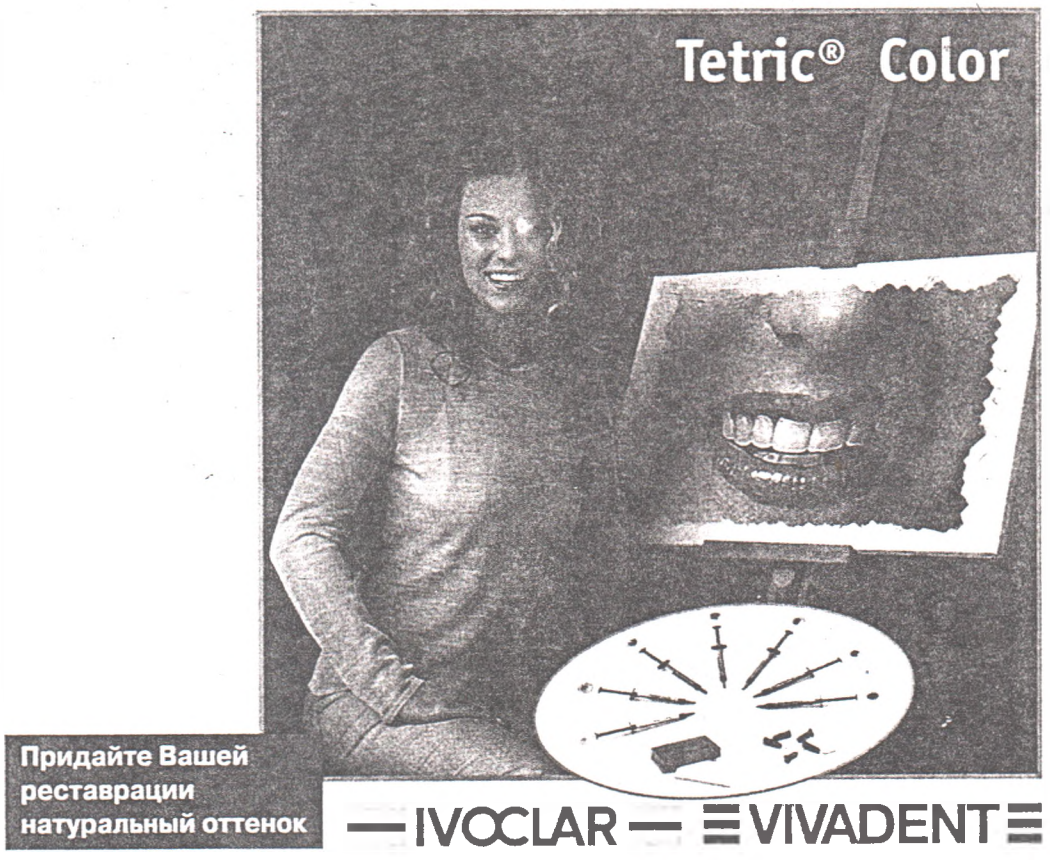
2001

НОВОЕ В СТОМАТОЛОГИИ

4 [94]

научно-практический журнал



Омега-Дент

Стремление к совершенству – наша традиция

109088, г. Москва, ул. Угрешская, 31

Тел./факс: (095) 279-80-56, 967-71-22, E-mail: Omega-d@citilyne.ru

Р. Н. Нигматов, Г. Т. Калменова
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии 1 ТашГосМИ

Состояние слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью

Общесоматические заболевания организма вызывают существенные изменения в структуре и функции тканей протезного ложа, без учета которых невозможно проведение полноценного ортопедического стоматологического лечения.

Большинство исследований слизистой оболочки полости рта (СОПР), отражая лишь частоту заболеваний зубов и пародонта, не раскрывает особенности адаптированного для данной категории больных вопросов зубного протезирования [2–6].

Тенденция роста частоты гипертонической болезни (ГБ) и увеличение стоматологических заболеваний у таких больных обусловливает рост потребности в зубных протезах, чем и объясняется интерес к изучению динамики изменений протезного ложа при общесоматической болезни.

Опыт нашей кафедры по изучению влияния различных общесоматических заболеваний на ткани протезного ложа показал, что все этапы зубного протезирования, включая выбор конструкции и материала зубного протеза, а также режима их пользования должны быть, приспособлены в соответствии с учетом общесоматических заболеваний, а также изменениями в протезном ложе [1, 7]. Вместе с тем, при ГБ эти моменты не достаточно изучены.

Целью настоящей работы является изучение изменений тканей протезного ложа при ГБ и разработка оказания дифференцированной ортопедической стоматологической помощи.

Материал и методы

Исследование включало клинико-стоматоскопическое и морфологическое изучение СОПР у 95 больных, страдающих ГБ различной степени и тяжести, согласно классификации ВОЗ (1993). Стоматоскопия проводилась при помощи люминесцентного фотодиагноскопа модели 611 и операционного микроскопа.

Биопсийный материал для морфогистохимических исследований брали у 20 больных во время хирургической подготовки полости рта к протезированию (удаление корней зубов, костных выступов, складок и др.). Контролем служили кусочки СОПР, взятые у 8 практически здоровых лиц. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином по Гомори и Вайгерту. Для выявления гликогена использовали ШИК-реакции.

Подбор больных осуществлялся так, чтобы отобранная группа была представлена, по возможности, пациентами, не отягощенными другими фоновыми заболеваниями, кроме ГБ и ее осложнений. На каждого из обследованных, помимо стандартных амбулаторных карт, заполнялись индивидуальные специальные карты обследования, и полученные данные вводились в ЭВМ.

Проведение указанных исследований требует оперативной обработки больших объемов клинико-диагностической информации. В связи с чем возникла необходимость в применении современных средств сбора, обработки и хранения информации на базе ЭВМ и создания централизованного банка данных по клинической стоматологии. В связи с этим использована ранее нами разработанная диалоговая медицинская информационная система под условным названием «Стоматолог», предназначенный для накопления и анализа информации по клинико-стоматоскопическим и функциональным исследованиям с последующей разработкой стоматологической тактики и методов лечения больных с дефектами зубных рядов.

Результаты и их обсуждение

На основании клинико-стоматоскопических исследований, а также анализа микропрепаратов СОПР мы сочли возможным разделить больных с ГБ на 3 группы.

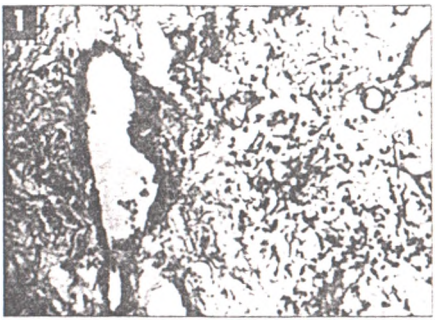


Рис. 1. Слизистая оболочка полости рта у больных с гипертонической болезнью. Усиление васкуляризации и отек соединительной ткани стромы с наличием периваскулярных инфильтратов. Гематоксилин и эозин. Ув. х 200.

Рис. 2. Слизистая оболочка полости рта у больных с гипертонической болезнью. Инфильтрация пораженной соединительной ткани с высокой плотностью лимфогистеоцитарных элементов. Гематоксилин и эозин. Ув. х 100.

В 1 группу (36 или 37,9%) вошли больные с 1 и 2 стадией артериальной гипертензии. У этих больных стоматоскопически 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, с бледно-розовой окраской слизистой. Часто имеющиеся зубные протезы не соответствовали требованиям и служили, таким образом, дополнительным раздражающим фактором.

