

№ 60

2001 НОВОЕ В СТОМАТОЛОГИИ

научно-практический журнал

5^[95]

Tetric® Ceram
Tetric® Flow



ivoclar
vivadent

1 КОМПОЗИТ —
2 КОНСИСТЕНЦИИ



Омега-Дент

Стремление к совершенству — наша традиция

109088, г. Москва, ул. Угрешская, 31

Тел./факс: (095) 279-80-53, 967-71-22; E-mail: Omega-d@cityline.ru

Р. Н. Нигматов, