием слепка проводили их лигатурное связывание с помощью ниток на уровне клинической шейки зуба под обязательным контролем окклюзионных соотношений. Если после лигатурного связывания зубов выявляли зоны преждевременных контактов, то эти участки подлежали дополнительному сошлифовыванию.

Для предотвращения маргинального и травматического гингивитов, наиболее выраженных в области фронтальных зубов, базис съемных протезов укорачивали и освобождали слизистую оболочку от давления краем протеза.

Для предотвращения отрицательного влияния базиса на десну десневой край и межзубные сосочки на модели эти участки изолировали тонкой полоской свинца. Такая изоляция обеспечивает контакт базиса протеза только лишь с приэкваториальной частью естественных зубов, оставляя изолированными десневые края.

Учитывая, что в период обострения основного заболевания у СО протезного ложа увеличивается отечность и податливость, снятие слепков или сдачу вновь изготовленных пластиночных зубных протезов считаем нецелесообразным, так как изменяется рельеф протезного ложа и нарушается конгруэнтность базиса протеза и слизистой оболочки протезного ложа.

У больных с ЖДА ткани протезного ложа, несмотря на атрофичность плотные, поэтому в период обострения основного заболевания рельеф слизистой оболочки протезного ложа изменяется незначительно. В связи с этим снятие слепков и сдачу пластиночных зубных протезов можно осуществлять в любой период течения основного заболевания.

Площадь базиса съемного протеза определяли с учетом характера и стадии основного заболевания. Больным с высокими показателями гидрофильности и незначительной выраженностью ороговения эпителия слизистой оболочки протезного ложа, при ее гиперемии частичные съемные протезы изготавливали с укороченными базисами.

Для предотвращения развития кератозов на слизистой оболочке щек, губ и языка больным, длительное время страдающих ГБ, ХГН и больным СД (независимо от длительности заболевания), плечо кламмеров частичного съемного протеза плотно подгоняли к поверхности зуба без зазоров. При этом не ограничивались одним-двумя кламмерами. Увеличение количества кламмеров и использование опорно-удерживающей их конструкции способствовало лучшей фиксации и стабилизации протеза и, что немаловажно, протез при этом приобретал шинирующие свойства. Преимущество отдавали использованию аттачментов разной конструкции.

Больным с частичным дефектом зубного ряда с сохранившимися подвижными зубами II и III степени, нами предложена новая конструкция съемного протеза и новый способ протезирования. При этом съемный протез изготавливали не в виде частичного съемного протеза, а в виде полного съемного протеза с ложем для металлического каркаса на внутренней стороне. Этот вид протеза обеспечивает фиксацию всей конструкции за счет функциональной присасываемости базиса полного съемного протеза.

В предложенном способе протезирования коронковую часть подвижных зубов срезали на половину, на них изготавливали колпачковые шины, связывающие подвижные зубы (металлический каркас). На него затем припасовывается съемный протез. Таким образом, совмещаются элементы съемного и несъемного протезирования.

Непосредственные результаты ортопедического лечения заболевания тканей пародонта были хорошими у преобладающего большинства больных. Пациенты были довольны результатами лечения, эстетическими и функциональными качествами протезов. Больные отмечали, что зубы укрепились, кро-

воточивость десен и воспалительные изменения исчезли. Появилась возможность безболезненного откусывания и пережевывания пищи.

При обследовании больных после завершения ортопедического лечения установлено, что состояние тканей краевого пародонта значительно улучшилось. По данным гнатодинамометрии, выносливость зубов повысилась, уменьшилась подвижность, реографические показатели улучшились.

Режим пользования зубными протезами при заболеваниях внутренних органов имеет свои особенности.

При наличии несъемных зубных протезов гигиенический уход за полостью рта в целом должен быть усилен, т.е. кроме утренних и вечерних гигиенических обработок зубные протезы должны подвергаться очистке после каждого приема пищи.

Для увеличения местной сопротивляемости тканей, улучшения микроциркуляции крови и их трофики, а также с целью профилактики заболеваний пародонта в области опорных зубов пациентам было рекомендовано ежедневное проведение пальцевого массажа в течение 2—3 минут в области каждого зуба. Пациентов обучали проведению массажа вращательными движениями пальцев от переходной складки к десневому краю и обратно, чередуя его поглаживанием по методу С.А.Зуфарова.

Все больные, пользующиеся несъемными конструкциями зубных протезов, проходили профилактический стоматологический осмотр на протяжении первой недели пользования протезами и в дальнейшем не менее чем через каждые 6 месяцев. По мере необходимости получали пародонтологическое лечение.

Соблюдение определенного режима пользования съемными зубными протезами, ухода за ними и тканями протезного ложа предотвращают или уменьшают степень побочного воздействия.

В целях профилактики патологических изменений слизистой оболочки протезного ложа, предрасположенность к которым особенно выражена у больных ГБ и СД, кроме общепринятых норм ухода за полостью рта и зуб-

ными протезами пациентам предлагали несколько раз в течение дня снимать протез, ополаскивать полость рта и протез, делать многократные глотательные движения и протирать языком вестибулярную поверхность альвеолярных отростков верхней, а затем нижней челюсти; ежедневно перед сном проводить пальцевой массаж протезного ложа с использованием сливочного масла. Указанные процедуры значительно улучшают гигиеническое состояние слизистой оболочки и микроциркуляцию крови в тканях протезного ложа.

Протез и ткани протезного ложа со временем могут претерпеть различные изменения. Поэтому для своевременного их выявления и устранения через каждые 4-6 месяцев проводили профилактический осмотр.

Глава VI. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Заболевания внутренних органов и нарушения обменных процессов влияют на характер взаимоотношений протезов и органов полости рта. Примером такого влияния соматических факторов, как правило, не учитываемых в клинической практике, может быть сахарный диабет или почечная патология. Нарушение, например, фосфорно-кальцевого обмена, при почечной патологии, и развивающийся вследствие этого отрицательный кальциевый баланс способствует деструктивным изменениям альвеолярного отростка и тканей пародонта. С другой стороны, нарушение детоксикационной функции почек приводит к увеличению концентрации мочевины во всех физиологических средах организма. Гидролиз мочевины бактериальной уреазой способствует образованию аммония, присутствие которого рН слюны смещается в сторону алкалоза, что активизирует свойства слюны, как электролита. При этом негативное воздействие процесса на организм и зубочелюстную систему становится более выраженным. Наши исследования показали, что неудовлетворительное состояние протезов у пациентов с заболеваниями внутренних органов составляет до 75-80% при сокращении среднего срока удовлетворительного функционирования ортопедических конструкций на 1,5-2 года. Это свидетельствует о том, что ортопедическое стоматологическое лечение необходимо рассматривать как дополнительный фактор риска развития основных стоматологических заболеваний. Для пациентов, получивших ортопедическую помощь, должна быть разработана система профилактических мероприятий, повышающих резистентность органов зубочелюстной системы и снижающих интенсивность влияния кариесогенных факторов. Эти мероприятия особенно важны и необходимы в первый год после стоматологического лечения.

Для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи больным с заболеванием внутренних органов необходимо провести ряд следующих мероприятий:

-Провести тщательный, глубокий и профессиональный сбор анамнеза, выявить возможные факторы риска и занести их в историю болезни пациента.

-При наличии общих заболеваний в анамнезе пациента определить тактику предполагаемого стоматологического лечения с учетом возможных осложнений.

-В случае необходимости провести дополнительные обследования (например, биохимические исследования крови, свертываемость крови, сахар крови, ЭКГ и т.д.) или консультацию с лечащим врачом пациента. При подозрении на наличие аллергии запросить заключение аллерголога-иммунолога о переносимости необходимых препаратов для премедикации и обезболивания.

-При наличии в анамнезе сопутствующей патологии предупредить пациента о том, что следует принимать обычно используемые лекарственные препараты в день посещения врача-стоматолога.

-При выборе средств для премедикации и местного обезболивания необходимо учитывать психоэмоциональное и соматическое состояние пациента, а также объем, травматичность и продолжительность планируемого вмешательства.

-Избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения (непродолжительное время ожидания приема, шум, яркий свет).

-Особенно осторожно проводить стоматологические вмешательства у пациентов пожилого и старческого возраста, когда снижаются компенсаторные возможности организма и повышается опасность развития осложнений.

-При применении премедикации, после завершения стоматологических вмешательств, необходимо оценить адекватность пациента и общее его состояние.

6.1. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с гипертонической болезнью

Для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с гипертонической болезнью необходимо:

- Избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения (непродолжительное время ожидания приема, использование адекватных методов обезболивания).

- Соблюдать осторожность при выборе препаратов для местного обезболивания.

- Проводить амбулаторные стоматологические вмешательства только при удовлетворительном состоянии пациента, в остальных случаях оказывать помощь только в условиях многопрофильного стационара с участием кардиолога, реаниматолога, стоматолога.

- При явно выраженной сердечной недостаточности с угрозой декомпенсации (одышка в покое) вопрос о возможности проведения стоматологического лечения решать с лечащим врачом пациента.

- Для уменьшения эмоционального напряжения при необходимости перед лечением провести медикаментозную подготовку транквилизаторами бензодиазепинового ряда - сибазон (реланиум, седуксен, диазепам) 0,2 мг/кг массы тела пациента.

- Во время лечения желательно следить за АД и пульсом пациента.

- Пациенту перед вмешательством необходимо принять препараты, назначенные кардиологом.

6.2. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с сахарным диабетом

Для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с сахарным диабетом необходимо:

- При проведении лечения избегать создания стрессовых ситуаций (непродолжительное время ожидания приема, использование адекватных методов обезболивания).

- Рекомендовать прием обычно используемых антидиабетических препаратов в день лечения.

- Рекомендовать пациенту не воздерживаться от приема пищи перед

стоматологическим лечением.

- Стоматологические вмешательства проводить утром, через 1-2 часа после принятия пациентом пищи и введения инсулина. Желательно назначить инсулин, и после операции с целью профилактики гипергликемии.

- Рекомендуется использовать растворы местно-анестезирующих средств без вазоконстриктора или содержащих в качестве сосудосуживающего вещества норадреналин или фелипрессии.

- Тщательная ревизия костной ткани челюстей (по данным рентгенологического обследования).

- Осторожное удаление зуба, строго соблюдать этапность и технику операции.

- После проведения стоматологических операций осуществлять антибиотикопрофилактику инфекций.

6.3. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с хроническим гломерулонефритом

Для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с хроническим гломерулонефритом необходимо:

- Снизить дозу принимаемых пациентом лекарственных препаратов, экскретируемых почками.

- При возникновении острой почечной недостаточности стоматологические вмешательства проводить только после консультации с лечащим врачом пациента.

- Плановые стоматологические вмешательства проводить в период ремиссии.

- Следить за содержанием калия в сыворотке крови (при высоком его уровне - опасность нарушений сердечного ритма).

- Провести адекватное обезболивание и при необходимости использовать успокаивающие средства. Выбор препарата для местной анестезии и пре-

медикации зависит, от объема вмешательства, вида анестезии.

6.4. Профилактика развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с железо дефицитной анемией

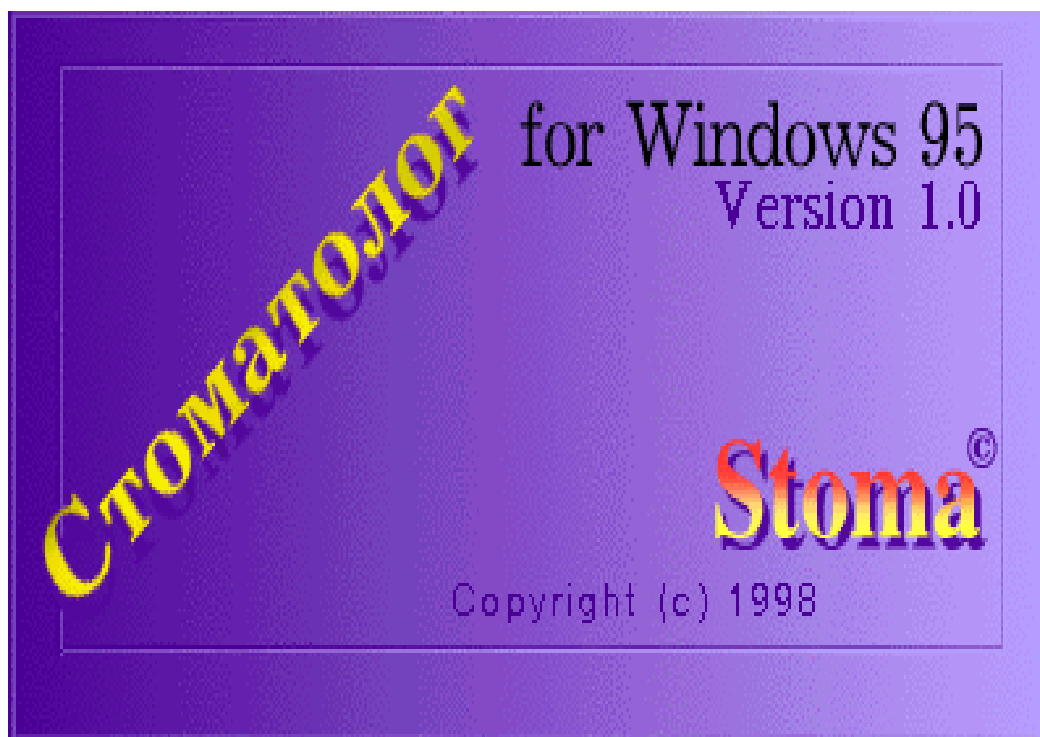
Для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи пациентам с ЖДА необходимо:

- Проводить стоматологическое лечение только после консультации с лечащим врачом пациента, осуществлять контроль над уровнем артериального давления (АД).
- Антисептическую обработку раны проводить с использованием гемостатических средств (препараты тромбина, фибриновый клей).
- Добиваться тщательной остановки кровотечения с антисептической обработкой раны.
- Проводить антибиотикопрофилактику.
- Избегать назначения препаратов, угнетающих гемопоэз (левомецитин, сульфаниламидные препараты, бутадием, амидопирин).
- Осуществлять обязательное стоматологическое наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде. Строго соблюдать общие послеоперационные правила: не употреблять в пищу продукты и напитки, вызывающие гиперимию, исключить употребление алкоголя, не курить.

Таким образом, для профилактики развития осложнений при оказании стоматологической помощи больным с заболеваниями внутренних органов необходимо провести ряд мероприятий, которые также могут влиять на характер взаимоотношений протезов и органов полости рта.

Глава VII. РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ «СТОМАТОЛОГ» ДЛЯ СБОРА И ОБРАБОТКИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Разработанная нами автоматизированная компьютерная система была условно названа «Стоматолог» (Патент РУзб. № DGU 00436, Государственное патентное ведомство DGU 20010042., от 17.07.2001г.), (см. Приложение 9).



Тип ЭВМ:	IBM PC-совместимых ПК
Язык программирования:	Borland Delphi 5
Операционная среда:	Windows 95, 98, ME, NT, 2000, XP
Объём исходного текста программы:	8214 Кбайт

Для врача-стоматолога, и особенно, врача-исследователя большое значение имеет накопленная в течение некоторого периода времени статистическая информация, организованная в информационную базу.

Основу информационного обеспечения данной автоматизированной системы составляют структура и содержание входного документа – в данном случае карты исследуемого больного. Поскольку в литературе нет сведений об использовании специализированных карт или других видов документов для сбора и анализа информации, задачей нашего первого этапа построения системы являлась разработка формы такого документа и процедура ввода информации в систему. Специализированная карта позволяет автоматизировать процесс накопления, пополнения и обработки накопленной информации.

Для эффективного функционирования системы входной документ должен содержать оптимальный набор клинико-диагностических данных, в достаточной мере отражающих статус пациента, характеристику методов лечения, их результаты в ближайшем и отдаленном периодах, наличие и виды осложнений. В то же время структура входных данных должна быть достаточно лаконичной, простой и удобной для заполнения документа и ввода данных в ЭВМ.

В соответствии с перечисленными требованиями нами была разработана специальная карта. Она содержит несколько основных разделов: формализованная амбулаторная карта на основе официальной формы, включающая регистрационные данные (паспортные данные пациента, номер амбулаторной карты и регистрационный номер карты в системе); жалобы, анамнез, данные объективного обследования состояние слизистой оболочки полости рта, состояние твердых тканей протезного ложа, состояние имеющихся зубов; антропометрические, рентгенологические, функциональные данные зубочелюстной системы, диагноз адентии зубов по классификации Кеннеди, состояние имеющихся зубных протезов, сопутствующая информация о терапевтическом, хирургическом и ортопедическом лечении (дата операции, фамилия хирурга, ортопеда, зубного техника); данные об отдельных результатах стоматологического лечения, результаты дополнительных лабораторных методов исследования и другие.

Аппаратное обеспечение системы рассчитано на использование IBM-совместимых персональных компьютеров всех типов с полихромными (цвет-

ными) дисплеями (мониторами).

Ввод информации в систему осуществляется в режиме диалога посредством информационного экрана, полностью отражающего структуру входного документа (рис. 7.1.).

По следующим основным разделам осуществляем обследование больного и ввод в программу. Это жалобы больного, выявляемые опросным способом, вводим, как обычно, со слов больного, аналогичным образом вводим данные анамнеза, а также сведения о фоновых (сопутствующих) заболеваниях (Рис 7.2.-7.6.).

Клиническое обследование больного (стоматологический статус) осуществляется методом перебора общепринятых вариантов клинических признаков заболеваний твердых и мягких тканей полости рта: заболеваний слизистой оболочки полости рта, состояния зубов, зубных рядов, пародонта, прикуса, слюнных желез и другие.

Редактирование

Фамилия И.О. больного: **Исмаилова Шахноза Нуруллаевна** ✓ Диагноз

Общий | Внешние осмотр | Другие | Состояние | Заключения

Регистрационный номер: Номер амбулаторной карты:

Фамилия И.О. больного:

Ф.И.О. врача: Ф.И.О. зубного техника:

Год рождения: Пол: ☐ Муж ☒ Жен ☐ Национальность:

Адрес:

Место работы, должность, профессия:

Профессиональные вредности:

Жалобы на состояние органов полости рта:

Жалобы на состояние других органов:

Основной общесематическое заболевание:

продолжительность заболевания:

Сопутствующие заболевания:

☒ Сохранить
 ☒ Зубная формула
 ☐ Печать листа
 ☒ Отменить

Рис. 7.1. Информационный экран для регистрации больного

Редактирование

Фамилия И.О. больного: **Исмаилова Шахноза Нуруллаевна** ✓ Диагноз

Общий | Внешний осмотр | Другие | Состояние | Заключение

Внешний осмотр:

Состояние СОПР (жалобы):

Слизистая оболочка губ:

Слизистая оболочка щек:

Состояние языка:

Десна:

Состояние тканей протез. ложка: Альвеолярные отростки:

Небные слюнные железы: Альвеолярные бугры в/ч:

Небный свод: Альвеолярные бугры н/ч:

✓ Сохранить
🔄 Зубная формула
🖨 Печать листа
✗ Отменить

Рис. 7.2. А. Информационный экран для ввода клинико-диагностических данных.

Редактирование

Фамилия И.О. больного: **Исмаилова Шахноза Нуруллаевна** ✓ Диагноз

Общий | Внешний осмотр | Другие | Состояние | Заключение

Зубные ряды: размер: мм

Прикус: Окклюзия:

Зубные отложения: Цвет:

Локализация зубных отложений:

Топография зубных отложений:

Зубной налет: Цвет зубных налет:

Имеются ли налет на зубных протезах: ☒

Пародонтит: Характер воспаления:

Этиологические факторы:

Топография пародонта в области: Пародонтоз:

✓ Сохранить
🔄 Зубная формула
🖨 Печать листа
✗ Отменить

Рис. 7.3. Б. Информационный экран для ввода клинико-диагностических данных.

Редактирование

Фамилия И.О. больного: **Исмаилова Шахноза Нуруллаевна** ✓ Диагноз

Общий | Внешние осмотр | Другие | **Состояние** | Заключения

☐ Имеются частично-съёмные протезы

Давность пользования: 9-10 лет

Гигиеническое состояние протезов:

Режим пользования протезами: временами

☐ Налёт

☒ Имеются несъёмные протезы

Давность пользования:

rrrrr

☐ Имеются полные съёмные протезы

Давность пользования: 13 лет

Гигиеническое состояние протезов:

Режим пользования протезами:

☐ Налёт

☐ Имеются бюгельные протезы

Давность пользования: не имеется

Гигиеническое состояние протезов:

Режим пользования протезами:

☐ Налёт

✓ Сохранить
↻ Зубная формула
🖨 Печать листа
✗ Отменить

Рис. 7.4. В. Информационный экран для ввода клинико-диагностических данных.

Редактирование

Фамилия И.О. больного: **Исмаилова Шахноза Нуруллаевна** ✓ Диагноз

Общий | Внешние осмотр | Другие | **Состояние** | Заключения

Нуждается в ортопедической лечений: не нуждается

Соблюдение гигиены полости рта: рег.ут+веч

Зубы чистит: пастой

Височно-нижнечелюстной сустав: имеется щелканье

Лабораторные исследования Гнатодипномолитрия:

Лабораторные исследования Мастолюциограция:

Лабораторные исследования Реопарадонтोगрафия:

Лабораторные исследования Миография:

Общий анализ крови:

Общий анализ мочи:

✓ Сохранить
↻ Зубная формула
🖨 Печать листа
✗ Отменить

Рис. 7.5. Г. Информационный экран для ввода клинико-диагностических данных.

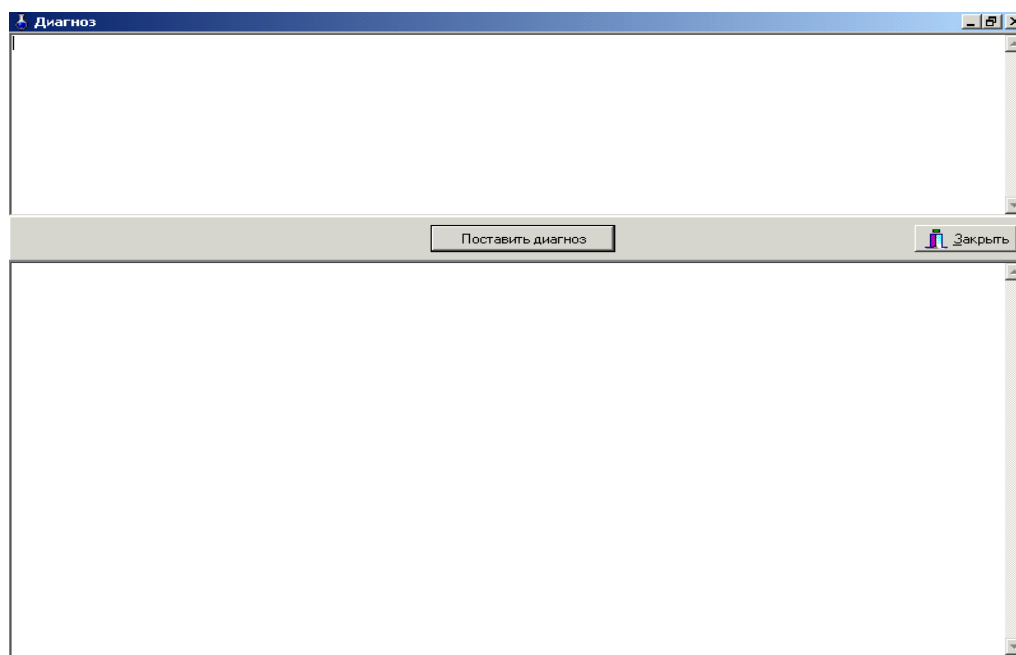


Рис. 7.6. Информационный экран для постановки диагноза.

Дополнительные лабораторные исследования проводим по показаниям. Это клинический анализ крови, мочи, иммунологические исследования сыворотки крови, слюны, серологические, цитологические, микробиологические и др.

Рентгенологические, гнатодинамометрические, реографические и другие данные по традиционной схеме вводим со снимка и с карты по общепринятой схеме.

Данные общего обследования врачом-интернистом (артериальное давление, температура тела, состояние легочного дыхания и др.) вводим набором текста.

Факторы риска – фоновые и сопутствующие заболевания. Роль указанных факторов (особенно эндокринных, выделительных, сердечно-сосудистых, аллергических, инфекционных, курения, злоупотребления алкоголем и др.) в возникновении и развитии заболевании твердых и мягких тканей полости рта общеизвестна. Поэтому в программу компьютерной системы были включены основные вероятные факторы риска как модифицирующие факторы, определяющие состояние важнейших систем организма (иммунной, нейрогуморальной, сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и др.), а также али-

ментарные факторы, вредные привычки, профессиональные вредности и другие. Для определения показаний к патогенетической, в том числе многофакторной терапии, выше названные данные имеют большое значение для установления не только клинических, но и патогенетического диагноза.

Ввод данных клинического обследования в компьютер осуществляется, как указаны в «окно помощи» и по мере необходимости можно вызывать его нажатием клавиши F-1. В «окно помощи» приведены обозначения пользования основными клавишами для работы с компьютерной программой. При заполнении амбулаторной карты в основном используются для ввода данных клавиши Enter, Escape, Page Up и Page Down и клавиши для перемещения курсора «вверх», «вниз», «вправо» и «влево».

С помощью нажатием в клавиш «Далее» осуществляется листание кадров истории болезни. Зубную формулу заполняют нажатием цифровых и буквенных клавиш с общепринятыми обозначениями состояния зубов (постоянных и временных). В блоке имеется и цифровая зубная формула и рисунок зубных рядов верхней и нижней челюсти. При обозначении в зубной формуле отсутствующего зуба, тут же на рисунке этот зуб исчезает, как бы показывает, что он удален. Допущенные ошибки при обозначении состояния зубов в зубной формуле устраняют нажатием клавиш Enter и «Пробел» (рис. 7.7.).

Блок зубной формулы позволяет рассчитать величину КПУ.

В системе предусмотрена возможность просмотра и редактирования карт, имеющихся в базе данных.

Данная программа осуществляет по нескольким пользовательским запросам диагностику стоматологического статуса больного.

Программное обеспечение автоматизированной карты обследования дает возможность обработать большой поток исследуемых, позволяет производить поиск по 2 и более полям базы данных для сравнения исследуемых по различным признакам и для выявления определенных закономерностей и, следовательно, может быть использовано для ведения документации по функциональной диагностике в ортопедической стоматологии.

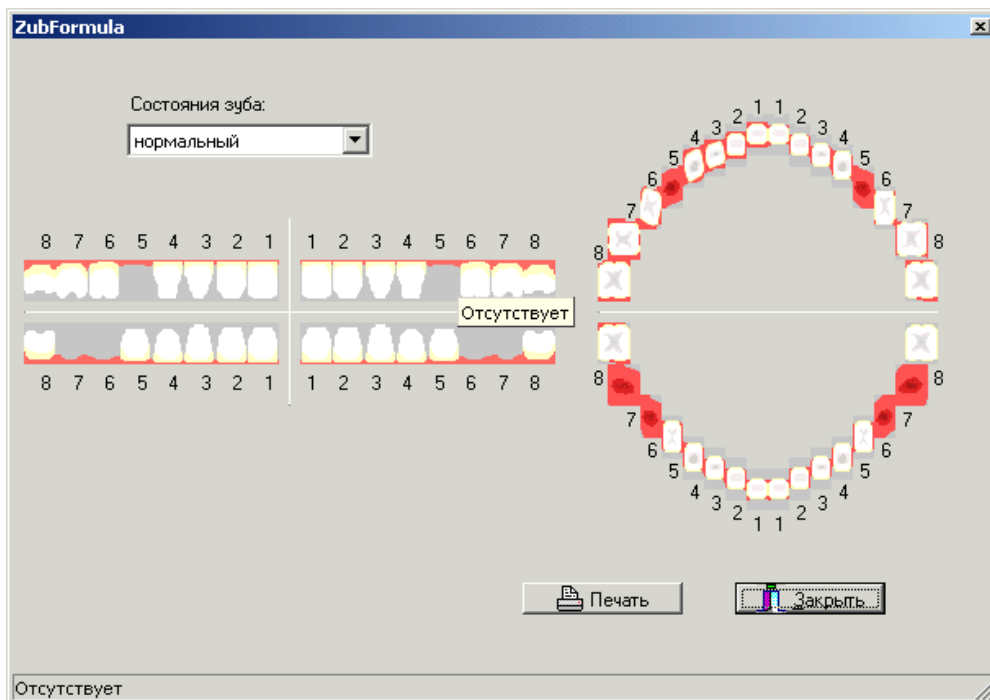


Рис. 7.7. Информационный экран зубной формулы для ввода данных.

Наличие в базе данных информации о клиническом статусе пациентов, используемых конструкциях зубных протезов и материалов, динамике отдаленных результатов лечения позволяет анализировать эффективность разрабатываемых методов стоматологического лечения по практически неограниченному набору сочетаний перечисленных показателей.

Анализ информации по предлагаемому запросу может осуществляться по всем картам, имеющимся в базе данных, либо выборочно по совокупности определенных параметров. В программе предусмотрен специальный управляющий экран (рис. 7.8.), где пользователь имеет возможность обозначить исследуемую группу по одному или нескольким признакам в произвольном сочетании. Дальнейший анализ и вычисление итоговых показателей по основному запросу производятся по картам пациентов, входящих в указанную группу.

Компьютерная программа «Стоматолог» предусматривает выдачу для каждого больного индивидуального медицинского стоматологического заключения, состоящего из следующих разделов:

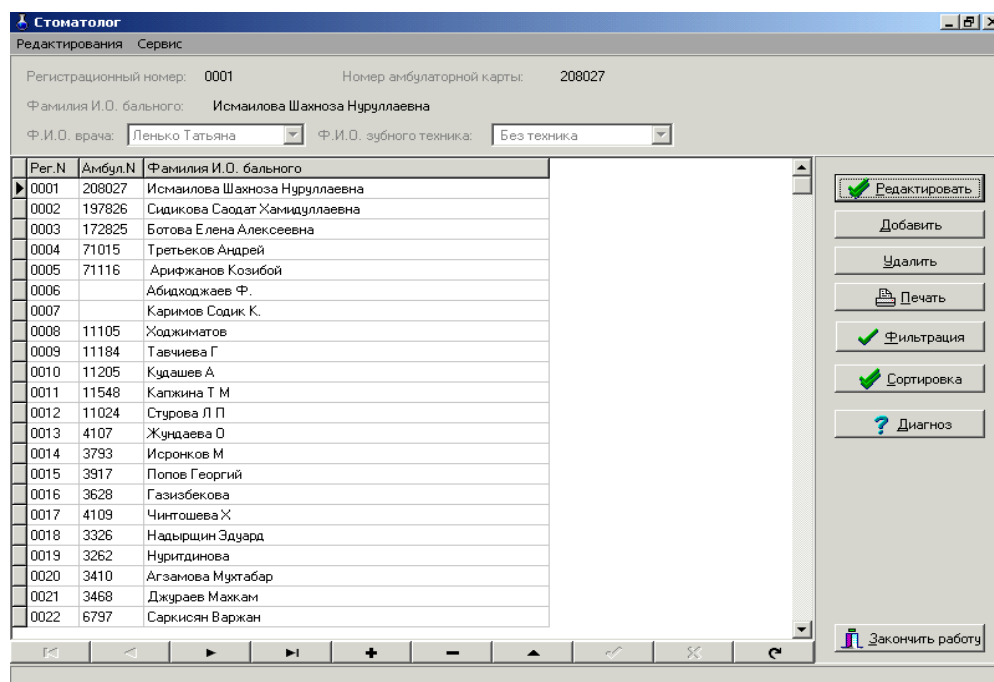


Рис. 7.8. Управляющий экран для формирования модели ключевых параметров выборки карт.

- предполагаемый (один или несколько) диагнозов, которые программа сочла наиболее вероятными в данном случае;
- наличие сопутствующих общесоматических заболеваний;
- тяжесть состояния больного (легкая, средняя, тяжелая);
- наличие сенсibilизации;
- угроза деструкции костной ткани;
- нарушение микроциркуляции СОПР;
- рекомендуемый вид лечения (терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое, смешанное);
- общие принципы лечения.

Автоматизированная обработка результатов исследования позволила выявить не только частоту и характер поражения твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, но и их зависимость от формы заболевания, показателей лабораторных анализов, применяемого лечения, выделить топографо-анатомические особенности поражения твердых и мягких тканей полости рта, провести сравнительную оценку полученных результатов.

Описываемая автоматизированная компьютерная система обладает ши-

рокими возможностями дальнейшего совершенствования и развития и может применяться для проведения целого ряда лечебно-профилактических работ.

Внедрение в практику новых компьютерных технологий регламентировано Указом Президента Республики Узбекистана (ноябрь 1998 г.), где принята Государственная программа реформирования системы здравоохранения.

Задача внедрения в практику – настойчивый поиск возможных и реальных путей и форм решения вопросов улучшения стоматологической помощи.

Автоматизированная компьютерная система «Стоматолог» для сбора и обработки клинико-диагностической информации имеет следующие достоинства и преимущества.

1. Обследование больного осуществляется с помощью автоматизированного компьютерного ведения по обычным амбулаторным картам и историям болезни с записью всех необходимых данных в формализованном виде; при необходимости осуществляется быстрая распечатка на бумаге.

2. Компьютерные амбулаторные карты соответствуют требованиям стандартов на диагностику и лечение стоматологических заболеваний.

3. Обследование больного и диагностический процесс совершаются на персональном компьютере в диалоговой режиме с «подсказками» и «советами» («окнами помощи») по нормированной схеме обследования больного, что не требует специальной подготовки в области компьютерной техники и обеспечивает высокую производительность труда.

4. Врач в известной мере избавлен от необходимости сопоставления всех полученных данных по разделам обследования (анамнез, жалобы, объективные данные, рентгенологические, денситометрические, реографические, гнатодинамометрические, лабораторные и другие исследования).

5. Врач после обследования больного может провести самоанализ (самоконтроль) своей работы.

6. Повышение производительности труда врачей и среднего медицинского персонала, увеличение приема больных за счет исключения трудоемкой рутинной работы по оформлению амбулаторных карт.

7. Достоинства и преимущества автоматизированной компьютерной системы «Стоматолог» неоспорима. Система за счет избавления врачей от рутинной работы повышает производительность труда на 25-35%.

8. Примененный нами метод математического моделирования позволило выполнить расчеты жесткости периодонта и действию произвольной нагрузки и дать качественную и количественную характеристику распределения нагрузки на опорах мостовидных протезов с учетом реальной формы корней зубов.

9. Согласно нашим данным, каждая опора забирает ту часть нагрузки, которую она в состоянии вынести. Величина этой части зависит от физиологических параметров зуба. Из результатов расчета нетрудно заметить, что равномерное распределение нагрузки будет лишь в протезе, опорами которого будут служить симметричные зубы каждой половины челюсти при условии качественного одинакового состояния пародонта этих зубов;

10. При использовании дополнительных опор распределение вертикальной нагрузки на верхнем клыке мостовидного протеза будет уменьшаться в среднем на 15-25%.

Мировой опыт эксплуатации автоматизированных компьютерных систем свидетельствует о том, что наряду с высоким экономическим эффектом указанные технологии в значительной мере повышают качество, эффективность стоматологического лечения и производительность труда врачей и среднего медицинского персонала, что дает возможность увеличить масштабы оказания стоматологической помощи населению путем интенсивного развития стоматологической службы в системе здравоохранения страны без существенного расширения подготовки кадров.

Глава VIII. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ранняя диагностика внутренних болезней человека позволяет врачам стоматологам своевременно предусмотреть в комплексном плане лечения болезней пародонта, коррекцию нарушенной функции внутренних органов. В связи с этим, стоматологу необходимо иметь данные о взаимосвязях между состоянием пародонта и заболеваниями внутренних органов, иными словами, по результатам исследования твердых и мягких тканей полости рта и СОПР определять, к какой группе риска, связанной с внутренней патологией, относится данный пациент. С учетом массовости обращений в стоматологическую клинику подобные данные приобретают особую значимость в плане ранней диагностики заболеваний внутренних органов и своевременного оказания медицинской помощи.

Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта и ее взаимосвязь с внутренними органами и системами определяет клинические варианты изменения СОПР. Вместе с тем изменения СОПР при различных формах патологии внутренних органов не всегда являются характерными, присущими каждой из них; между ними нет строгого соответствия. Развитие клинических симптомов на СОПР всегда предшествует тому или иному системному заболеванию. Нередко отмечается вторичное развитие патологических высыпаний вслед за уже развившейся формой патологии. Кроме того, нередко одни и те же симптомы поражения СОПР можно отметить при различных функциональных и органических нарушениях систем организма. Поэтому при изучении взаимосвязи органов полости рта с заболеваниями системного характера важно динамическое наблюдение, начиная от первичных признаков заболевания до стадии его наивысшего развития и последующего разрешения. Трудности диагностики проявлений нарушений в полости рта при заболеваниях внутренних органов, несомненно, обусловлены множеством вторичных факторов, которые постоянно присутствуют при развитии патологических процессов. К таким факторам относятся постоянное травмирование

СОПР во время приема и разжевывания пищи некачественно изготовленными пломбами и протезами, разрушенными кариесом зубами. Кроме того, полость рта является местом контактных реакций на материалы протезов, пломб, лекарственных веществ, пищевых аллергенов, химических веществ, входящих в состав зубных паст, косметических и гигиенических средств. Поэтому при диагностике сочетанных поражений необходимо комплексное обследование больного.

Известно, рецепторы СОПР являются мощным источником рефлексов, которые оказывают влияние на секреторную и моторную деятельность желудочно-кишечного тракта. В тоже время, полость рта является эффекторным полем обратного влияния «патологических» рефлексов с внутренних органов.

На основании многочисленных исследований доказано, что в патогенезе заболевания органов полости рта важную роль играют нарушения всех видов обмена веществ организма, непосредственная реализация системных дисметоболических процессов происходит на уровне микроциркуляции всех составляющих пародонтальных тканевых структур. Вопросы точной диагностики и прогнозирования дальнейших изменений в тканях челюстно-лицевой области становятся наиболее актуальными, особенно при наличии у пациентов общесоматических заболеваний.

Определенные успехи, достигнутые в диагностике и лечении больных с заболеваниями внутренних органов, способствовали улучшению медико-социального статуса больных и увеличению продолжительности их жизни. В связи с этим вопросы стоматологической помощи этим больным приобретают большую актуальность и научно-практическую значимость, что и определило цель настоящего исследования: изучить у больных с заболеваниями внутренних органов клинико-функциональные изменения тканей полости рта, совершенствовать их диагностики, лечение и профилактику.

Одним из основных принципов лечения заболевания внутренних органов является нормализация нарушенного обмена веществ и микроциркуляцию крови. Правильное лечение имеет существенное значение для продолжитель-

ности жизни и работоспособности больных. Позднее выявление основного заболевания, недостаточный контроль над больными, нарушение общепринятых методов лечения приводит к ранним, часто необратимым, изменениям со стороны почти всех органов и систем, и, в частности, полости рта.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одно из первых мест среди заболеваний человека. Имеется теснейшая функциональная взаимосвязь сердечно-сосудистой системы (ССС) с органами дыхания, желудочно-кишечного тракта, почками и эндокринными системами.

В связи с широким распространением сосудистой теории патогенеза поражений тканей полости рта, которая, естественно, предполагает связь таких поражений с состоянием системной циркуляции, привлекло наши внимание к этой проблеме.

Планируя данную работу, мы исходили из концепции, что тяжесть проявления патологии органов полости рта, и его прогрессирующее течение, по всей вероятности, обусловлены нарушением микроциркуляции крови и обмена веществ, которые возникают вследствие хронической патологии внутренних органов, и имеют исключительно важное значение в метаболизме тканей полости рта.

Нарушение микроциркуляции крови и обмена веществ могут быть на разных уровнях, так, например, нарушение гемодинамики крови за счет непосредственного сужения просвета мелких артерий (при гипертонической болезни), за счет нарушения структуры и функции мелких капилляров (микроангиопатией) (при сахарном диабете), за счет нарушения микроциркуляции в клубочках почек (при хроническом диффузном гломерулонефрите) и за счет недостаточного обеспечения тканей кислородом (при железодефицитной анемии).

Для достижения поставленной цели и задачи исследования в нашей работе мы сочетали общеклинические и лабораторные методы исследования, при помощи которых определяли клинический класс основного общесоматического заболевания, тяжесть болезни и фазу течения, а также клинические и

функциональные методы для оценки состояния органов полости рта.

В соответствии с задачами исследования установлен характер патологических изменений в зубочелюстной системе при заболеваниях внутренних органов и нуждаемость этих больных в стоматологической помощи.

Результаты проведенных клинико-стоматоскопических исследований твердых тканей зубов у больных с фоновой патологией показало высокую степень интенсивности кариеса.

Количество удаленных зубов у больных сахарным диабетом преобладало по сравнению с контрольной группой (в среднем, у одного больного сахарным диабетом $7,3 \pm 0,5$; в контрольной группе – $3,94 \pm 0,2$), что свидетельствует о более низком охвате данного контингента своевременной стоматологической помощью.

Выявлена значительная распространенность заболевания пародонта: при гипертонической болезни – 91,6%, при сахарном диабете – 94,1%, при ХГН – 83,0 % (52,4% в контроле). Воспалительно-дистрофические процессы тканей пародонта чаще наблюдали при поражении мелких кровеносных капилляров – 94,1 % поражений при СД (рис. 8.1.).



Рис. 8.1. Индекс КПУ и патология тканей пародонта в зависимости от основного заболевания

Установлено, что новые очаги кариеса и воспалительно-дистрофических процессов в пародонте возникают и одинаково тяжело протекают у больных

всех возрастов, приводя к множественной потере зубов. Тяжесть и частота поражения твердых тканей зубов и пародонта привели к нарушению целостности зубных рядов у 94,7% больных ГБ, у 86,27% больных СД, 72,3% больных ХГН и 85,1% больных ЖДА.

При обследовании 139 больных у 104 (74,8%) имеющиеся несъемные зубные протезы были признаны негодными или условно годными и нуждались в коррекции и переделке. У 82 (58,9%) установлены пролежни из-за давления промежуточной частью и краями протеза на подлежащие ткани. А из 105 больных у 77,4% имеющиеся съемные конструкции зубных протезов признаны негодными и также нуждались в коррекции и перебазировке. У 64 больных (60,9%) стоматоскопическими исследованиями выявлены различные формы протезных стоматитов. Видимо, выявленные патологические изменения являются результатом влияния общесоматической патологии на зубы и ткани протезного ложа.

Таким образом, все больные с заболеваниями внутренних органов на день обследования нуждались в комплексном стоматологическом лечении; из них от 80% до 92% больных - в зубном протезировании, и в том числе - избирательной пришлифовке твердых тканей зубов и их шинировании, а также переделке старых зубных протезов.

Статистическая обработка клинического материала показала, что распространенность и тяжесть заболеваний СОПР и пародонта достоверно связаны с тяжестью и давностью основного заболевания, как ГБ, СД, ХГН, а у больных с ЖДА такая связь с давностью заболевания отсутствует.

Длительность основного заболевания, если и не является ведущим патогенетическим фактором, то утяжеляет патологический процесс в тканях пародонта. Так, например, с увеличением длительности заболевания до 6-10 и более лет преобладает средняя и тяжелая степень поражения пародонта (рис. 8.2.).

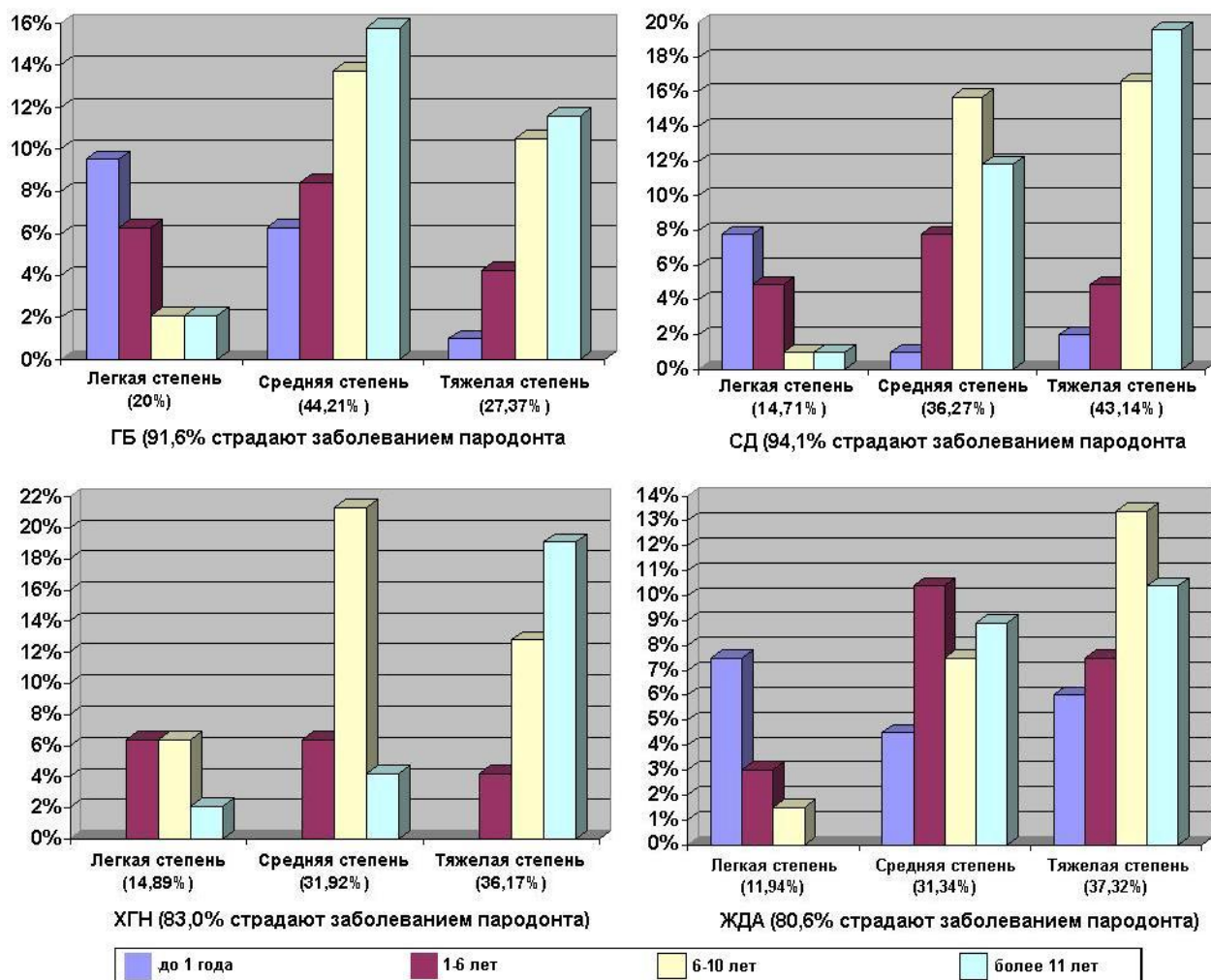


Рис. 8.2. Распределение больных в зависимости от длительности основного заболевания и степени тяжести болезней пародонта

Локализации и степень поражения слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов имели свои особенности (рис.8.3.). Стоматоскопические наблюдения СОПР свидетельствуют о том, что при сахарном диабете поражения сосудов более мелкого калибра вызывают гипертрофию сосочков маргинального пародонта, налеты на поверхности спинки языка с отпечатками зубов по её краю

Кровоизлияние и отек СОПР, появление отпечатков зубов на щеке и на тыльной поверхности языка чаще наблюдаются у больных с ХГН и ГБ в разгар основного заболевания. А у больных с ЖДА более часто встречались сухость, шелушение губ и афты на слизистой. Эти изменения должны учитываться при планировании комплексного метода стоматологического лечения,

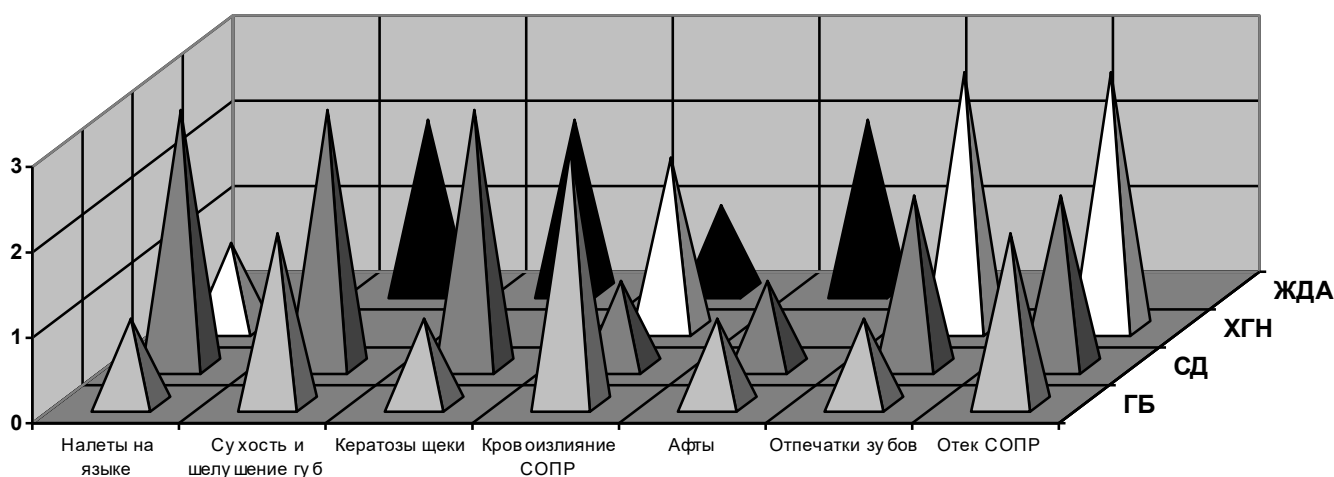


Рис. 8.3. Локализации и степень поражения слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов

в частности, при подготовке полости рта к протезированию, при определении сроков протезирования и при выборе конструкции, материала и режима пользования зубными протезами.

При изучении микроциркуляции крови у больных с ГБ выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение реографического индекса (РИ), увеличение индекса периферического сопротивления (ИПС) и показателя тонуса сосудов (ПТС).

При этом реографическая кривая характеризуется резким повышением ее амплитуды и горбовидной восходящей частью. Вершина реографической кривой притупленная, слабо выражена дикротическая волна, она смещена к вершине реограммы. Все эти показатели свидетельствуют о повышении тонуса стенок сосудов у больных с ГБ. В конце нисходящей части реограммы наблюдали слабо выраженные пресистолические волны, свидетельствующие о затруднении венозного оттока. По всей видимости, такое ухудшение кровоснабжения связано с нарушением функции микрососудов артериального и венозного звеньев у больных с сердечно-сосудистыми нарушениями.

Показатели микроциркуляции крови зависели от степени тяжести ос-

новного заболевания (таблица 8.1.). Так, у больных с ГБ второй стадии показатель тонуса сосудов (ПТС) был равен $16,7 \pm 1,76\%$, индекс периферического сопротивления (ИПС) – $94,6 \pm 3,43\%$. А у больных с гипертонической болезнью третьей стадии ПТС был равен $22,8 \pm 2,44\%$, ИПС – $102,9 \pm 5,12\%$ и РИ – $0,067 \pm 0,015$ ом ($P < 0,001$).

Таблица 8.1.

Показатели РПГ при различной степени тяжести у больных с ГБ ($M \pm m$)

Группа обследованных больных	Число обс-нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	P > <
Контрольная	51	$0,090 \pm 0,002$	$81,9 \pm 5,03$	$13,8 \pm 2,26$	
Больные I стадии болезни	3	$0,089 \pm 0,033$	$88,3 \pm 3,01$	$15,5 \pm 3,02$	<0,05
Больные II стадии болезни	22	$0,074 \pm 0,008$	$94,6 \pm 3,43$	$16,7 \pm 1,76$	>0,001
Больные III стадии болезни	7	$0,067 \pm 0,015$	$102,9 \pm 5,12$	$22,8 \pm 2,44$	<0,05

Реопародонтографией (РПГ) у пациентов с СД выявлено нарушение эластичности сосудов, понижение реографического индекса. В отличие от контрольной группы реографическая кривая также характеризуется резким повышением амплитуды, вершина притупленная. Дикротическая волна выражена очень слабо, смещена к вершине реограммы, а в некоторых случаях совпадала с вершиной, что еще раз подтверждает глубокое нарушение капиллярного кровотока.

Реография у больных ХГН имела некоторые особенности по сравнению с пациентами контрольной группы: восходящая часть кривой становилась более пологой, вершина иногда закруглялась, дикротический зубец сглаживался незначительно и смещался к вершине, что свидетельствует о местных нарушениях кровообращения в тканях пародонта и протезного ложа.

У больных ЖДА восходящая часть амплитуды реографической кривой была крутой, дикротическая волна располагалась в средней трети кривой. Дикротическая волна РПГ по сравнению с контрольной группой имела некото-

рую сглаженность (табл. 8.2.).

Таблица 8.2.

Реопародонтографические данные больных с заболеваниями внутренних органов ($M \pm m$)

Форма заболевания	Число обс- нных	Показатели реопародонтографии			
		РИ (Ом)	ИПС (%)	ПТС (%)	P < >
Гипертоническая болезнь	32	0,074 $\pm$ 0,008	104,6 $\pm$ 3,43	19,7 $\pm$ 1,76	>0,001
Сахарный диабет	26	0,071 $\pm$ 0,003	113,2 $\pm$ 5,62	22,5 $\pm$ 2,01	<0,01
Хронический гломерулонефрит	28	0,080 $\pm$ 0,008	94,9 $\pm$ 4,03	20,3 $\pm$ 1,88	<0,05
Железодефицитная анемия	23	0,089 $\pm$ 0,033	88,3 $\pm$ 3,01	15,5 $\pm$ 3,02	<0,05
Контрольная	51	0,090 $\pm$ 0,002	81,9 $\pm$ 5,03	13,8 $\pm$ 2,26	

РПГ показатели нарушения микроциркуляции пародонта наиболее выражены в стадии обострения основного заболевания, а также у больных, которые длительное время страдают этим заболеванием.

У больных сахарным диабетом исследования состояния микроциркуляции крови в тканях пародонта показали изменения всех показателей ЛДФ-граммы в сторону снижения. Степень этих снижений находилась в прямой зависимости от длительности заболевания и типа СД. Наиболее глубокие изменения состояния капиллярного кровотока в области десны были отмечены у больных с длительностью заболевания более 10 лет. Так, например, показатель микроциркуляции (ПМ) СД, в среднем, был равен 9,8 $\pm$ 2,5 усл.ед., а у больных с длительностью основного заболевания более чем 10 лет ПМ был 6,73 $\pm$ 0,72 усл.ед.

Таким образом, в патогенезе ЗП расстройства микроциркуляции коррелируют со степенью тяжести воспалительного процесса; структурно-функциональные изменения в микрососудах и кровотоков в них служат важным диагностическим признаком трофических расстройств в тканях пародонта, позволяя прогнозировать степень нарушений и тяжесть течения патологиче-

ского процесса.

При сопоставлении данных гнатодинамометрии и рентгенограмм зубных рядов в 80% случаев не выявлена пропорциональная зависимость между степенью атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей и степенью выносливости пародонта к давлению. Наблюдение за показателями гнатодинамометрии через месяц и год после фиксации протезов свидетельствовали об отсутствии достоверного их изменения (различие в показателях было не более 3,0 единиц измерения - $p < 0,05$) и клинических признаков перегрузки пародонта опорных зубов.

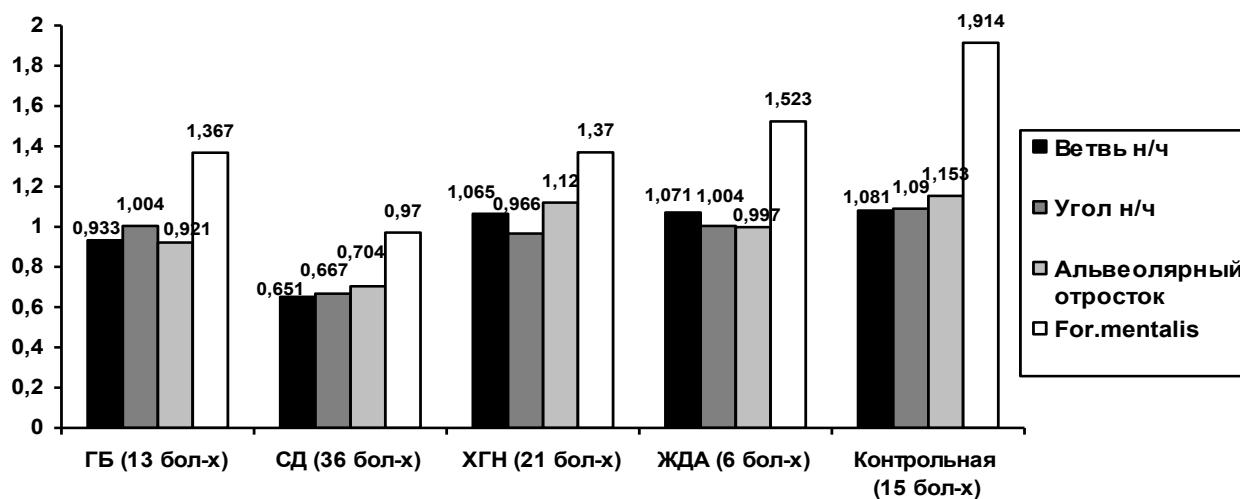


Рис. 8.4. Результаты денситометрии костной ткани нижней челюсти у больных с различными заболеваниями внутренних органов

Рентгеноденситометрическое исследование у общесоматических больных показало ее более низкую минеральную насыщенность, чем у лиц без фоновой патологией. Особенно выраженные изменения были на альвеолярном отростке нижней челюсти (рис. 8.4.)

Так, у больных СД и ГБ минеральная насыщенность была на порядок ниже ($0,704 \pm 0,0028$ мг/мм³; $0,921 \pm 0,0024$ мг/мм³, соответственно, $P < 0,01$), чем в контроле ($1,153 \pm 0,0092$ мг/мм³).

У больных СД, ГБ и ХГН наблюдали уменьшение плотности альвеолярного отростка нижней челюсти, что свидетельствует о глубоком нарушении

микроциркуляции крови и обмена веществ на фоне хронической патологии внутренних органов.

Изучение барьерно-защитной функции органов полости рта имеет большое практическое значение в клинике ортопедической стоматологии. Нормальные показатели структуры СОПР в области альвеолярного гребня и при дефектах зубных рядов у больных без фоновой патологии довольно хорошо изучены (Х.И.Ирсалиев, 1994). В настоящей работе мы изучали этот вопрос у стоматологических больных с сочетанными заболеваниями внутренних органов.

Морфологические исследования биопсийного материала показали, что у больных с ГБ наблюдался выраженный отек и лимфогистиоцитарная инфильтрация подлежащей стромы, усиленная ее васкуляризация с наличием периваскулярных инфильтратов, местами - диапедез эритроцитов. Отмечено расширение просвета одних сосудов с их кровенаполнением и сужение других с утолщением стенок. Коллагеновые волокна, часто огрубевшие и дезориентированы. В шиповатом слое эпителия имел место умеренно выраженный акантолиз, встречались клетки с перинуклеарным отеком. Клетки шиповатого слоя отличались полиморфизмом.

У больных СД фиброзная форма гипертрофического гингивита проявлялась пролиферацией соединительно-тканых элементов десневых сосочков, огрубением коллагеновых волокон, явлениями паракератоза.

У пациентов с ХГН на гистологических препаратах отмечали истончение эпителиального слоя, вакуолизацию эпителиальных клеток, клеточную инфильтрацию с преобладанием макрофагов и лимфоцитов.

У больных ЖДА в соединительно-тканной основе слизистой полости рта наблюдали расширение артериол и венул, скопление лимфоцитов, полиморфноядерных нейтрофилов, плазматических и тучных клеток в виде отдельных инфильтратов по ходу сосудов или сплошных полей.

Изучение таких неспецифических факторов защиты полости рта, как уровень лизоцима, фагоцитарный показатель лейкоцитов и количество секре-

торного иммуноглобулина А в слюне, показало их высокий дефицит (рис. 8.5.).

Наряду со снижением уровня лизоцима, фагоцитарной активности лейкоцитов у больных СД и ХГН наблюдали повышение уровня секреторного иммуноглобулина А, который составил $3,47 \pm 0,17$ мг% и $3,51 \pm 0,22$ мг%, соответственно, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%. Очевидно, именно секреторные иммуноглобулины обеспечивают местную защиту полости рта, так как остальные факторы утратили или существенно снизили свои защитные способности.

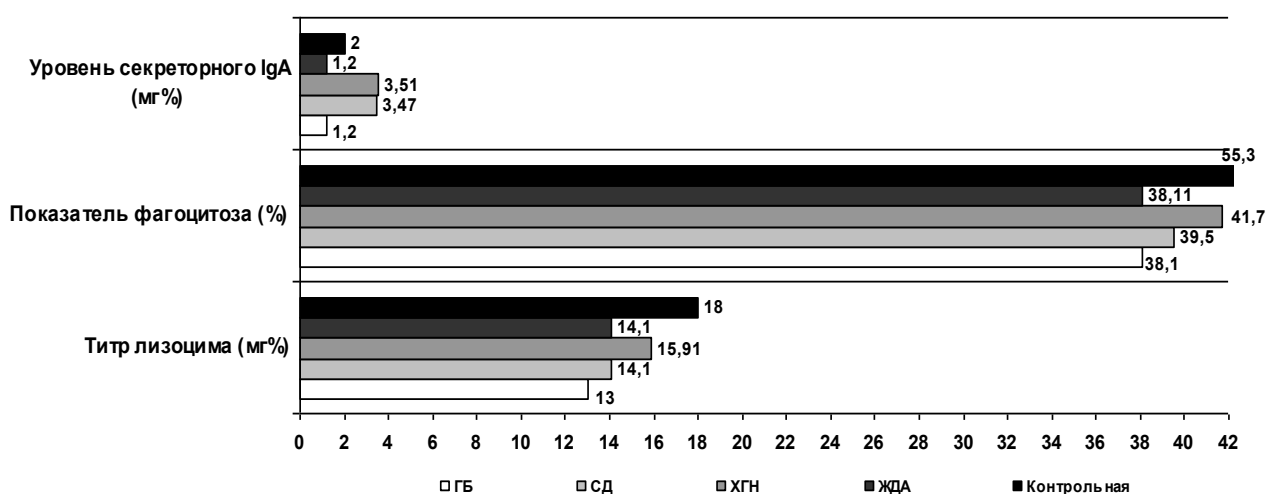


Рис. 8.5. Показатели неспецифических факторов защиты полости рта

Для облегчения обработки клинико-диагностической информации нами разработана диалоговая медицинская информационная компьютерная программа "Стоматолог", которая в значительной мере повысила качество, эффективность диагностики и лечения стоматологических больных с заболеваниями внутренних органов.

Автоматизированная обработка результатов исследования позволила выявить не только частоту и характер поражения твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, но и их зависимость от формы заболевания, показателей лабораторных анализов, применяемого лечения; выделить топографо-анатомические особенности поражения твердых и мягких тканей полости рта, провести сравнительную оценку полученных результатов.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о большом влиянии фоновой патологии на развитие и течение заболеваний тканей полости рта и необходимости работы стоматологов в тесном сотрудничестве со смежными специалистами: терапевтами, кардиологами, эндокринологами, гематологами, нефрологами и другими.

Только точная диагностика стоматологического и фонового заболевания позволит правильно определить комплекс лечебных мероприятий и провести их с наилучшими результатами для больных.

Основой современного оказания стоматологической помощи является принцип комплексности. Применительно к больным с заболеваниями внутренних органов соблюдение принципа комплексности становится наиболее важным, так как стоматологические мероприятия проводятся этим пациентам на фоне отягощенного соматического состояния, в условиях нарушенной микроциркуляции крови в тканях полости рта, сниженного гуморального и клеточного иммунитета, понижения регенерационной способности тканей.

Качественная клинико-функциональная оценка свидетельствует о значительной взаимосвязи между состояниями тканей зубов, пародонта, СОПР и заболеваниями внутренних органов. Исходя из коэффициента взаимосвязи клинического состояния пародонта с заболеваниями внутренних органов, обследуемых можно отнести к той или иной группе риска. Данные проведенных исследований позволили нам более целенаправленно планировать комплекс профилактических и лечебных мероприятий.

У пациентов с фоновой патологией зубное протезирование составляло часть общего плана комплексной подготовки и лечения патологии зубочелюстной системы и определялось с учетом особенностей поражения тканей ротовой полости.

Наши клинико-функциональные исследования показали, что от 82 до 98% больных с ГБ, СД, ХГН и ЖДА нуждаются в ортопедическом стоматологическом лечении.

Ортопедическое лечение проведено 172 (55,3%) больным. При этом нами проведено избирательное шлифование зубов у 34 больных, в том числе по нашему способу (шлифовка зубов химическим способом, рационализаторское предложение № 2117 от 03.04.05), изготовлены 244 мостовидных протезов, из них 36 адгезивных мостовидных протезов. Изготовление мостовидных протезов осуществляли с использованием математического моделирования, основанные на данных функциональных методов исследования.

68 больным были изготовлены съемные (частичные и полные) пластинчатые протезы, из них 27 больным был изготовлен съемный протез, (патент на изобретение № 2582 от 11.07.2005 г.).

Применение цельнолитых мостовидных протезов, частичных пластинчатых протезов с использованием элементов шинирования отдельно стоящих или ослабленных групп зубов оправдано у больных с заболеваниями внутренних органов.

При выборе конструкций протезов руководствовались данными стоматологического статуса и функциональных методов исследований: гнатодинамометрии опорных зубов, термометрии, определении патологической подвижности зубов, рентгенографии зубов и челюстей и определением микроциркуляции пародонта и СОПР.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о большой значимости фоновой патологии в развитии заболеваний тканей полости рта и необходимости работы стоматологов в тесном сотрудничестве со смежными специалистами: терапевтами, кардиологами, эндокринологами, гематологами, нефрологами и другими.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют сделать заключение о возможности проведения комплексного стоматологического лечения, в том числе ортопедического лечения больных с заболеваниями внутренних органов с использованием известных конструкций протезов с более широким использованием шинирующих элементов и протезов нами предложенной конструкции. Успех лечения в большой степени зависит от индиви-

дуальной тактики курирования больных с учетом особенностей патологических процессов в тканях полости рта и статуса общего заболевания при выборе конструкции протезов, диспансерного наблюдения за больным, строгого соблюдения правил гигиены. Такая тактика ведения больных ускоряет процессы общей и стоматологической реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов.

ВЫВОДЫ

1. Установлены клинические особенности течения стоматологических заболеваний у больных ГБ, СД, ХГН и ЖДА, заключающиеся в повышении интенсивности кариеса зубов, заболеваний СОПР и пародонта в зависимости от клинической формы, степени тяжести и длительности фонового заболевания.

2. Распространенность заболеваний у больных с фоновой патологией остается высокой: при ГБ – 91,6%, при СД – 94,1%, при ХГН – 83,0 % (52,4% в контроле). Статистически достоверно подтверждено, что при изученных заболеваниях поражения пародонта встречаются чаще и протекают тяжелее, чем у лиц без фоновой патологии.

3. На фоне общесоматической патологии в тканях пародонта снижается внутрисосудистое сопротивление сосудов, изменяется давление в венозном отделе сосудистого русла, что приводит к замедлению кровотока в капиллярах и появлению застоя в венозном отделе. У больных ГБ и СД выявленные сосудистые нарушения более существенны, чем у больных с ХГН и ЖДА. Застой в венозном русле приводит к снижению резистентности тканей полости рта, развитию воспалительно-дистрофических процессов и резорбции костной ткани челюстей, что подтверждено снижением минеральной насыщенности у больных СД и ГБ до $0,704 \pm 0,0028$ и $0,921 \pm 0,0024$ в мг/мм³, соответственно, чем в контроле ($1,153 \pm 0,0092$), и снижением выносливости опорного аппарата зубов.

4. Общеморфологические исследования тканей пародонта при ГБ, ХГН и ЖДА свидетельствуют о наличии деструкции тканей с преобладанием репаративной регенерации клеток эпителия, что следует рассматривать как нормальную реакцию организма в ответ на фоновую патологию. А имеющиеся некротические участки тканей пародонта с повреждением стенок микрососудов при сахарном диабете – как следствие общей патологии.

5. Комплексная оценка неспецифических факторов полости рта у больных с заболеванием пародонта на фоне общесоматической патологии вы-

явила снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, дефицит лизоцима и их прямую зависимость от тяжести заболеваний. Однако у больных СД и ХГН выявлено существенное возрастание уровня секреторного иммуноглобулина А (SIgA) $3,47 \pm 0,17$ мг% и $3,51 \pm 0,22$ мг%, соответственно, при норме $2,00 \pm 0,10$ мг%. Это дает основание полагать, что оно является адаптивной реакцией организма, и барьерная защита осуществляется за счет увеличения уровня секреторного иммуноглобулина А в слюне.

6. Частота и тяжесть поражения твердых тканей зубов и пародонта приводят к нарушению целостности зубных рядов у 94,7% больных ГБ, у 86,27% СД, у 72,3% ХГН, у 85,1% ЖДА и высокой нуждаемости их в стоматологической помощи, в том числе до 92% в зубном протезировании. Объем и последовательность этой помощи зависит от нозологической формы и степени тяжести фоновой патологии.

7. Эффективность лечения сочетанных поражений СОПР и пародонта у больных с фоновой патологией во многом зависит от успеха терапии сопутствующего заболевания. Эффективно дифференцированное применение предложенной нами схемы комплексного лечения стоматологических заболеваний с параллельной терапией общей патологии организма, что предупреждает прогрессирование повреждений тканей полости рта и ускоряет процесс общей и стоматологической реабилитации.

8. Разработанная нами диалоговая компьютерная программа «Стоматолог» позволяет индивидуально оценить клинико-функциональное состояние органов полости рта, контролировать эффективность лечебно-профилактических мероприятий и обеспечивает индивидуальный подход к выбору лечебно-профилактических средств.

9. Больные с заболеваниями внутренних органов, пользующиеся различными зубными протезами, нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении стоматолога-ортопеда.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам всех специальностей необходимо помнить, что патология внутренних органов (ГБ, СД, ХГН И ЖДА) играет патогенетическую роль в развитии и течении ряда заболеваний СОПР и пародонта, являющихся причиной ранней потери зубов.

2. Лечение стоматологических заболеваний и фоновой патологии должно проводиться стоматологом и терапевтами по согласованному комплексному плану (схема, предложенная нами) и ставить целью не только лечение заболеваний, но в конечном итоге улучшить качество жизни.

3. Для определения степени подвижности зубов у больных с поражением пародонта рекомендуем использовать предложенное нами устройство к прямому наконечнику, регулирующее скорость вращения инструмента; и приспособление к стоматологическому наконечнику, дозирующее давление инструмента на препарируемый зуб.

4. Эффективность комплексного лечения заболеваний пародонта можно оценить рентгеноденситометрическим и ЛДФ-метрическим методами.

5. При изготовлении консольных зубных протезов с целью профилактики перегрузки опорных зубов рекомендуем использовать предложенный нами способ протезирования и съемный зубной протез для больных с ослабленной периодонтальной тканью.

6. При выборе конструкции зубных протезов рекомендуем шире использовать предложенные нами методы математического моделирования и диалоговую компьютерную программу «Стоматолог» для ПЭВМ, дающую возможность индивидуального выбора методов стоматологического, в том числе ортопедического лечения конкретного больного. Программа удобна в использовании и высоко информативна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.с. № 58-19249 Прибор для определения подвижности зубов /К.К.Морита Сэйсакусе (Япония); Бюл. изобр.- 1986.- № 15.
2. А.с. № 1117054 Устройство для определения подвижности зубов. /В.В.Барболин, Е.П.Дьяков, Б.Н.Зырянов, Н.Ф. Рожков (СССР).// Бюл. изобр.-1986, - № 10.
3. Аббаев В. Ю. Клинико-морфологическое состояние слизистой оболочки протезного ложа, больших слюнных желез при сахарном диабете и особенности протезирования съемными пластиночными зубными протезами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Омск, 1988.- 22 с.
4. Абдурахманов С.А. Материалы и технологии в ортопедической стоматологии.- М.,2002. – 328 с.
5. Абрамов А.Е. Планирование конструкций цельнолитых зубных протезов с целью обеспечения оптимальной ретенции: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- М., 1999. – 22 с.
6. Аванесов А.М., Аванесов К.А. Тактика врача-стоматолога при оказании помощи больным с заболеваниями крови в условиях поликлиники: Сб. науч. тр. /Центр. пол-ка № 1 МГТС. М., 1992. - С. 37-40.
7. Автоматизированное рабочее место для статистической обработки данных /В.В. Шураков, Д.М. Дайитбеков и др.- М., 1990.-190с.
8. Аггарвал Д.К., Нандхакумар Н. Определение параметров движения по последовательности изображений: Обзор // ТИИЭР.-1988.-Т.76,N8.- С.69-90.
9. Агзамходжаев С.С. Влияние отсутствия зубов и зубных протезов на состояние слизистой оболочки протезного ложа и желудка: Дис. ...канд. мед. наук.- Т.,1979.-162 с.
10. Агзамходжаев С.С., Зуфаров С.А. Состояние полости рта у лиц, пользующихся частично съемными пластиночными протезами //Клинич. стоматология: Сб науч.тр.- Т., 1994. – С.8-12.

11. Агзамходжаев С.С. Механизм адаптации больных к съемным зубным протезам // Стоматология- 2000.-1-С.-49-53.
12. Адибай Г.О. Распространенность кариеса зубов у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы // Матер. конгр. III-съезда стоматол. Казахстана (28-31 мая, 2003 г. г. Алматы) – Алматы, 2003.-С.177-180.
13. Акилов Т.А. Заболеваемость и научное обоснование планово-нормативных предложений по развитию стоматологической помощи населению Республики Узбекистан: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. Т.,-1995.- 24 с.
14. Актуальные вопросы внутренней медицины и стоматологии: Сб. ст. / С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. - СПб., 2002.- 111 с.
15. Алексеева О.А. Роль коррекции общего и местного иммунного статуса и биохимических показателей ротовой жидкости в комплексной терапии пародонтита при сахарном диабете: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М., 2001. – 26 с.
16. Алиев Ш.Р., Умарова Д.А. Методика определения лизоцима в слюне: Рац. предлож.- Т.,1996.
17. Алимов А.С., Бекметов М.В. Атравматичные методы избирательного пришлифовывания, шинирования зубов при пародонтитах и восстановление дефекта с отсутствием одного зуба с системой «Фибер-сплент» у больных с кардио-церебральной патологией // Пробл. совр. стоматол. Казахстана: Матер. междунар. Науч.-практ. конф. Сб. науч. работ. - Алматы, 2004.-Ч.2.-С.185-190.
18. Алимов А.С. Особенности морфологии и состояние пристеночных микроорганизмов слизистой оболочки полости рта у больных, страдающих гипертонической болезнью // Рос. стоматол. журн.- 2004.- № 2.- С.17-19.
19. Алимов А.С., Бекметов М.В., Ирсалиев Х.И.. Состояние микроциркуляции слизистой оболочки полости рта у больных с кардио-церебральной патологией // Пробл. совр. стоматол. Казахстана: Матер. междунар. науч.-практ. конф.: Сб. науч. работ. - Алматы, 2004.-Ч.1.-С.267-270.

20. Алимов А.С. Комплексное стоматологическое лечение больных с кардиоцеребральной патологией: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук.-Т.,2005 –34 с.
21. Алимов С.И. Влияние зубных протезов на состояние тканей протезного ложа и среду полости рта : Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Т., 1979. - 19 с.
22. Алимов С.И., Джафаров Р.С. Гигиена полости рта у лиц пользующихся зубными протезами //Актуал. пробл. совр. стоматол.: Матер. научн.-практ. конф.- Бухара, 1997.-С.86-88.
23. Алиханова Н.М., Акбаров З.С., Рахимова Г.Н. Эпидемиология поздних осложнений инсулинзависимого сахарного диабета у детей, проживающих в Узбекистане // Мед. журн.Узбекистана.-2000.-, № -5-6. – С.54-57.
24. Алтынбеков К.Д. Функциональная характеристика жевательной системы в процессе адаптации больных к полным съемным протезам: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- Алма-Ата, 1992.-18с.
25. Аметов А.С., Чечурин Р.Е., Рубин М.П. // Тез. лекций и докл. третьего Рос. симп. по остеопорозу. – СПб., 2000.- С. 102.
26. Аметов Р.А. Математический анализ информативности симптомов острой дизентерии с помощью ЭВМ //Юбил. науч. конф., посвящ. 50-лет. ин-та: Тез. докл. – Т., 1982. - С. 322-324.
27. Амираев У.А., Рузуддинов С.Р. Клиника и протезирование дефектов зубных рядов.- Бишкек, 2002.- 159 с.
28. Анварова Ш.С., Гафарова М.И., Джураева С.Д. О профилактике некоторых заболеваний полости рта у больных сахарным диабетом // Профилактика стом. забол: Тез. докл. конф. –Душанбе, 1986. - С. 90-91.
29. Андакулов В. А., Маженова А. М. Компьютерная реставрация зубов системой CEREC // Пробл. совр. стоматол. Казахстана: Матер. междунар. Науч.-практ. конф. Сб. науч. работ. - Алматы,2004.-Ч.2.-С.175-180.
30. Артемова Е.В., Баженов Л.Г. Идентификация грибов рода *Candida*, выделенных из желудочного сока // Мед. журн. Узбекистана.-2000. -№ 5-6.– С.71-72.

31. Арутюнов Д.С., КраВЕишвили С.Е., Гадаев М.С. Результаты математического моделирования напряженно-деформированного состояния различных видов стандартных штифтов // Совр. аспекты профилактики и лечения стом. забол. Междунар. науч.-практ. конф. -М., 2000. – С.194-196.
32. Арьева Г.Г. Оценка суммарного индекса воспаления органов полости рта больных диффузной патологией почек для протезирования, профилактики стоматологических заболеваний // Актуал. пробл. внутр. медицины и стоматол.: Сб. науч. трудов. СПб., 1997. – Ч. 2. – С. 21.
33. Аструг А.Х., Гаврилов М.С., Добрев Д.Г. Диабетик антопатии.- София, 1987.-180с.
34. Атежанов Д.О. Стоматологический уровень здоровья подростков с различными соматическими заболеваниями // Пробл. стоматол.- Алматы., 2004.-№ 4 -С.20-21.
35. Ахмедов П. М., Адылов К. А. Состояние полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кроветворной системы // Матер. науч. конф. стоматол. г.Ташкента (сент., 1989 г.).- Т., 1989.- С.93-96.
36. Бабинов О. Патогенетическое обоснование комплексного лечения заболеваний пародонта у детей, страдающих сахарным диабетом // Совр. аспекты профилактики и лечения стом. забол.: Междунар. науч.-практ. конф. - М., 2000. – С. 13-14.
37. Бабушкин Е.В. Восстановление дефектов зубных рядов протезами на основе композиционных материалов у больных сахарным диабетом (Клинико-эксперим. исслед.): Дис. ... канд. мед. наук.- Новосибирск, 1999. – 128 с.
38. Балаболкин М.И., Мазовицкий А.Г. Классификация сахарного диабета // Терапевт. архив. -1980. -Т.52, № 12. - С. 135-139.
39. Балаболкин М.И., Хасанова Э.Р. О патогенезе диабетической остеопатии // Клинич. медицина. -1988. - № 3. - С. 86-88.
40. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. - М.: Медицина, 1979. - 188 с.

41. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи: Атлас.- М., 1994.- 215 с.
42. Баранов В.Г., Великанов К.А., Второва В.Г. Сахарный диабет //БМЭ.- М.: Медицина, 1977. -Т. 17. - С. 222-242.
43. Батанов Н.И. Протезирование зубов неотъемлемый этап лечения гостроэнтрологических больных //Актуал. пробл. в геронтол.: Сб.науч.работ.- М., 1996. – С. 23-24.
44. Батунова Е.А., Поляков В.Е. Возможности ультразвуковой доплерографии в диагностике нарушений церебрального кровотока у детей в амбулаторных условиях // Мед.журн. Узбекистана.- 2001.- № 1. – С. 5-8.
45. Безруков В. М., Рабухина Н. А., Амхадова М. А.. Субпериостальные имплантаты нижней челюсти, изготовленные с применением компьютерных технологий // Проблемы современной стоматол. Казахстана: Матер. междунар. науч.-практ. конф. Сб. науч. тр.: Алматы, 2004.-Ч.2.-С.310-311.
46. Бейли Н. Математика в медицине и биологии: Пер. с англ. – М.:Мир, 1970.–340 с.
47. Бейтс Р., Мак-Доннел М. Восстановление и реконструкция изображений: Пер. с англ.-М.: Мир, 1989. - 336с.
48. Бекжанова О.Е. Состояние зубов и тканей пародонта у взрослого населения Республики Узбекистан и пути совершенствования стоматологической помощи: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.- Т., 1993. - 16 с.
49. Бекметов М.В. Стоматологическая заболеваемость у рабочих производства минеральных удобрений и совершенствование их лечебно профилактического и диспансерного стоматологического обслуживания: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-Т.,1984.- 223 с
50. Бекметов М.В., Ходжиметов Т.А. Новые диагностические измерительные приборы используемые в клинической практике стоматологии //Актуал. пробл. совр. стоматол.:Матер. науч.-практ. конф.- Бухара, 1997.-С.89-91.
51. Белинский А.Г. Комплексное лечение гнойных заболеваний мяг-

ких тканей у больных сахарным диабетом с коррекцией иммунных нарушений: Дис. ... канд.мед.наук.- М.,1986.-143 с.

52. Белкина Г.Г., Васильева С.Н. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных некоторыми терапевтическими заболеваниями в процессе санаторно-курортного лечения в условиях Кисловодска //Вестн. новых мед. технологий.- 2002. Т.9, № 1.- С. 73-74.

53. Белов С.А. Клинико-математическое обоснование конструкции съемных протезов с балочной фиксацией: Дис. ... канд.мед.наук.- Воронеж, 1996. – 177 с.

54. Белокопытова В.В. Критерии оценки степени микроциркуляторных нарушений при заболеваниях пародонта: Дис. ... канд.мед.наук.-М., 2002. – 126 с.

55. Белоусова М.А. Патогенетическое обоснование коррекции микроциркуляторных нарушений в слизистой оболочке протезного ложа: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.-Чита, 1998. – 19 с.

56. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. – М.,1983.- 228 с.

57. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов.- М.:Медицина, 1992.-322 с.

58. Березина Н.В. Обоснование дифференцированной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с хронической соматической патологией: Дис. ...канд. мед. наук.- Казань, 1996.- 129 с.

59. Бобров А.П. Разработка технологии для оптимизации свойств стоматологических материалов: Дис. ... д-ра мед. наук.- СПб., 2001. – 250 с.

60. Богданович В.Л., Боровков В.И., Голубев А.Д. К характеристике диабетических ангиопатий у больных пожилого возраста //Закавказ. конф. геронтол. и гериатров: Тез. науч. сообщ. – Ереван, 1980. - С.125-126.

61. Большаков Г.В. Проблемы одонтопрепарирования //Совр. аспекты профилактики и лечения стом. забол.: Междунар. науч.-практ. конф. М., 2000. – С.198-199.