Гистологически у этих больных наблюдался выраженный отек и лимфогистоцитарная инфильтрация подлежащей стромы, усиленная ее васкуляризация с наличием периваскулярных инфильтратов, а местами – диапедезом эритроцитов (рис. 1). Отмечалось расширение просветов одних сосудов с их кровенаполнением и сужением 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 2 группы (33 или 34,7%) стоматоскопически характеризовались тотальным или субтотальным отеком СОПР, спазмом периферических сосудов. В эту группу больше вошли больные с 2–3 стадией артериальной гипертензии. Стоматоскопически 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 протезов. Гистологически наряду с выявлением акантоза и папилломатоза, отеком стромы, выявляются дистрофические изменения собственной пластинки и эпителия с повышением его десквамации. Отмечается наличие шиповидных и базальных слоев эпителия, деструктивно измененных форм клеток. Характерно чередование участков отека с участками выраженной лимфоидной инфильтрации, ее усиленной васкуляризацией: наличием вертикально ориентированных сосудов с диапедезом эритроцитов, что свидетельствует о повышенной их проницаемости. Коллагеновые волокна грубые, большая часть их дезориентированы. Эластические волокна извилистые и обладают повышенной оргирофилией (рис. 2).

В 3 группе (26 или 27,3%) больных стоматоскопически наблюдались изменения как воспалительного, так и дистрофического характера. Гистологически выявлялись видимые изменения как в эпителии, так и собственно слизистой. Так, явления акантоза, папилломатоза сочетаются с расслоением рогового слоя эпителия и деструктивными изменениями клеток шиповидного слоя. Участками в их цитоплазме определяется гликоген. В подслизистом слое отек

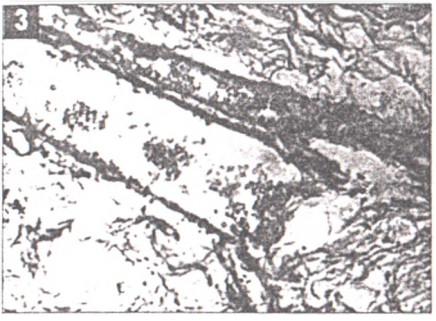


Рис. 3. Слизистая оболочка полости рта у больных с гипертонической болезнью. Отек стромы, повышенная васкуляризация, кровенаполнение вен, расширение их просветов. Гематоксилин и эозин. Ув. х 300.

стромы сочетается с выраженной васкуляризацией, сужением просветов артериол и расширением венул (рис. 3). Коллагеновые волокна утолщены, дезориентированы, проявляют высокую ШИК-позитивную реакцию. Эластические волокна грубые, утолщены, часто фрагментированы.

Таким образом, на основании примененного нами комплекса стоматоскопических и морфо-гистохимических исследований СОПР у больных ГБ различной степени тяжести выявляются 3 группы больных: 1 группа – преимущественно с изменениями воспалительного характера, 2 группа – с доминированием признаков отечно-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.

На основании результатов исследования можно сделать следующее заключение:

1. 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.

2. Выявленные нами характерные изменения протезного ложа, укладывающиеся по морфологическим признакам в 3 группы согласно тяжести ГБ, должны быть учтены при выборе стоматологической тактики (выбора конструкции протеза, методов снятия слепков, врачебного поведения в периоде адаптации к зубным протезам и тканям протезного ложа).

Литература

1. Ахмедов П.М., Адылов К.А. Состояние органов полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кроветворной системы. // Материалы научной конференции стоматологов г.Ташкента. - Ташкент, 1989. - С.93–96.

2. Ходжаев М.М. Стоматологический статус и частота выявления больных с гипертонической болезнью // Актуальные проблемы современной стоматологии. - Бухара, 1997. - С.51–54.

3. Заболотный Т.Л. Состояние полости рта и особенности лечения заболевания пародонта у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью: Дисс. ...канд.мед.наук. - М., 1997. - 134 с.

4. Джумадиллаев Л.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при препарировании твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы 1 съезда стоматологов Казахстана.- Алматы, 1998.- С.272–280.

5. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А., Батуева Н.М., Павлова Г.А., Красина Ю.Ю. Оптимизация терапии генерализованного пародонтита у больных с гипертонической болезнью // Материалы 4 съезда Стоматологической ассоциации России. - М., 1998. - С.57–59.

6. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Иващенко П.И., Ильина А.В. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией. // Стоматология. - 1998. Спец.выпуск - С.39–41.

7. Закиров Н.З. Состояние несъемных зубных протезов и слизистой оболочки протезного ложа больных сахарным диабетом // Актуальные проблемы современной стоматологии: Материалы научно-практической конференции (г.Бухара). - 1997. - С.98-99.

д.м.н. В. А. Бельченко, проф. А. Г. Притыко, И. Н. Косминкова,
к.м.н. Л. А. Каурова
г.Москва

Наш опыт лечения хронических синуитов у больных с врожденными и приобретенными деформациями черепа

В практике черепно-лицевой хирургии нередко приходится сталкиваться с хроническими воспалительными процессами в придаточных пазухах носа, в частности с фронто-этмоидитами и фронто-сфено-этмоидитами у больных как с врожденными, так и с приобретенными деформациями черепа.

Лобно-решетчато-основной комплекс топографически представляет собой своеобразный перекресток между полостями глазниц, носа и черепа. Такое местоположение воздухоносных полостей является предпосылкой их повреждения во время травмы или манипуляций в смежных областях.

Представляем клинический материал за период с 1996 по 1999 гг. В него вошли две группы больных. Первая группа представлена 60 пациентами в возрасте от 5 до 55 лет с посттравматическими деформациями верхней и средней зон лица. Во вторую группу входят 18 детей от 2 до 7 лет, оперированных ранее по поводу краниосиностозов.

Пациенты первой группы находились на этапном лечении по поводу посттравматических деформаций носо-глазничного, носо-лобно-глазничного, носо-скуло-глазничного, носо-скуло-глазнично-верхнечелюстного комплекса. Анализ результатов обследования и лечения больных с перечисленными деформациями показал, что в 90% случаев имеются явная или скрытая сопутствующая деформация решетчато-основного комплекса и, как следствие, воспалительные изменения в придаточных пазухах носа той или иной степени тяжести. Наиболее часто посттравматические фронто-сфено-этмоидиты и фронто-этмоидиты сопутствуют деформациям носо-глазнично-решетчатого комплекса по типу неправильно сросшихся вколоченных переломов пирамидки носа, когда в результате травмы произошло смещение носо-глазнично-решетчатого комплекса назад. При этом изменяется длина, ширина и высота спинки носа, величина межглазничного расстояния, деформируется дно лобной пазухи, частично или полностью разрушается решетчатый лабиринт, обтурируется устье основной пазухи смещенными задними клетками решетчатого лабиринта.

Все пациенты данной группы находились под нашим наблюдением неоднократно, поскольку сложные посттравматические деформации верхней и средней зон лица требуют этапного лечения. Как правило, санирующая операция сочеталась с реконструктивным вмешательством. У 14 пациентов фронто-этмоидотомия проводилась одновременно с оперативной репозицией костей пирамидки носа и контурной пластикой спинки носа аутотрансплантатами с теменных костей. У 22 пациентов санирующая операция сочеталась с оперативной репозицией скуловой кости, костей пирамидки носа, контурной пластикой спинки носа или скуло-глазничных областей аутотрансплантатами с теменных костей. У 10 пациентов санирующая операция сочеталась с репозицией передней стенки лобной пазухи, верхнеглазничного края, репозицией и контурной пластикой спинки носа. У 2 пациентов санирующая операция проводилась совместно с репозицией лобно-скуло-глазничного комплекса. У 3 пациентов – с закрытием сквозного дефекта лобной кости. У 9 больных фронто-этмоидо-сфенотомия сочеталась с трансназальной кантопексией.

При проведении санирующего вмешательства у больных с посттравматическими деформациями верхней и средней зон лица мы рекомендуем выполнять 3 обязательных этапа. Во-первых, после ревизии лобно-решетчатого комплекса в пределах передних и средних клеток