62. Борковский А.Б. Англо-русский словарь по программированию и информатике (с толкованиями).- М.: Рус.яз., 1987.- 335с.
63. Боровский Е.В. Биология полости рта. – М., 2001.- 222 с.
64. Бородина Н.Б., Куторгин Г.Д. Проявления в полости рта некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта //Консилиум.-1999.-№ 3.-С.50-52.
65. Бочаров Е.Т., Пухаев В.И., Быстрова А. Проблема гепатитной инфекции в стоматологии //Стоматология.-1997. - № 5. – С. 72-74.
66. Бурый А.В. Роль изменений микрогемодиализаторного русла слизистой оболочки полости рта в возникновении осложнений у больных лейкозами и особенности оказания стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1991. - 21 с.
67. Бусыгина М.В. Состояние пародонта при хронической инфекции и интоксикации организма человека //Совр. пробл. заболеваний пародонта: Тр. VI Всесоюз. съезда стоматол. -М., 1976.-С.160-162.
68. Бухарбаева Д.А., Латипова Н.С., Даминов Б.Т. Почечная гемодинамика при различных морфологических формах гломерулонефритов //Мед. журн. Узбекистана.- Т., 2000.-№ 5-6.-С.25-26.
69. Варес Э.Я., Олейник Т.И., Макеев Г.А. Изменение выносливости пародонта при малых дефектах в боковых участках зубных рядов //Стоматология.-1976.-Т.55,N 5.-С.70-71.
70. Василенко З.С. Функциональные и морфологические изменения в слизистой оболочке полости рта и ее рецепторном аппарате под влиянием съёмных протезов: Автореф.дис. ... д-ра. мед. наук.- Киев,1977.-52 с.
71. Василенко З.С. Диагностика, лечения и профилактика протезных стоматопатий: Метод. рек.-Киев, 1980.-12 с.
72. Васюков Е.А. Актуальные проблемы клинической эндокринологии // Терапевт. арх. - 1977. - № 5 - С.3-5.
73. Велик Л.П. Состояние и функциональная характеристика органов полости рта у детей с хроническим гломерулонефритом: Автореф. дис. ...

канд. мед. наук. – Минск, 2000.- 20 с.

74. Величко Л. С. Теоретическое и патогенетическое обоснование методов ортопедического лечения заболевания пародонта: Дис. ... д-ра мед. наук. – Минск, 1979. - 355 с.

75. Величко Л.С. Профилактика и лечение артикуляционной перегрузки пародонта.-Минск: Беларусь, 1985.-141 с.

76. Виноградова Т.Ф. Изменения и заболевания слизистой оболочки полости рта, являющиеся симптомами общих заболеваний организма //Руковод. по стоматологии детского возраста. - М.,- 1976.-С.302-310.

77. Влияние лазертерапии на энергетический обмен при лечении больных ишемической болезнью сердца/ Аляви А.Л., Ибрагимов А.Ю., Мусаева С.М., Сагатова Х.М. // Мед. журн. Узбекистана.- № -5-6. -2000. – С.23-25.

78. Влияние шинирующих лечебных аппаратов на кровоснабжение в пародонте / Малый А.Ю., Ковалев Ю.С., Ибрагимов Т.И., и др. //Совр. пробл. стоматол. (к 70-лет. В.Н.Копейкина): Сб. тез. науч. тр.- М.,1999.-С.167-169.

79. Возможности использования метода лазерной доплеровской флоуметрии /ЛДФ/ в оценке состояния тканей пародонта /Миргазизов М.З., Хамитова Н.Х., Мамаева Е.В., Ахметзянов А.Н.//Стоматология. -2001.- №1.-С.66-70.

80. Воложин А.И., Максимовский Ю.М., Князев С.Н. Клиника, патогенез и лечение болезней зубов и тканей пародонта у больных классической гемофилией //Зубоврачеб. вести. - 1993. - № 4. - С. 13-18.

81. Воложин А.И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете / Стоматол. нового тысячелетия.- М., 2002.- С.-130-131.

82. Волчкова В.М. Диагностика, особенности течения и лечения верхушечного периодонтита у больных лейкозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1995.-17 с.

83. Воробьев А.И., Дмитриева В.С., Волчкова В.М. Особенности лечения периодонтита у больных лейкозами //Сб. науч. тр. /Центр. пол-ки № 1 МГТС. - М., 1992. - С. 43-45.

84. Воробьев В.А. Выбор конструкции зубных протезов и имплантных систем на основе программного математического моделирования при лечении с различными дефектами зубных рядов: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- Омск, 1997. – 44 с.
85. Воробьев В.С., Прокушева О.А., Грдян Р.Г. Состояние слизистой оболочки полости рта у детей при лейкозах//Эксперим. и клинич. стоматол. - М., 1977. - Т. 7, ч. 2. - С. 41-43.
86. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. - М.: Медицина, 1979.- 286 с.
87. Гажва С.И., Ипполитова Т.Н. Состояние слизистой оболочки языка у больных с патологией желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы // Актуал. вопр. практ. медицины: Сб. науч. работ.- М., 1999. - Вып. 3. - С. 311-314.
88. Гажва С.И. Комплексное исследование слизистой оболочки дорсальной поверхности языка с целью диагностики ряда патологических состояний и индентификации личности: Дис. ... д-ра мед. наук. - Н. Новгород, 2000. – 336 с.
89. Гажва С.И. Комплексное исследование слизистой оболочки языка с целью диагностики заболеваний внутренних органов //Совр. аспекты профилактики и лечения стом. забол.: Междунар. науч.-практ. конф.- М., 2000. – С.18-19.
90. Галикеева А.Ш. Клинико-патогенетическое обоснование комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с учетом нарушения минерального обмена и степени остеопороза костной системы: Дис. ... канд. мед. наук.- Уфа, 2001.- 136 с.
91. Гаража С.Н., Грицай И.Г. Влияние микрорельефа поверхности культи препарированного зуба на качество фиксации несъемных протезов //Совр. пробл. стоматол. (к 70-лет. В.Н.Копейкина): Сб. тез. науч. тр.- М.,1999.- С.72-74.

92. Гелейшвили Н.К., Чхатарашвили Т.И. Изменения слизистой оболочки полости рта при лейкозах //Матер. науч. конф. стоматол. Грузии. - Тбилиси, 1975. - С. 93-98.
93. Геллер Л. И. Патология внутренних органов при сахарном диабете. - М.: Медицина, 1975. - 190с.
94. Гемодинамика пародонта опорных зубов при протезировании несъемными видами протезов / Ковалев Ю.С., Ибрагимов Т.И., Малый А.Ю., и др. // Совр. пробл. стоматол. (к 70-летию В.Н.Копейкина): Сб. тез. науч. тр. - М.,1999.-С 129-131.
95. Гильмияров Э.М. Стоматологический и соматический статус организма в показателях метаболизма ротовой жидкости: Дис. ... д-ра мед. наук.- Самара, 2002.- 298 с.
96. Гиперфилтрация как фактор прогрессирования хронических заболеваний почек /Кутырина И.М., Рогов В.А., Шестакова М.В.и др. //Терапевт. арх. -1992.-№ 6.-С.10-15.
97. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов. (Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): Дис. ... д-ра мед. наук.- М., 2001.- 240 с.
98. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита //Стоматология. -2001. –Т.80. № 1. -С. 26-34.
99. Гордеева Т.А. Повышение эффективности ортопедического лечения съемными протезами полного дефекта зубного ряда с заранее заданной комбинацией степеней эластичности базисной пластмассы: Дисс. ... канд.мед.наук. - Воронеж, 1998. – 105 с.
100. Григорьева Л.П., Никитина Л.А., Давиденко П.И. Состояние пародонта у больных сахарным диабетом // Пленум Всесоюз.науч.- мед. об-ва стоматол., 8-й: Тез. докл. -М., 1966.-С.229-230.
101. Гринькова И.Ю. Особенности амбулаторного стоматологического приема пациентов с артериальной гипертонией // Урал. стоматол. журн.- 2001.-

№2. - С. 22-23.

102. Грицук Л. Анестезия в стоматологии. - М.,1998. – 188 с.
103. Гросс М.Д., Дж.Д.Мэтьюс. Нормализация окклюзии.-М.: Медицина, 1986.-286 с.
104. Грудянов А. И. Пародонтология. Избр. лекц. – М., 1997.- 33 с.
105. Гусейнова Т.Г., Талыбова Т.И. Роль железа в профилактике кариеса у беременных с анемией //Совр. аспекты профилактики и лечения стом. забол.: Междунар. науч.-практ. конф.- М., 2000. – С.25-26.
106. Данилевский Н.Ф., Сидельникова Л.Ф., Несин А.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта.- Киев: Здоровья, 1993.- 132 с.
107. Дедов И.И., Марова Е.И., Рожинская Л.Я. Остеопороз: патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения: Метод.пособие для врачей. – М., 1999. – 59 с.
108. Демидова И.Ю., Глинкина И.В., Перфилова А.Н. // Доказательная медицина. – 2000. - № 5.- С.211-215.
109. Демина Т.А., Банченко Г.В., Вольвач С.И. Клинико-функциональное исследование красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта при различной общесоматической патологии //Новое в стоматологии.- 1998.- № 9.- С. 28-34.
110. Джумадилаев Д.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при препарировании твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути разв. стоматол. в совр. условиях: Матер. 1(4) съезда стоматол. Казахстана.- Алматы, 1998.- С. 272-280.
111. Джумадилаев Д.Н., Рузуддинов С.Р., Досбердиева Г.Т. Основные принципы профилактики осложнений при зубном протезировании у больных с пороками сердца //Stomatologiya.- 2004.- № 3-4 -С. 92-94.
112. Диагностическая значимость реографических исследований в ортопедической стоматологии /Ковалев Ю.С., Ибрагимов Т.И., Левина Е.С. и др. // Совр. пробл.стоматол. Сб.тез.науч.тр.(к 70-лет. В.Н.Копейкина).-М.,1999.- С.134-136.

113. Дмитриева В.С., Бурый А.В., Аванесов А.М. Клиника и особенности лечения поражений слизистой оболочки ротовой полости у больных лейкозами. - М.,1994. - 36 с.
114. Дмитриева Л.А. Строение и функции слизистой оболочки полости рта. - М.: Медицина, 1991. - С.20-41.
115. Довбенко А.И. Компенсаторно-приспособительные процессы жевательного аппарата, обусловленные потерей зубов. - Киев, 1983. -9с.
116. Довбенко А.И. Компенсаторные процессы в деятельности жевательных мышц и их влияние на продолжительность адаптации к зубным протезам //Орг.стоматол.помощи и вопр.ортопед. стоматол.: VIII Всесоюз. съезд стоматол.: - М., 1987.- Т.1.- С.145-146.
117. Додонова Г.К. Использование математических методов в определении информативности симптомов заболеваний //Профил., диагн. и леч. забол. человека: Тез. докл. - Кемерово, 1981. - С. 270-272.
118. Дойников А.И., Синицин В.Д., Тимофеева-Кольцова Т.П. Особенности протезирования у больных сахарным диабетом // Стоматология. – 1989.- №4.- С.- 55-56.
119. Долгосрочная целевая программа разработки автоматизированных компьютерных систем нового поколения для диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний /Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Балашов А.Н. и др. //Стоматология.- 1991.- № 4.-С.9-18.
120. Дунаева С.В. Клинико-лабораторная оценка патологии слизистой оболочки полости рта больных с заболеваниями крови: Дис. ... канд.мед.наук.- Воронеж, 1997. – 124 с.
121. Дусмухамедова Х.К. Язвенно-некротические поражения слизистой полости рта при сердечно-сосудистой недостаточности //Матер. науч.конф.стоматол. г.Ташкента (сент. 1989г.). –Т., 1989.- С.82-83.
122. Еловикова Т.М. Лечение поражений пародонта и зубов у больных сахарным диабетом 1 типа //Стоматология.- 1989.- № 4. -С. 18-20.

123. Епишев В.А. Состояние полости рта при болезни желудка //Пробл. стоматол. –Т., 1969.- Т.1.-С.15-17.
124. Епишев В.А. Клинические, электронно-микроскопические и экспериментально-морфологические исследования полости рта при хроническом гастрите: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- Киев, 1970.- 28 с.
125. Епишев В.А. Состояние полости рта при хронических гастритах: Т.:Медицина, 1972.- 181 с.
126. Еркебай Р.А. Диагностика заболеваний пародонта у больных железодефицитной анемией //Пробл. стоматол. Алматы, 2005.-№ 2.-С.22-24.
127. Еркебаев Р.А. Особенности диагностики заболеваний пародонта у больных железодефицитной анемией //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 2.-С. 57-59.
128. Ефимович О.И. Клинико-лабораторное обоснование терапии дисбактериоза слизистой оболочки рта: Дис. ... канд.мед.наук.- М., 2002.- 159 с.
129. Жамлиханова В.О. Особенности патогенеза и диагностики поражений в полости рта при лейкозах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1993. - 18 с.
130. Жамлиханова В.О. Состояние полости рта у больных лейкозами //Тез. докл. конф. молод. ученых России, посвящ. 50-лет. АМН.- М., 1994.-С. 257.
131. Жартыбаев Р.Н. Современные аспекты проблемы взаимоотношения сахарного диабета и заболеваний полости рта // Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 2.-С. 12-16.
132. Жвйтиашвили Т.О. Профилактика интенсивного поражения кариесом зубов при железодефицитной анемии: Дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 1989. - 127 с.
133. Жижина Н.А. Изменения минерального и белкового обмена в зубах и челюстях при экспериментальном и аллоксановом диабете // Стоматология. - 1966. - № 2. - С. 14-15.

134. Жулев Е. Н. Болевые синдромы в практике стоматолога: Руковод. для врачей и студ.- СПб., 2002. – 338 с.
135. Жулев Е. Н. Несъемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника). -4-е изд. СПб., 2002.-236 с.
136. Жулев Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта.-Н.Новгород, 2003. – 237 с.
137. Заболевания пародонта как проявления остеопороза. Пути решения проблемы / Зазулевская Л. Я., С. В. Климова, Н. С. Мещанова, К. В. Климов. // Проблемы современной стоматол. Казахстана: Матер. междунар. науч.-практ. конф.: Сб. науч. тр.- Алматы, 2004.-Ч.1.-С.182-186.
138. Заболевания пародонта при железодефицитных состояниях /В.Е. Крепшина, Р.А. Подгурская, О.П. Ивашкевич, П.М. Власов //Стоматология. - 1990. - № 3. - С. 35-37.
139. Заболевания пародонта: Атлас. /Н.Ф.Данилевский, Е. А. Магид, Н.А.Мухин, В. Ю.Миликевич.- М.: Медицина. -1993-320 с.
140. Заболевания слизистой оболочки полости рта. /Под общ. ред. Л.М.Лукиных.-Н.Новгород, 2000.-363 с.
141. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. /Под общ. ред. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона.- М.:МЕДпресс, 2001.- 319 с.
142. Заболотный Г.Д., Колесова Н.А. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при сердечно-сосудистой патологии //Стоматология. - 1991- №6-С. 17-20.
143. Заболотный Г.Д. Особенности клинического течения комплексного лечения и профилактики заболеваний пародонта при сердечно-сосудистой патологии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Киев,1992. – 22 с.
144. Закиров Н. З. Состояние органов полости рта при сахарном диабете //Матер.науч.конф.стоматол. г.Ташкента, (сент., 1989г). –Т.,1989.- С.109-112.
145. Збарж Я.М. К вопросу о необходимости объективизации метода определения подвижности зубов //Пародонтология.-1996.-N1.-С.16-19.

146. Зверева Т.В. Клинико-морфологические аспекты иммунокорригирующей терапии воспалительных заболеваний пародонта: Дис. ... канд. мед. наук. -Новосибирск, 2001. – 187 с.
147. Звигинцев М.А. Стоматологическая реабилитация больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. -Омск, 1998. – 43 с.
148. Земская Е.А., Гаджиев С.А. Клинико-иммунологические показатели у больных после комплексного лечения пародонтита //Стоматология. – 1994. -№12 - С.20-22.
149. Злобина О.А., Рединова Т.Л. Состояние местного иммунитета полости рта у больных сахарным диабетом // Тр. V съезда стоматол. ассоц. России (14-17 сент., 1999 г., Москва).- М., 1999. -С. 195-196.
150. Злобина О.А. Диагностика, лечение и профилактика кандидоза слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом: Дис. ... канд. мед. наук.- Казань, 2001. - 126 с.
151. Значение иммунокорригирующей терапии у больных хроническими диффузными заболеваниями печени с анемией /Эшов Н.Р., Бахрамов С.М., Маликов О.М. Юнусова З.Ж. // Мед. журн. Узбекистана.-2000.- № -5-6. – С.28-31.
152. Зуфаров А.А. Клинико-морфологические и электронно-микроскопические исследования органов полости рта при язвенной болезни и после резекции желудка по поводу язвенной болезни: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Т.,1972. – 18 с.
153. Зуфаров С.А. Клиника, физиология, макро-, микро- и ультраструктура слизистой оболочки протезного ложа до и в процессе пользования пластмассовыми протезами. Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1981.-347 с.
154. Зуфаров С.А. Функционально-морфологическое обоснование ортопедического лечения съёмными зубными протезами // VII Всесоюз. съезд стоматол.: Тез. докл. (11-15 мая, 1981 г, г.Ташкент). - М., 1981. - С. 219-220.
155. Зуфаров С.А. Проблемы адаптации к зубным протезам //Тез. докл. II съезда стоматол. Узбекистана (15-16 дек., 1986 г.).-Т.,1986.-С.198-200.

156. Зуфаров С.А.. Основные принципы систематики ортопедических стоматологических методов профилактики и лечения патологии пародонта //Матер. научн.конф.стоматол. г.Ташкента (сент., 1989г).-Т.,1989.- С.167-172.
157. Зуфаров С.А., Ирсалиев Х.И. Барьерно-защитные функции слизистой оболочки полости рта в зубном протезировании //Итоги науч. исслед. по актуал. вопр. мед. науки и здравоохран.: Сб. науч. тр. - Вып 1. - Т., 1994. - С. 142-152.
158. Зуфаров С.А.,Ирсалиев Х.И., Арипова Г.И. Основные принципы ортопедической стоматологической профилактики и лечения патологии: Метод. рек.-Т.,1996.-18 с.
159. Ибрагимов Т.И. Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма и регионарного кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями: Дис. ... д-ра мед. наук.- М., 2001. – 277 с.
160. Иванов В.С., Баранникова И.А., Балашов А.Н. Диагностика состояний пародонта с использованием стандартных показателей (индексов): Учеб. пособ.- М.,1982.-156 с.
161. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - М.: Медицина, 1989. -272 с.
162. Избирательное шлифование зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта /Кожажельдиев М.О., Губарева В.В., Иргебаев М.Т. и др. //Пробл. стоматол.- Алматы, 2004.-№ 1 (23).-С. 49-50.
163. Иммунологические показатели развития воспалительных заболеваний пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом /Калинин В.И., Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Оганян Э.С. // Тр. V съезда Стоматол. ассоц. России (14-17 сент. 1999 г., Москва). -М., 1999. -С. 132-134.
164. Ирошникова Е.С. Метод определения порога болевой чувствительности слизистой оболочки протезного поля //Теор. и практ. стоматол.- Вып. 10.- М.: Медицина, 1967.-С. 192-195.
165. Ирсалиев Х.И. Особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования зубными протезами: Дис. ... д-ра мед. наук.-Т., 1993. -323 с.

166. Ирсалиев Х.И., Хабилов Н.Л., Зуфаров А.С. Значение морфологической оценки состояния протезного ложа до и после протезирования // Итоги науч. исслед. по актуал. вопр. мед.науки и здравоохр: Сб. науч. тр. - Вып 2. - Т., 1994 - С. 14-17.

167. Исендосова Г.Ш., Рузуддинов С.Р. Частота и интенсивность болевых ощущений во время препарирования зубов // Пути разв. стоматол. в совр. условиях. /Матер. 1(4) съезда стоматол. Казахстана.- Алматы, 1998.- С.286-289.

168. Искакова З.К. Эффективность лечения проявлений железодефицитной анемии в полости рта //Пробл. стоматол.-Астана, 2000. -№ 3 (9). – С.122-123.

169. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Базанов Н.Н., Тер Асатуров Г.П., Касин В.Ю. и др. // Стоматология. – 1996.-Т. 75, № 1.-С.15-18.

170. Использование математического моделирования при планировании ортопедического лечения больных с дефектами зубного ряда верхней челюсти с применением имплантатов /Матвеева А.И., Гаврюшин С.С., Борисов А.Г., Амирханян А.Н. // Панорама ортопед. стоматол. – 2002. -№3 – С. 20-25.

171. Использование системы обработки изображений в задачах ортопедической стоматологии / Каливрадзиян Э.С., Фролов В.Н., Резников К.М.; Мутафян М.И. //Мед. микрокомпьютерные системы: Всесоюз. симп. с междунар. участием.- Ростов на Дону, 1991.- С. 54.

172. Использование цифровой компьютерной технологии в клинике ортопедической стоматологии / Рузуддинов С.Р., Андакулов В.А., Пионтковский В.С., Рузуддинов Н.С. // Новые технологии в стоматол.: Матер. междунар. Форума. - Алматы, 2002. –С. 202-206.

173. Йулдашханова О.С., Мухамедова М.С., Махкамова Д.Э. Сравнительная характеристика микрофлоры и неспецифических факторов защиты полости рта у детей с герпетическим стоматитом и кандидозом //Stomatologiya.- 2004.- № 3-4 (25-26).-С. 78-81.

174. К вопросу о прогнозировании сроков адаптации больных к съем-

ным протезам в процессе лечение заболеваний пародонта при гипертонической болезни /Иванов Г.Г., Есенова З.С., Левина Е.С., Николаева Г.С. //Совр. пробл. стоматол.: Сб. тез. науч. тр. (к 70-летию В.Н.Копейкина).- М.,1999.-С.119-121.

175. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. –М.,2003.- 215 с.

176. Каливрадгиян Э.С. Моделирование и алгоритмизация автоматизированных процессов диагностики и восстановления функции зубочелюстной системы: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- Воронеж, 1993.-28 с.

177. Каливрадгиян Э.С., Лесных Н.И., Бачурин Д.В. Диагностика воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта после фиксации съемных пластиночных протезов //Высокие технологии в практике учрежд. здравоохран. г.Воронежа: Науч.-практ. конф.:Тез.докл. - Воронеж, 1995.-С.89.

178. Калинина Н.В., Загорский В. А. Протезирование при полной потере зубов.- М.: Медицина, 1990.- 224 с.

179. Камалов Н.М. Внутренние болезни.-Т.: Медицина, 1988. – 311 с.

180. Камилов Х.П. Клинико-патогенетические аспекты комбинированной лазертерапии больных с пародонтитами: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Т., 2002.- 25 с.

181. Канканян А.П., Саврасов Г.В., Семеничев А.Г. Комплексное лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта у реципиентов почек //Матер. науч.конф.стоматол. г.Ташкента (сент. 1989 г.).- Т.,1989.- С.80-81.

182. Канканян А.П., Леонтьев В.К. Болезни пародонта (новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечения).-Ереван,1998.- 358с.

183. Карапетян А.А. Клинико-лабораторное обоснование применения адгезивных мостовидных протезов с арамидной нитью и оценка нуждаемости в них: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 117 с.

184. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей.- М.: Медицина, 1990.- 272 с.

185. Каспарова В.В. Течение некоторых стоматологических заболева-

ний на фоне сахарного диабета //Орг. профил. и леч. стоматол. забол.- М.,1981.-С.75-77.

186. Кацюра Ю.И. Обоснование конструирования мостовидных протезов с учетом состояния выносливости пародонта опорных зубов : Дис. ... канд. мед. наук.-Минск, 1994. - 136 с.

187. Каюмова Д.Т., Акбаров З.С., Агеев Е.В. Диабетическая ретинопатия у вновь выявленных больных сахарным диабетом 2 типа // Мед. журн. Узбекистана.-2001.- № -2-3. – С. 109-110.

188. Келина Т.И., Березина Н.В., Чернов В.М. Состояние местного иммунитета и степень инфицированности полости рта микоплазмами у детей больных хроническим пиелонефритом //Бюл. стоматол.: Сб.ст.- Казань,1995. - С. 42-43.

189. Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Подходы к лечению генерализованного пародонтита как симптоматического проявления патологии внутренних органов //Учен. зап. С-Петербург. гос. мед. ун-та им. И.П.Павлова.- 2000.- Т.7, № 2.- С. 18-26.

190. Кистаури А. Г. Костная патология у больных сахарным диабетом // Сов. медицина. - 1982. -№ 2. - С.32-36.

191. Кишев М.М. Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта у больных бруцеллезом и ревматизмом: Дис. ... канд. мед. наук.- Махачкала, 2002. – 140 с.

192. Климашин Ю.П. Определение функциональных возможностей пародонта при ортопедическом лечении пародонтоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1977. - 21 с.

193. Клинико-лабораторные показатели проявлений железодефицитной анемии в полости рта / Исакова З.К., Чапалова И.А., Кумарбаева А.Т. и др. // Пути развития стоматол. в совр. условиях: Матер. 1(4) съезда стоматол. Казахстана.- Алматы, 1998.- С. 69-76.

194. Клиническая оценка состояния полости рта при сахарном диабете /Оскольский Г.И., Юркевич А.В., Гончар В.В., Писарец Е.Г. //Здоровье пожи-

лых людей: пробл., пути решения: Матер. Первой Хабар. краев. геронтол. конф. (13-14 апр., г. Хабаровск).- Хабаровск, 2000. -С. 114-115.

195. Козлов В.И., Кречина Е.К., Терман О.А. Состояние гемомикроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите //Новое в стоматологии.- 1993.- №4.- С. 31-36.

196. Козлов В.И., Соколов В.Г. Исследования колебаний кровотока в системе микроциркуляции //Применение ЛДФ в медицинской практике: Второй Всерос. симп.- М., 1998.- С. 8-14.

197. Козлов С.В. Стоматологическая ортопедическая реабилитация больных, ишемической болезнью сердца в пред- и раннем послеоперационных периодах аортокоронарного шунтирования: Дис. ... канд.мед.наук. -М., 2001.- 110с.

198. Копейкин В.Н. Клинико-экспериментальное обоснование ортопедических методов лечения пародонтоза: Дис. ... д-ра мед. наук.-М., 1979.-359 с.

199. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии.-М.: Медицина, 1986.-176 с.

200. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология.-М.:Медицина, 1988.- 496 с.

201. Копейкин В.Н. Зубопротезная техника. -М.:Медицина, 2003.-236с.

202. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. - М., 2004.- 192 с.

203. Корнаухова Л.И. Применение функциональных методов исследования для диагностики и контроля лечения травматической окклюзии, обусловленной потерей жевательных зубов: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- М., 1990. - 26 с.

204. Кочетова Л.И. Количественное определение JgA, JgG слюны при кариесе, гингивите, различном гигиеническом состоянии полости рта //Профил. и леч. стоматол. забол. – Рига, 1984. - С. 81-84.

205. Краюшкин А.А. Особенности одонтоскопии, одонтометрии и одонтографии как необходимых этапов в технике моделирования зубов человека: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. -Волгоград, 2003. - 23 с.
206. Кречина Е.К. Нарушения микроциркуляции в тканях пародонта при его заболеваниях и клинико-функциональное обоснование методов их коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- М.,1996. - 31 с.
207. Криштаб С.И., Довбенко А.И. Компенсаторно-приспособительная перестройка жевательного аппарата и ее роль в процессе адаптации к полным съемным протезам //Стоматология.-1989.-№ 5.-С.70-72.
208. Кудрявцева А.В. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных и обоснование местного лечения: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- М., 2004. - 24 с.
209. Кулаженко В.И. Вакуумный и электровакуумный метод диагностики и лечения стоматологических и некоторых воспалительно-дистрофических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Одесса, 1967.- 24 с.
210. Кулаков А.А., Дмитрова А.Г. Экспериментальное изучение новой конструкции пластиночных имплантатов с использованием методов компьютерного моделирования //Матер. конгр. (III-съезда) стоматол. Казахстана (28-31 мая, 2003 г.). –Алматы, 2003.-С.70-72.
211. Кулегенова Э.А. Изменения в полости рта при железодефицитных состояниях и их профилактика //Сб.науч.тр. Свердлов. ГМИ.-Свердловск, 1985.- С. 34-37.
212. Кульманбетов И.А., Шаймарданов С.М., Кульманбетов Р.И. Фронтальная стабилизация зубов при пародонтитах, по данным функциональных исследований //Матер. конгр. (III-съезда) стоматол. Казахстана (28-31 мая 2003 г.).-Алматы, 2003.-С.323-327.
213. Кунин А.А. Влияние кариеса и его осложнений на слизистую оболочку полости рта //Воспалит. и дистрофич. процессы чел.-лиц. обл.: Тез. докл. обл. конф. - Воронеж, 1977. - С. 54-57.

214. Кунин А.А. Диагностика, клиника, лечение и диспансеризация больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, сопровождающихся ороговением эпителия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1991. -43 с.
215. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология.– М.,1977.-387с.
216. Курякина З. Заболевание пародонта. - М., 2003 –312 с.
217. Лазерная доплеровская флоуметрия в стоматологии /Кречина Е.К., Козлов В.И., Сидоров В.В., Терман О.А.: Метод. рек.- М., 1997.- 12 с.
218. Лемецкая Т.И. Влияние сопутствующей соматической патологии на тяжесть деструктивных изменений в пародонте //Пробл. нейростоматол. и стоматол.- 1997.- № 2.- С. 26-28.
219. Лемецкая Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998.- 262 с.
220. Леонова Л.Е. Особенности патогенеза и лечения хронического генерализованного пародонтита у больных с гипертонической болезнью: Дис. ... д-ра мед.наук. -Пермь, 1997. – 337 с.
221. Леонова Л.Е. Особенности течения пародонтита у больных первичной артериальной гипертензией.- Пермь, 1997.- 8 с. - Рукопись представлена Перм. гос. мед. акад. – Деп.в ВИНТИ от 30.04.97 г.
222. Леус П.А. Значение некоторых индексов в эпидемиологическом исследовании болезней пародонта //Стоматология.-1990. -№1.-С.80-83.
223. Лещева Е.А. Диагностика функционального состояния зубочелюстной системы в норме и патологии по данным компьютерной обработки изображений: Дис. ... канд.мед.наук.- Воронеж, 1997. – 118 с.
224. Лещева Е.А. Восстановление соотношений элементов зубочелюстной системы при потере зубов с использованием автоматизированных компьютерных систем: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. -М., 2001. - 37 с.

225. Лобанов С. А. Как сохранить зубы здоровыми. Профилактика основных стоматологических заболеваний.- М., 2004. - 124 с.
226. Лобач А. Ceres Inlab – теперь и для зуботехнических лабораторий // Панорама ортопед. стоматол.-2002. - №3 – С. 40-42.
227. Логинова Н.К., Михайлова Р.И. Сосудистые реакции в пародонте при функциональных нагрузках //Стоматология.-1977.-Т. 56, N 6.-С.13-16.
228. Логинова Н.К. Оценка состояния тонуса сосудов пародонта реографией // Эксперим. и клинич. стоматол.: Тр. ЦНИИС.-М.,1979.-Т.9, Ч.2.- С.23-25.
229. Логинова Н.К. Выбор параметров электродных систем для реопародонтографии // Стоматология.-1982.-Т. 61,N 4.-С.17-19.
230. Логинова Н.К. Оценка динамики кровоснабжения тканей челюстно-лицевой области (экспериментально-клиническое обоснование реографических исследований): Автореф.дис. ... д-ра мед.наук.-Л.,1984.- 38 с.
231. Маджидова Е.Н., Султанова Г.У. Диабетическая энцефалопатия: клиника, диагностика и лечение //Medical express.- 2004.- № 4.-С.24-25.
232. Майкл Т .Мак Дермотт Секреты эндокринологии /Под ред. проф. Ю.А.Князева.- М., 2001.- 269 с.
233. Максудов М.М., Гусейнов Р.Р., Муртазалиев М.Г. Протезирование зубов металлическими коронками у больных сахарным диабетом //Стоматология.- 1981.- № 1. – С. 57-58.
234. Максудова Р.Х. Состояние полости рта взрослых и детей при blastomatозных болезнях крови и анемиях //Диагн. и орг. леч.-профил. помощи больным злокачест. новообразов. чел.-лиц. обл. - М., 1974.- С. 32-33.
235. Маликов К.С. Влияние съемных зубных протезов на температурную чувствительность слизистой оболочки неба //Тр. ММСИ.-Т.1.-М.,1958.- С.115-118.
236. Мамедова Ф.М. Принципы комплексного лечения болезней пародонта и слизистой полости рта //Клинич. стоматол.: Сб. науч.тр. Т.,1988. - С.51-55.

237. Марченко А.И., Руденко М.М. Кандидозы слизистой оболочки полости рта: -Киев: Здоровье, 1978. - 72 с.
238. Масколенко О.А. Состояние органов полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью при лечении их гемодиализом и трансплантации почки: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Омск, 1995. – 23 с.
239. Матвеева А.М., Канатов В.А., Гаврюшин С.С. Применение математического моделирования при совершенствовании ортопедического лечения концевых дефектов зубных рядов //Стоматология.-1990.-N 1.-С.48-52.
240. Матвеева А.М. Исследование напряженных состояний биомеханических систем методом математического моделирования //Dentist Казакстан.- Алматы, 2005.- № 1.-С. 173-176.
241. Математическое моделирование возможностей использования эндодонто-эндооссальных имплантатов при протезировании металлокерамическими мостовидными протезами /Арутюнов С.Д., Мовсесян Г.В., Мохов А.В., Чумаченко Е.Н. //Панорама ортопед. стоматол.– 2002 - №3 – С.34-35.
242. Милохова Е.П., Кулаженко Т.В., Семенова Л.Л. Возможности и перспективы применения автоматизированной компьютерной системы «Эндодонтия» для дифференциальной диагностики и лечения кариеса зубов, пульпита и периодонтита //Стоматол. нового тысячелетия.- М., 2002. -С.34-35.
243. Мельниченко Э.М., Попруженко Т.В. Патология слизистой оболочки полости рта при лейкозах: Обзор лит. //МРЖ., разд.12, Стоматология.- 1990. -№2.-С. 10-13.
244. Мельниченко Э.М., Велик Л.П. Роль врача-стоматолога в комплексной реабилитации детей с хроническим гломерулонефритом // Новое в стоматологии.-2001.-№ 9. - С. 72-75.
245. Мельниченко Э.М., Велик А.П. Состояние органов полости рта у детей с хроническим гломерулонефритом //Стоматология. -2002.-Т.81, №2.- С. 52-54.
246. Мергенбаева Х.С., Еркебай Р.А. Эффективность программы профилактики воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний па-

родонта у лиц с железодефицитной анемией //Пробл. совр. стоматол. Казахстана: Матер. междунар. науч.-практ. конф. - Алматы, 2004.-Ч.1.-С.206-210.

247. Мингазов Г.Г., Файзуллина Д.Б., Аминова Э.Т. Состояние системы гемостаза при пародонтите у больных инсулинзависимым сахарным диабетом как критерий тяжести течения заболевания и эффективности лечения //Стоматология. - 2001.- Т.80, № 1. -С. 77-79.

248. Миргазизов М.З. Биометрия и ее значение для стоматологии //Колич. методы в диагностике и планир.лечения стоматол. забол.- Кемерово, 1982.-С.3-31.

249. Миргазизов М.З., Ткачев А.Д., Петрушев А.Р. Применение математических методов и ЭВМ в стоматологии.- Кемерово, 1984. - 134 с.

250. Миргазизов М.З., Шарипов И.С., Ишмяков А.П. Математическое моделирование различных способов постановки зубов в полных, фиксированных на внутрикостных имплантатах //Совр. пробл. стоматол.: Сб. тез. науч. тр. (к 70-лет. В.Н.Копейкина).- М.,1999.-С.170-172.

251. Миргазизов М.З., Физюкова Г.Г. Влияние различных конструкционных материалов на ткани протезного ложа при протезировании зубов бюгельными пртезами //Панорама ортопед.стоматол.-М., 2002.-№3.- С.26-27.

252. Митронин А.В. Клинико-иммунологическая характеристика больных с хроническими одонтогенными очагами инфекции на фоне соматической патологии //Совр. аспекты профил. и леч. стоматол. забол.: Междунар. науч.-практ. конф.- М., 2000. – С.118-120.

253. Моисеенко О.О. Интенсивность кариеса зубов и патология пародонта у детей с инсулинзависимым сахарным диабетом //Совр. аспекты профил. и леч. стоматол. забол.: Междунар.науч.-практ. конф.-М.,2000.-С.121-123.

254. Морфометрическая характеристика эпителия десны больных сахарным диабетом при пользовании протезами /Юркевич А.В., Писарец Е.Г., Козорев Е.М., Мацюпа Д.В. //Здоровье пожилых людей: пробл. пути решения: Матер. Первой Хабар.краев. геронтол. конф. (13-14 апр. 2000 г.).-Хабаровск, 2000. - С. 207-209.

255. Мошкович Л.Д., Сосновский А.Г. Влияние съемных пластиночных протезов на капиллярное кровообращение десны и факторы гемокоагуляции в слюне //Стоматология.-1987.-№:1.-С.64-66.
256. Мошнев М.О. Влияние различных конструкций и материалов зубных протезов на защитные факторы полости рта: Дис. ... канд.мед.наук.- М., 1997. – 142 с.
257. Мугафян М.И., Каливрадзиян Э.С. Применение автоматизированной системы обработки изображений в целях восстановления утраченного соотношения элементов и функций зубочелюстной системы //Оптимал. проектир. технич. устройств и автоматизир. систем: Тез. докл. Рос. совещ. - семинара.-Воронеж, 1992.- С.82-83.
258. Мукай Ж.Б. Состояние пародонта у больных с ишемической болезнью сердца //Пробл.стоматол. -Астана, 2000.-№3 (9). – С.97-98.
259. Муминов Е.А., Темирбаев М.А. Формирование окклюзионной плоскости и проектирование постановки искусственных зубов при протезировании беззубых челюстей //Пробл.стоматол. -Астана, 2000.-№3 (9) – С.172-173.
260. Муниев Б.Х., Холиёров Х.М. Распространенность поражений пародонта среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями //Садаф (Душанбе).- 2002.- № 7-12. –С.28-29.
261. Муравянникова Ж. Г. Основы стоматологической физиотерапии: Учеб. пособ. – М., 2002. - 320 с.
262. Муравянникова Ж. Г. Профилактика стоматологических заболеваний. Учеб. пособ. – М., 2004.- 380 с.
263. Мусаев И.Ю., Темуров Ф.Т., Мусаев У.Ю. Характеристика фосфолипидного состава эпителия слизистых десен и полости рта у больных железодефицитно анемией //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 1.-С.56-59.
264. Мугафян М.И., Кренинина В.В. Применение ЭВМ для аппроксимации детерминированных аналитических моделей методом наименьших квадратов //Метод. руковод. для провед. лаб. работ.- Воронеж, 1992.- 13 с.
265. Мугафян М.И. Моделирование и алгоритмизация автоматизиро-

ванных процессов визуализации в функциональной диагностике зубочелюстной системы: Автореф. дис. ... канд. техн. наук. - Воронеж, 1993.- 16 с.

266. Нажмутдинова Д.К. Функция внешнего дыхания у больных сахарным диабетом //Мед. журн. Узбекистана. -2000.-№ 5-6. – С.27-29.

267. Назыров Ф.Г., Атаханов Ш.Э. Компьютеризация здравоохранения как компонент либерализации и дальнейшего развития отрасли //Мед.журн. Узбекистана. -2000. -№ 1-2. – С.9-11.

268. Напреева А.В. Влияние материалов зубных протезов на органы, ткани и среды организма (эксперим.клинич.исслед.): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - Омск, 1996. –16 с.

269. Нарбут Б.С., Юдина З.К. Изменения в полости рта при железодефицитных состояниях //Актуал. вопр. науки и практики Орловск. здравоохран.: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. – Орел, 1988.-С. 201-202.

270. Наумович С.С., Наумович С.А. Применение методов компьютерного математического моделирования при выборе конструкции несъемного мостовидного протеза //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 1.-С. 188-190.

271. Неживенко Л.Н., Лемецкая Т.И., Герасина О.В. К вопросу о клинике, патологии и лечении диабетических пародонтопатий //Вопр. леч. и профил. кариеса и пародонтоза. –Одесса, 1968.- С. 112-114.

272. Неспрядько В.П. Комплексное обеспечение функциональной диагностики в ортопедической стоматологии //Комплек. леч. и профил. стоматол. забол.: Матер. 7 съезда стоматол. УССР.- Киев, 1989.- С. 240 - 241.

273. Никитина Т.В. Пародонтоз.-М.: Медицина, 1982.-256 с.

274. Николаенко С.А. Стресс-протекторная премедикация больных с сердечно-сосудистой патологией на стоматологическом приеме: Дис. ... канд. мед. наук.- Красноярск, 2000. -138 с.

275. Норкус А., Остраускас А. Выявление сахарного диабета и наличия осложнений кровеносных сосудов по методике регистра сахарного диабета // Эпидемиол. диагн., клиника, леч. и реабилит. серд.-сосуд. забол.: Тез. докл. – Каунас, 1984. - С. 403.

276. Нурмагомедов А.Ю. Обоснование выбора конструкционного материала для изготовления несъемных конструкций зубных протезов у больных сахарным диабетом (Клинико-эксперим. исслед): Дис. ... канд.мед.наук.- М., 2002.- 145 с.
277. Ньюман У., Ньюман М.Н. Минеральный обмен кости. –М., 1961. – 188 с.
278. Овруцкий Г.Д., Смирнов В.М., Жвитиашвили Т.О. Кариес зубов и анемия //Влияние солнечной активности, климата, погоды на здоровье человека и вопросы метеопрогнозир.: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. - Казань, 1988. - С. 86-87.
279. Овруцкий Г.Д., Жвитиашвили Т.О. Кариес зубов и местный иммунитет полости рта у детей при железодефицитной анемии (Профил. леч. кариеса и его осложнений) //Актуал. вопр. стоматол. дет. возраста. - Казань, 1990. - С. 40-43.
280. Оганян Э.С. Состояние пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом: (Клинико-лаб. исслед.): Автор. дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2001. –18 с.
281. Олейник О.И. Разработка и исследование методов и алгоритмов автоматизированной диагностики и лазерной терапии неосложненного кариеса: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Воронеж,1998. – 16 с.
282. Олешко В.П. Методы индивидуального подбора и изучения влияния на организм пациентов конструкционных стоматологических материалов: Дис. ...канд. мед. наук.- Екатеринбург, 2000.- 166 с.
283. Определение выносливости пародонта зубов и плотности костной ткани при частичной вторичной адентии /Ибрагимов Х.И., Гафуров Г.А., Абдуллаев Г.А., Курбанов Ф.Е. //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 2.-С. 163-167.
284. Определение степени микроциркуляторных нарушений в пародонте. /Кречина Е.К., Козлов В.И., Сидоров В.В., Терман О.А.: Пособ. для врачей. -М., 2003. –9 с.

285. Ортопедическая стоматология /Под общ. ред. Е.Н.Жулева, А.С.Щербакова.- Н.Новгород, 2004.-586 с.
286. Османов И.К., Никитина Н.И. Влияние ортопедического лечения на состояние тканей протезного ложа больных сахарным диабетом //Аномал. и деформац. зубочел. системы. -М., 1992. – С. 49-50.
287. Особенности клинического проявления заболеваний слизистой оболочки полости рта у больных, страдающих сахарным диабетом /Видерская А.В., Зелинская Н.А., Мельничук Т.А. и др. // Вестн. стоматол.- 1995.-№2.- С.100-103.
288. Пайпалене П. Подвижность зубов - показатель состояния пародонта //Достижения мед. науки в респ. и внедрение результ. в здравоохран.:Тез. респ. науч. конф.-Каунас, 1984. - С.145-146.
289. Парунов В.А., Годзь А.В., Турушева Е.И. Использование съемных протезов с титановым базисом как метод снижения колонизации протезов микроорганизмами //Совр. аспекты профил. и леч. стоматол. забол.: Междунар. науч.-практ. конф.- М., 2000. - С.208-210.
290. Патологическая физиология / Адо А.Д., Адо М.А., Пыщской В.И., и др.: М., 2002.-415 с.
291. Пахомов Г.Н., Кулаженко Т.В. Использование пародонтального индекса ВОЗ при изучении заболеваемости пародонта у лиц в возрасте 15-25 лет //Стоматология.-1985.-Т.64, №6.- С.34-38.
292. Перелыгина А.А., Бухман А.И., Герасимов А.А. Особенности течения остеоартропатии у больного сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии. - 1986. - Т.32. - № 4. - С. 53-54.
293. Петрова И.А. Особенности состояния зубочелюстной системы при последствиях мозгового инсульта: Дис. ... канд.мед.наук.- М., 2000.- 103 с.
294. Петрова И.Г. Влияние сахарозы, сербитола и фтористого натрия на показатели углеводного обмена смешанной слюны при кариесе и сахарном диабете: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -М.,1983.- 22 с.
295. Пиекалнитс И.Я., Саввиди Г.Л. Зависимость клинического тече-

ния генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени от иммунологического статуса и сопутствующих заболеваний внутренних органов //Становл. и перспект. разв. фак. последиплом. образов. на рубеже столетий: Итоги 10-лет. орг.-метод. и науч. иссл. работы.- Тверь, 1999. - С. 35-39.

296. Питер Дж. Уоткинс Сахарный диабет /Под ред. Л.Я.Рожинской.- М., 2000. – 189 с.

297. Подготовка к повторному протезированию больных сахарным диабетом при полном отсутствии зубов /Тимофеева-Кольцова Т.П., Пан Е.Г., Шарагин Н.В., Сепиашвили Л.Л. //Совр. пробл. стоматол.: Сб. тез. науч. тр. (к 70-лет. В.Н.Копейкина).- М., 1999.-С.230-231.

298. Пожарицкая М.М. Изучение особенностей углеводного обмена при пародонтозе и сахарном диабете: Дис. ... канд. мед. наук. -М., 1971.- 147 с.

299. Поздеев А.И. Восстановление целостности зубных рядов с использованием пористых имплантатов из никелида титана у больных сахарным диабетом (клинико-эксперим. исслед): Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Новосибирск, 1999 – 22 с.

300. Полуночева И.В. Подбор премедикации у стоматологических пациентов с сердечно-сосудистой патологией: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - М., 2004. - 22 с.

301. Попов С.А., Саркисян А.П., Чабрава Л.А. Особенности санации полости рта у больных с гематологическими заболеваниями //Стоматология. - 1999.-Т.78, № 4.- С. 14-16.

302. Применение методов обработки изображений для анализа графической информации в стоматологии /Миргазизов М.З., Пяткин В.П., Казанцев И.Г. и др. //Колич. методы в диагн. и планир. леч. стоматол. забол. - Кемерово, 1982.- С.43-68.

303. Приходько С.С. Диабетические ангиопатии пародонта и их роль в развитии пародонтоза (Клинико-функц. ультраструктур. исслед.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев,1979.-16 с.

304. Прохончуков А.А., Логинова Н.К., Михайлова Р.И. Применение реографии для исследования функционального состояния зубочелюстной системы и диагностики стоматологических заболеваний.-М.,1974.-28 с.
305. Прохончуков А.А., Логинова Н.К., Жижина И.А. Функциональная диагностика в стоматологической практике. - М.: Медицина, 1980.-272с.
306. Прохончуков А.А., Жижина Н.А. Концепция информатизации стоматологической службы России.- М., 1997.- 122 с.
307. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочелюстной системы. - М.:Медицина,1975.-226 с.
308. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. М.: Медицина, 1982.- 192 с.
309. Райскина М.Е., Аялеме Д.-М.А. Статистическая обработка медицинских данных.- Вильнюс, 1989.- 103 с.
310. Рассадин А.М. Разработка методов анализа клинικο-диагностической информации о больных с посттравматическими деформациями средней зоны лица с применением средств вычислительной техники //Профил. диагн. и леч. стоматол. забол.: Тр.ЦНИИС. - М., 1989.- С.94-95.
311. Рахматуллаев Ф.Т. Особенности изменения тканей протезного ложа у больных туберкулезом легких: Дис. ... канд. мед.наук.- Т., 1993 -132 с.
312. Реброва Л.Н. Микробиология полости рта: Учеб. пособ.- М.,1962.- 134с.
313. Рединова Т.Л., Злобина О.А., Мерзлякова О.Г. Состояние полости рта у больных сахарным диабетом //Совр. вопр. стоматол.: Матер. двенадцатой межрегион. науч.-практ. конф. стоматол., посвящ. 55-лет. Победы в Вел. Отеч. войне и 20-лет. стоматол. фак.- Ижевск, 2000. - С. 148-152.
314. Рединова Т.Л., Злобина О.А. Частота кандидоза слизистой оболочки полости рта и эффективность его лечения у больных сахарным диабетом // Стоматология.-2001. – Т.80, № 3. - С. 20-22.
315. Родионова С.С., Фурцева Л.Н., Швеи В.Н. Остеопения у больных диабетом //Диагн. и леч. повреждений и забол. опорно-двигат. аппарата: Сб.

ст.- М., 1987.-С. 86-87.

316. Рошковский В.М. Социально-медицинское и экономическое обоснование стоматологической диспансеризации в современных условиях: Дис. ...д-ра мед. наук.- М., 2000. – 333 с.

317. Рубежов А.Л. Состояние тканей пародонта в зависимости от качества зубных протезов и гигиены полости рта: Автореф. дис. ... канд.мед. наук. – СПб., 1998. –16 с.

318. Рубинов И.С. Физиологические основы стоматологии.- Л.: Медицина, 1970. – 267 с.

319. Рузуддинов С.Р., Кузекон Ж.С. Основные принципы ортопедического лечения заболеваний пародонта.- Алматы, 2004.- 117 с.

320. Руководство по гематологии: В 2 т./Под ред. А.И. Воробьева. - М.:Медицина, 1985.-Т. 1. - 447 с.; Т. 2. - 367 с.

321. Рыбаков А.И. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике.-М.: Медицина,1976.-184 с.

322. Рыбаков Г.С., Панин М.Г., Щемелов В.Н. Тактика обследования и лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта //Острые забол. и поврежд. органов брюш. полости: Сб.науч.тр. - М.,1996.-Т.5. –С.63-64.

323. Рябухина Н.А. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Атлас рентгенограмм. - М., 2002.- 324 с.

324. Ряховский А.Н. Определение функциональных резервов и компенсаторных возможностей жевательного аппарата //Новые методы диагн. и результ. их внедрения в стоматол. практику: Тр. ЦНИИС.- М.,1991.-С.192.

325. Ряховский А.Н., Хлопова А.М. Биомеханика шинирования зубов //Панорама ортопед. стоматол. –2004. - №1. – С.18-28.

326. Саакян М.Ю. Клинико-рентгенологическое и биохимическое обоснование ортопедического лечения системных заболеваний пародонта, осложненных частичной потерей зубов: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Н.Новгород, 1996. – 26 с.

327. Сайдакбарова Х.И. Некоторые функциональные изменения слизистой оболочки полости рта при хроническом поражении органов пищеварения //Основ. стоматол. забол. –Т.,1974.- Вып.1 –С. 36.

328. Сапаева Н.Г. Фитопрепараты при лечении заболеваний пародонта //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 1.-С.79-80.

329. Сафаров М.Т. Разработка и оценка эффективности консольных протезов с разгружающими элементами: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. Т. - 1997. – 13 с.

330. Сафаров Т.Х. Патогенетические аспекты и особенности терапии заболеваний пародонта у больных с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (клинико-эксп.исслед.): Дис. ... д-ра мед.наук.-М.,1986.- 581с.

331. Сафаров Т. Х.. Динамика содержания иммуноглобулинов в крови у больных с заболеваниями пародонта без фоновой патологии //Матер. науч.конф.стоматол. г.Ташкента (сент., 1989 г.). –Т.,1989.- С.60-62.

332. Седунов А.А. Основные принципы комплексной оценки функционального состояния зубочелюстной системы: Метод. указ.-Алма-Ата, 1985. - 28 с.

333. Соснин Г.П. Исследования распределения вертикальной нагрузки между опорными тканями при изготовлении бюгельных протезов со свободно-конечными седлами //2 Всерос. съезд стоматол.: Тез. докл.-М.,1970.-С.87-91.

334. Скоромец А.А., Улицкий Л.А., Чухловина М.М. Поражения периферической нервной системы и мышц при сахарном диабете //Сов. медицина. - 1986. - №4. -С. 106-108.

335. Симановская О.Е. Мониторинг сердечного ритма больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при оказании им лечебной и профилактической стоматологической помощи: Дис. ... канд. мед. наук.- Самара, 2002.- 121 с.

336. Синицин В.Д. Реакция пародонта шинируемых зубов на давление в зависимости от точки приложения силы к шинируемой конструкции // Сто-

матология. - 1967. - № 3. - С. 106-107.

337. Смагулов К.М. Клинико-лабораторное обоснование ортопедического стоматологического лечения больных с хронической почечной недостаточностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Алма-Ата, 1992. -17 с.

338. Соболева О.И. Профилактика некоторых стоматологических заболеваний и геморрагических осложнений у больных коагулопатиями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Л., 1990. - 23 с.

339. Состояние органов и тканей полости рта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом / Трухан Л.Ю., Поташова Т.М., Вагнер В.Д., Зайков С.Б. //Матер. науч.-практ. конф. врачей и науч. работн.- Омск, 1995. -С. 85-86.

340. Состояние легочной гемодинамики у больных сахарным диабетом /Нажмутдинова Д.К., Касымов Т.О., Исламбекова Ф.З., Тошматова И.Д.// Мед.журн. Узбекистана. - 2001.- № 1. – С. 65-67.

341. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом под базисом съемного протеза при двусторонних концевых дефектах зубного ряда /Возный А.В., Брагин А.В., Семенюк В.М., Абрамчик В.В.// Маэстро стоматологии. - М.,2002.-№ 4 (9).- С.39-40.

342. Старченко Т.П. Влияние зубных протезов с нитрид титановым покрытием на морфофункциональное состояние полости рта и верхнего отрезка желудочного тракта: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Краснодар, 1996.-14с.

343. Стоматологическая помощь больным с гематологическими заболеваниями /Агаджанян А.А., Алимский А.В., Серова Л.Д. и др. //Стоматология.- 1998. –Т.77, № 4.-С. 42-48.

344. Стоматологический статус больных сахарным диабетом /Звигенцев М.А., Старосветский С.И., Фурцев Т.В. Поздеев А.И. //Актуал. вопр. эндокринолог.: Тез. докл. 2 Всерос. науч.-практ. конф. (2-4 фев., 1999 г.).- Пермь, 1999.- С. 20.

345. Стрижаков В.А. Клинико-математическое обоснование применения эластичного пружинящего кламмера в съемных конструкциях зубных протезов: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Екатеринбург, 2003. – 25 с.

346. Суворина Е.В., Дударь О.И., Карамян Г.Л. Компьютерное моделирование системы металлокерамическая коронка – зуб в условиях функционального нагружения //Совр. пробл. стоматол.: Сб. тез. науч.тр. (к 70-лет. В.Н.Копейкина).- М.,1999.-С.221-222.
347. Сулейменова Д. М. Частота фоновой патологии у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом //Матер. конгр. (III-съезда) стоматол. Казахстана (28-31 мая, 2003 г.). –Алматы, 2003.-С.429-430.
348. Супиев Т.К. Иммунный ответ и пути его регуляции при стоматологических заболеваниях //Пробл. стоматол.- Алматы, 2004.-№ 2 (24).-С. 59-63.
349. Танрыкулиев П. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями.- Ашхабад, 1988. – 256 с.
350. Тареева И.Е. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита //Терапевт.арх.- 1996.- №6.-С. 5-10.
351. Темуров Ф.Т., Мусаев У.Ю., Мусаев И.Ю. Оценка стоматологического статуса у больных с железодефицитной анемией //Dentist Казакстан (Алматы).-2005.- № 2.- С. 22-23.
352. Тимофеева-Кольцова Т.П., Ирошникова Е.С., Сепиашвили Л.Л. Использование балочного шинирования при восстановлении обширных дефектов зубных рядов у инсулинозависимых больных сахарным диабетом //Совр. пробл. стоматол.: Сб. тез. науч.тр. (к 70-лет. В.Н.Копейкина).- М.,1999.-С.228-230.
353. Темирбаев М.А. Методика теста восстановления нитроенного тетролия в нейтрофилах слюны //Лаб. дело. -1989.- № 7.- С.23-27.
354. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. Взаимодействие съемного протеза с организмом больного //Тр. VI съезда СТАР.(11-14 сент., 2000 г.). -М.,2000.– С. 409-411.
355. Трошин В. Д., Жулев Е. Н. Болевые синдромы в практике стоматолога: Руковод. для студ. и врачей. –М.,2003. -424 стр.
356. Туракулов Я.Х. Эпидемиология и профилактика сахарного диабета и его осложнений в Узбекистане //Мед.журн.Узбекистана.- 1996.-№ 5.-С.3-5.

357. Турушев Е.И., Ибрагимов Т.И., Ларионов В.М. Применение съемных протезов с титановыми базисами у больных сахарным диабетом //Тр. VI съезда СТАР (11-14 сент., 2000 г.).- М., 2000. - С. 411-412.
358. Уваров В.М., Русак М.К., Калинин В.И. Органы полости рта при болезнях крови. - Л.: Медицина, 1975. -175 с.
359. Удовицкая Е.В., Грохольская Л.А. Состояние языка – как возможный симптом общесоматических заболеваний детей в трактовке древневосточной медицины //Вестн. стоматол. –1995. - № 3.- С. 221-223.
360. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта при наличии ортопедических конструкций //Панорама ортопед. стоматол.- 2003.- №4–С.42-46.
361. Ульрих Гаа, Вольвганг Вайсер. Клинический пример комплексного лечения при заболевании пародонта с последующим изготовлением цельнокерамических и металлокерамических зубных протезов //Панорама ортопед. стоматол. – М., 2004. - №1. – С. 38-43.
362. Уразова Р.М., Досбердиева Г.Т. Содержание фосфора, кальция в крови и в смешанной слюне у беременных женщин, страдающих анемией // Пробл. стоматол.-Астана, 2000. – № 3 (9).-С.121-122.
363. Урошникова Н.А., Шерминская Е.А. Денситометрия - как современный метод диагностики остеопороза у больных сахарным диабетом на стоматологическом приеме //Совр. вопр. стоматол.: Матер. двенадцатой межрегион. науч.-практ. конф. стоматол. – Ижевск, 2000.- С. 317-320.
364. Федоров Ю.А. Диагностика заболеваний пародонта с использованием объективных методов исследования: Метод. рек.- Л. ,1989.-43 с.
365. Фурцев Т.В., Семенюк В.М., Звигенцев М.А. Минеральная насыщенность тканей нижней челюсти у больных сахарным диабетом после протезирования конструкциями из сверхэластичного сплава на основе никелида титана //Актуал. вопр. эндокринол.: Тез. докл. 2 Всерос. науч.-практ. конф. (2-4 фев., 1999 г.). -Пермь, 1999.- С. 46.
366. Фурцев Т.В. Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов с использованием сверхэластичных конструкций из никелида титана у больных

сахарным диабетом: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.- Новосибирск, 1999. –26с.

367. Фурцев Т.В., Звягинцев М.А., Конев В.П. Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта при применении бюгельных протезов из сверхэластичного никелида титана и кобальто-хромового сплава у больных сахарным диабетом //Ин-т стоматол.- 2002.-№ 2. -С. 42-43.

368. Фурцев Т.В., Звягинцев М.А., Валендик Т.Э. Состояние микроциркуляции протезного ложа у больных сахарным диабетом при протезировании бюгельными протезами из сверхэластичного сплава никелида титана и из кобальто-хромового сплава //Ин-т стоматол.- 2002. -№ 3. -С. 60-61.

369. Хаджаев М.М. Стоматологический статус и частота выявления больных с гипертонической болезнью //Актуал. пробл. совр. стоматол.- Бухара, 1997.-С.51-54.

370. Хазанова В.В., Земская Е.А., Терехова Н.В. Изменение местного иммунитета при хронических поражениях слизистой оболочки полости рта и пародонта и возможные пути ее регуляции //Актуал. вопр. иммунодиагностики и иммунорегуляции. – Таллин, 1985 - С. 136-137.

371. Хайдарова Н.Б. Уровень стоматологического здоровья и соматическая патология у больных генерализованным пародонтитом //Пробл. стоматол.- Алматы, 2004.-№ 4 (26).-С. 12-13.

372. Халилова З.А. Определение степени подвижности зубов в норме и при некоторых заболеваниях пародонта электромеханическим способом: Дис. ... канд. мед. наук.- Т., 1999.- 126 с.

373. Халкечева Л.Н. Клинико-функциональное обоснование применения адгезионных мостовидных протезов с арамидной нитью: Дис. ...канд. мед. наук. – М., 2002. – 117 с.

374. Хлопкина М.М., Власюк Г.А. Особенности обмена у больных сахарным диабетом //Сахар. диабет: Новое в патоген., диагн., леч. –Горький, 1987. - С.37-42.

375. Хоменко В. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. – М., 2001.- 186 с.

376. Хронический катаральный гингивит, артериальная гипертензия и дисплазия соединительной ткани (Патоморфология, лечение) /В.А. Шкурупий, К.О. Самойлов, Г.Н. Верещагина.- Новосибирск, 2001.- С. 213 с.
377. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология: Учеб. пособ. – М., 2004 - 415 с.
378. Цветкова М.С. Влияние сахарного диабета на развитие пародонтита и определение концентрации инсулина в слюне //Совр. аспекты профил. и леч. стоматол. забол. Междунар. науч.-практ. конф.- М., 2000. – С.150-151.
379. Церетели С.З., Нурузова З.А., Закиров М.М. Соглом кишиларда ичак микробиоценозининг мавсумий узгаришлари //Узб. тиб. журн.- 2000.- № 5-6. – С.69-71.
380. Черных А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция.- М.: Медицина, 1984.- 429 с.
381. Чильдебаева А.Н. Использование местных анестетиков у пациентов с факторами риска //Пробл. стоматол.- Алматы, 2005.-№ 1 (27).-С.69-70.
382. Чучмай Г.С., Приходько С.С., Плашанов Е.В. Состояние микроциркуляторного русла пародонта у больных сахарным диабетом //Стоматология. - 1980. - Т. 59, № 2. - С. 10-11.
383. Шагазатова Б.Х., Иванова И.Г. Структура и причины смерти больных сахарным диабетом, проживающих в Ташкенте //Мед. журн. Узбекистана.- 2000.-№ 5-6.-С.59-61.
384. Шагазатова Б.Х., Акбаров З.С., Исмаилов С.И. Организационные вопросы профилактики сахарного диабета в Узбекистане //Мед.журн. Узбекистана. -2001.- № 1. – С. 93-95.
385. Шалак О.В. Роль очагов одонтогенной инфекции в формировании метаболического статуса организма у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: (Клинико-лаб. исслед.): Дис. ... канд.мед.наук.- М., 2000. – 155 с.
386. Шаповалов В.Д. Роль иммунных и сосудистых реакций в патогенезе пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.,1995 – 20 с.

387. Шашков П.Ф., Булкин В.А., Галкина Т.С. Особенности клиники и лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у больных сахарным диабетом // Тр. Саратов. мед. ин-та. - 1985. – С.123.
388. Шилова Г.Б., Рубаненко В.В., Левитов А.Н. Роль функциональных исследований в обосновании рациональных методов лечения ортопедических больных //Актуал. вопр. стоматол.: Тез. докл. респ. научн. конф. врачей-стоматол., посв. 50 лет. Полтав. мед. стоматол. ин-та.-Полтава,1981.-С. 115.
389. Шкурупий В.А, Самойлов К.О., Верещагина Г.Н. Хронический катаральный гингивит, артериальная гипертензия и дисплазия соединительной ткани (Патоморфология, лечение).- Новосибирск, 2001.-213 с.
390. Штифс А.К. Остеопатии при сахарном диабете (клинические размышления) // Регуляция форсфорно- кальциевого обмена в норме и патологии: Сб. науч. ст. – Рига,1987. -С. 256-261.
391. Юлдашев О.Т. Состояние полости рта у больных шизофренией //Съезд стоматол. Узбекистана: Тез. докл.- Т., 1986 - С. 224-225.
392. Юлдашева А. С. Очаговая деминерализация эмали зубов у детей с хроническим энтероколитом //Матер. науч. конф.стоматол. г.Ташкента (сент. 1989 г.).- Т.,1989.- С.116-118.
393. Юлдашева А.С. Клинико-лабораторная характеристика органов полости рта у детей больных хроническим энтероколитом: Дис. ... канд.мед.наук.- Омск, 1990. – 125 с.
394. Якубов Р.К. Деформации челюстей, обусловленные патологией височно-нижнечелюстного сустава у детей: Дис. ... д-ра мед. наук.-Т.,2002. - 345 с.
395. Янушевич О.О. Разработка и внедрение в практику реконструктивных методов лечения заболеваний пародонта: Дис. ... д-ра мед. наук. -М., 2001.– 266 с.
396. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes // Diabetes Care. – 1997.- Vol. 20, № 7. - P. 1183-1197.

397. Arlin M.L. The periodontal examination and consultation. The diagnostic components //Oral Health.-1986.-Vol.76, N1.-P.37-42.
398. Barrett A.P. A long-term prospective clinical study of oral complications during conventional chemotherapy for acute leukemia// Oral. Surg. Oral. Med.Oral.Pathol.-1987.-Vol.63.-P. 313-316.
399. Basdra E.K., Kohl A., Komposh G. Mechanical stretching of periodontal ligament fibroblast: a study on cytoskeletal involvement //Fachr. Kieferorthop.-1996.- Vol.57, №1.-P.25-30.
400. Bellman R. Mathematical methods in medicine S J, 1983. - М.: Мир, 1987.-200 с.
401. Bergmain O.J. Oral infections and fever in immunocompromised patients with hematologic malignancies//Eur J. Clin. Microbiol. Infect. Dis: -1989.- Vol. 8.-P. 207-213.
402. Bergman B., Erikson S. The Effect of Increasing the Morphologic Face Height in Full Denture Restorations on the Width of the Intra - Articular Space in the Temporomandibular Joint //Ada. odont. scand.- 1973.- Vol.31, N2.- P.75 - 88.
403. Bergman B., Carlsson G.E. Clinical longterm study of complete denture wearers //J. prosthet. Dent. - 1985. - Vol 53, №1.- P. 56 - 61.
404. Bernimoulin J.P., et.al. Tooth mobility and its measurement //Dtsch. Zahn. Z.-1985.-Vol.41, №3.-P.297-301.
405. Bockisch H., Frahm I. Ein Beitrag zur Desinfektion rahnarrtlicher Abformungen Stomatologie DDR.-1989.-Bd 39, № 1.-S. 21-24.
406. Brown L.J., Oliver R.S., Loe H. Periodontal diseases in the U.S. in 1981: Prevalence, severity, extent and role in tooth mortality //J.Periodontal.-1989.- Vol.60, N7.-P.363-370.
407. Buchman R. Application of Periotest procedures in periodontal diagnosis - clinical studies in critical view //Quintessenz.-1991.- Vol 42, N5.-P.785-791.
408. Carranza F.A., Newman M.G. Clinical Periodontology.-Philadelphia: W.B.Saunders Co., 1996.-782p.

409. Carrasco E., Wilckens M., Calbacho M. Predominant subgingival cultivable microflora of the adult periodontitis // An International Congress of the Confederation of Anaerobe Societies. Manchester, England. –2000. 1535 – Session VII b. – P2. – P.141.
410. Caton J.G., Quinones C.R. Etiology of periodontal diseases //Curr.Opin Dent.-1991.-N 1.-P.17-28.
411. Caton J.G. Classification and diagnosis of periodontal diseases //J.Calif. Dent. Assoc.-1993.-Vol.21, N11.-P.33-34.
412. Changes in the mouth mucosa in patients with chronic inflammatory intestinal diseases./Colella G, Riegler G, Lanza A. et al. //Minerva Stomatol. - 1999 Vol 48 (9).-P.367-371.
413. Coleman S. An overview of the oral complications of adult patients with malignant haematological conditions who have undergone radiotherapy of chemotherapy //J Adv Nurs:- 1995.-Vol. 22, N 6.- P. 1085 – 1091.
414. Cortellini P., Tonetti MS. Microsurgical approach to periodontal regeneration. Initial evaluation in a case cohort. J. Periodontol. 2001.-Vol. 19.-P. 559-569.
415. Danesh-Meyer M.J. Progression and prognosis of destructive periodontal disease //J. N.Z. Soc. Periodontol.-1993- Vol.75. -P.11-17.
416. Dean DE, Schultz DL, Powers RH. Asphyxia due to angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor mediated angioedema of the tongue during the treatment of hypertensive heart disease // J. Forensic Sci.- 2001.-Vol.46.-P.1239-1243.
417. Detection and quantification of periodontopathic bacteria by real-time PCR / Sakamoto M., Takeuchi Y., Umeda M., Ishikawa I., Benno Y. // An International Congress of the Confederation of Anaerobe Societies. – Manchester, England. – 2000. – 1535 – Session VII b – P. 152.
418. Factors affecting the adhesion of *Candida albicans* to epithelial cells of insulin-using diabetes mellitus patients./ Willis AM, Coulter WA, Hayes JR. et al. // J. Med Microbiol. – 2000.- Vol.49.-P.291-303.

419. Faulkner M.G., Hatcher D.C., Hay A. A three-dimensional investigation of temporomandibular joint loading //J. Biomech. - 1987.-Vol.20, N10.-P.997-1002.
420. Fayz F., Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension. A literature review// J.prosthet Dent.-1988.-Vol.59, N3. - P.321 - 323.
421. Fedi P.F., Vernino A.R. The periodontic syllabus //Williams & Wilkins.-1995.-231p.
422. Fleischhacker H. Mundschleimhautveränderungen bei Blutkrankheiten //Ust. Z. Stomat. - 1970. - Vol. 67, № 9. - P. 312-316.
423. Freesmeyer W.B., Huls A., Vogel J. Änderung der elektromyographisch aufgezeichneten Aktivität der Elevatoren durch experimentelle Okklusions- und Artikulationsstörungen //Dtsch. zahnärztl. Z.-1987. - Vol.42, N4. - P.374-379.
424. Freesmeyer W.B., Luckenbach A. ECR - System - Analyse der Zusammenhänge zwischen anteriorer und posteriorer Führung //Zahnärztl.-1987.-Vol.42, N1.- P.17-22.
425. Genco R.J. Assessment of risk of periodontal disease//Compendium.-1994.-Suppl.18.-P.678-683.
426. Giargia M. Tooth mobility and resolution of experimental periodontitis. An experimental study in the dog. //J.Clin. Periodontol.-1994.-Vol.21, N7.- P.457-464.
427. Gingival involvement in a patient with CD56+ chronic myelomonocytic leukemia./ Vural F., Ozcan M.A., Ozsan G.H. et al. //Leuk Lymphoma. Division of Hematology-Oncology, Izmir. –Turkey, 2004 -Vol.45 N2.-P.415-418.
428. Gruszewska - Lewczuk L., Jakowicka M., Krasovska J. Stan błony śluzowej jamy ustnej u dzieci w chorobach układu krwiotwórczego//Czas. Stomat. - 1978. - Vol. 31, № 12. - P. 1173-1178.
429. Guasti L., Zanotta D., Petrozzino M.R. Relationship between dental pain perception and 24 hour ambulatory blood pressure: a study on 181 subjects// J. Hypertens. - 1999 –Vol.17, N.12,- Pt. 2- P.1799-1804.

430. Guneri P., Unlu F., Yesilbek B. Vascular endothelial growth factor in gingival tissues and crevicular fluids of diabetic and healthy periodontal patients //J. Periodontol. – 2004.-Vol.75, N.1.-P.91-97.
431. Gunne H.S.J. The effect of removeble partial dentures on mastication and mastication and dietary intake // Acta odontol. scand. - 1985. -Vol.43, N5.- P.269 - 278.
432. Hancock E.B., Newell D.H. Current epidemiologic concideration of per-iodontal disease//Curr. Opin Periodontol.-1993.-N3.-P.3-10.
433. Hashmi S.H., Rizvi S.I.,. Aligarh A.M. //Oral Manifestation of Anaemia. Med. Surd. - 1972. - Vol. 12, № 9. - P. 12-13.
434. Hasman A. Medical application of computers: an over view //Int. J. Bio-Med. Comput.- 1987.- Vol.20, N4.- P.239 - 251.
435. Hayashi T., Satoh A., Ishioka K. A computerized system for analysing occlusal relations during mandibular movements //Ant. J. Prosthodont. – 1994. - Vol.7, N2.-P.108 - 114.
436. High-speed filming of the Periotest measurement / Lukas D., Schulte W., Konig M., Reim M. //J.Clin.Periodontol.-1992.-Vol.19.- P.388-391.
437. Hua Xi Kou Qiang, Yi Xue Za Zhi. Morphologic characteristics of dental cuticle on teeth affected by diabetic periodontitis //Article in Chinese.-1999.- Vol.17, N1.-P.56-57.
438. Hofmann M., Proschel P., Plassmann D. Kaumuster von Prothesen-tagermit alten und neuen Prothesen //Schweiz. Mschr. Zahnmed.-1986.-Vol. 96, N10.-P.I102-1108.
439. Huooel P.P., Moulton L.H., Loesche W.J. Estimation of sensitivity and specificity of site - specific diagnostic tests // J. Periodontol. Res.-1990.-Vol.25, N4.-P.193-196.
440. Jankelson.B. Adib F. Effekt of variation in manipulative force on the repefitiveness of centric relation registration: A computer - based study //J. Amer. Dent. - 1986. - N1. - P.59 - 62.
441. Jarvis J.E., Judice C.N., Ninke W.H. A survey of technics for the dis-

play of continues tone pictures on bilevel display //Computer Graphics and Image Processing. - 1976.-Vol.5. - P. 13 - 40.

442. Jenkinson H.F., Lamont R.J. Oral microbial communities in sickness and in health. //Trends microbial.-2005.-Vol.13.-P. 589-595.

443. Johansson A., Fareed K., Omar R. Lateral and protrusive contact schemes and occlusal wear: a correlational study in a young adult Saudi population //J. Prosthet. Dent.- 1994 .-Vol. 1971, N2.- P. 159 -164.

444. Johnston M. Medical arena focuses on image communications //Network World. (USA). - 1989.- Vol.6, N30.- P.1-7.

445. Juliusson G. Oral cladribine as primary therapy for patients with B-cell chronic lymphocytic leukemia //J. Clin Oncol. - 1996.-Vol. 14, N.7.-P. 2160 – 2166.

446. Kadir T., Pisiriciler R., Akyuz S. Mycological and cytological examination of oral candidal carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: thorough analysis of local aetiologic and systemic factors // J. Oral Rehabil. – 2002.- Vol.29, N 5.-P.452-457.

447. Keene J.J., Hussman L., Bruner G. Terminal oral manifestations of acute lymphoblastic leukemia. Report of a case//J. oral med. - 1972. - Vol. 27, № 4. - P. 117-119.

448. Kimer A. Zuby granulom a fokalna infekcia // Ces. Stomatol. - 1986. - Vol.86, №2.-P.150-155.

449. Kleinrok M., Kedra W., Lipnicki T. Minigraf, jego konstrukcja i zastosowanie //Protet. stomatol.- 1988.- Vol.38, N3.- P.125-130.

450. Kondo Y, Shiobara S, Nakao S. Identification of T-cell clones showing expansion associated with graft-vs-leukemia effect on chronic myelogenous leukemia in vivo and in vitro // Exp Hematol. – 2001.-Vol.29, N 4.-P. 471-476.

451. Kriz W., Elger M., Hacrenthal E. The relevance of mechanical factors in the pathogenesis of mesangial expansion // Internation Congress of nephrology.-Tokyo, 1990.-P. 89-93.

452. Luckenbuch A., Huls A., Korber E. Individualisierte Registrierung der

Unterkieferbewegungen mit Hilfe des ECR - Systems //Dtsch. zahnarztl. Z.-1986.-Vol.41, N7.- P.677 - 683.

453. Manson J.D., Eley B.M. Outline of periodontics //Oxford: Butterman-Heinman Ltd., 1995.-303p.

454. Mongini F., Tempia-Valenta G., Consova E. Habitual mastication in disfunction: A computer - based analysis //J. Prosth. Dent.-1989.-Vol.61, N4.-P.484- 494.

455. Mycological and cytological examination of oral candidal carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: thorough analysis of local aetiology and systemic factors /Kadir T., Pisiriciler R., Akyuz S. et al. // J. Oral Rehabil. – 2002.-Vol.29, N 5.-P.452-457.

456. Nakago T. Determination of the tooth mobility change during the orthodontic tooth movement studied by means of Periotest and MIMD (the mechanical impedance measuring device for the periodontal tissue) //Am. J. Orthod Dentofacial orthop.-1994.-Vol.105, N1.-P.92-96.

457. Neill D.J., Howell R.G.T. Computerized kinesiography in the study of mastication in dental subjects //J.Prosth. Dent.- 1986.- Vol.55, N5.-P.629-637.

458. Oral lesions as the first clinical sign of microscopic polyangiitis: a case report./ Shiboski C.H., Regezi J.A., Sanchez H.C., Silverman S.Jr. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2002.-Vol.94, N6.-P.707-711.

459. Osaki T, Ueta E, Arisawa K. The pathophysiology of glossal pain in patients with iron deficiency and anemia // Am. J. Med. Sci. – 1999.-Vol.318, N5.-P.324-329.

460. Osborn J., Stoltenberg J., Huso B. Comparison of measurement variability using a standard and constant force periodontal probe //J.Periodontol.-1990.-Vol.61, N8.-P.497-503.

461. Page R.C., Offenbacher S., Schroeder H.E. Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implication and future directions //Periodontol.-2002.-Vol. 14.-P. 216-248.

462. Peretz B., Machtei E.E. Tooth rotation and alveolar bone loss //Quint.

Sutern.-1996.-Vol.27, N7.-P.465-468.

463. Piehslinger E., Celar R.M., Horejes T. Orthopedic jaw movement observations. Part II: The rotational capacity of the mandible // Cranio.-1993.-Vol.11, N3.-P.206-210.

464. Prelog M. Aging of the immune system: a risk factor for autoimmunity // Autoimmun Rew. - 2006.-Vol 5.-P. 136-139.

465. Pyostomatitis vegetans associated with asymptomatic ulcerative colitis: a case report /Chaudhry S.I., Philpot N.S., Odell E.W. et al. //Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 1999.-Vol.87, N3.-P.327-330.

466. Pussinen P.J., Alfthan G., Rissanen H. Antibodies to periodontal pathogens and stroke risk //Stroke.- 2004.-Vol. 35. - P. 2029-2035.

467. Pseudomembranous candidosis in nephrotic syndrome: a case report /Prusinski L., Sherman R.G., Ravenel M.C., Joralmon R.A. //Quintessence Int. – 2002. Vol.33, N.7.-P.533-535.

468. Reddy M.S., Jeffcoat M.K.Periodontal disease progression //Curr.Opin. Periodontal.-1993.-N3.-P.52-59.

469. Relationship between dental pain perception and 24 hour ambulatory blood pressure: a study on 181 subjects /Guasti L., Zanolta D., Petrozzino M.R. et al. //J. Hypertens. – 1999.-Vol.17, N 12.-P.1799-1804.

470. Robertson P.B. The etiology and pathogenesis of periodontal disease //Chicago: Position paper of the American Academy of Periodontology.-1992.-P.1-9.

471. Samraj T. The Periotest - a periodontal diagnostic aid //J.Pierre Fauchard Acad.-1992.-Vol.6, N3.-P.69-73.

472. Schiavoni R., Greuga V. L'assiografia nella diagnosi e terapia: Delle dismznzion dell1 ATM // Dent. Cadmos. - 1991. - Vol.59, N2.- P.46 - 63.

473. Schulte W. Periotest values and mobility of periodontally diseased teeth - a comparative study //Quintes-senz.-1991.-Vol.48, N8.-P.1255-1263.

474. Schulte W. Periotest for measuring periodontal characteristics - correlation with periodontal bone loss //J. Periodontal Res.-1992.-Vol.27, N3.-P.184-190.

475. Schwartz M., Lamster I.B., Fine J.B. Clinical Guide to periodontics //Philadelphia: W.B.Sounders Company, 1995.-214p.
476. Serio F.G., Siegel M.A. Periodontal diseases: a review //Cutis.-1991.-Vol.47.-P.55-62.
477. Shiboski C.H., Regezi J.A., Sanchez H.C. Oral lesions as the first clinical sign of microscopic polyangiitis: a case report // Oral .Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral.Radiol. Endod. – 2002.-Vol.94, N6.-P.707-711.
478. Singh Sh., Rao S.N. Determination of vertical dimension of rest. A comparative study //J. prosthet. Dent. - 1987.- Vol.58, N2.- P.238 - 245.
479. Smith F. Diabetes in young New Zealanders: results of national survey // New Zeal. Med. J. – 1987.-Vol. 100, N 832 – P. 581-584.
480. Sofou A.M., Diacoyianni - Mordohai I., Markovitsi H. Using cephalometry to evaluate maxillomandibular relationships in complete denture construction //Int – J.- Prosthodont.-1993. - Vol.6, N6. - P.540 - 545.
481. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease //Dent. Update. – 2000. Vol.27, N 8.-P.380-383.
482. Stadfler P., Hochwarter A., Mischak J. Zur Keproduzierbarkeit der Messungen mit dem Peri-Probe-Gerat //Quin-fessenz.-1994.-Bd.45, N7.-S.955-962.
483. The pathophysiology of glossal pain in patients with iron deficiency and anemia./Osaki T., Ueta E., Arisawa K. et al. // Am. J. Med. Sci. – 1999.-Vol.318, N5.- P. 324-329.
484. Teng Y-T.A. Protective and destructive immunity in the periodontium: Part 1 – innate and humeral immunity and the periodontium //J. Dent. Res. -2006. - Vol.85.-P. 198-208.
485. Tschernitchek H., Feisther H.Untersuchungen zur Koordination der Masseteractivitat // Dtsch. Stomatol. - 1991.- Bd.41, N8. - S.284-286.
486. Van Winkelhoff A., Boutaga K. Transmission of periodontal bacteria and models of infection //J. Clin. Periodontol.-2005.-Vol. 32.-P. 16-27.

487. Vascular endothelial growth factor in gingival tissues and crevicular fluids of diabetic and healthy periodontal patients /Gureri P., Unlu F., Yesilbek B. et al. //J. Periodontol. – 2004.-Vol.75, N1.-P.91-97.
488. Vural F., Ozcan M.A., Ozsan G.H. Gingival involvement in a patient with CD56+ chronic myelomonocytic leukemia //Leuk. Lymphoma. Division of Hematology-Oncology, Izmir. Turkey. -2004.-Vol. 45, N2.-P. 415-418.
489. Wahlin Y. B. Changes in the Oral Microbiota. Mucosa Lesions and Salivary Secretion in Patients with Acute Leukemia //Umea university odontological dissertations, Department of Parodontics and Oral Microbiology University of Umea. - Sweden - Umea, 1990. - 133 p.
490. Wilding R.J.C., Lewin A. A computer analysis of normal masticatory movements recorded with a sirognathograph //Arch, oral Biol. -1991. - Vol.36, N1.-P.65-75.
491. Wilding R. J.C., Lewin A. A model for optimum functional human jaw movements based on values associated with preferred chewing patterns // Arch. Oral Biol. - 1991. - Vol. 36, N7. - P.519 - 523.
492. Williamson E.H., Navarro E.Z., Zwemer J.D. A comparison of electromyographic activity between anterior repositioning splint therapy and a centric relation splint // Cranio.-1993. - Vol.11, N3.- P.178 - 183.
493. Willis A.M., Coulter W.A., Hayes J.R. Factors affecting the adhesion of *Candida albicans* to epithelial cells of insulin-using diabetes mellitus patients //J. Med. Microbiol. - 2000.- Vol.49, N 3.- P.291-293.
494. Yousefian J., Firouzian F., Shanfeld J. A new experimental model for studying the response of periodontal ligament cells to hydrostatic pressure //Am. J. Orthodont.-1995.-Vol.108, N4.-P.402-409.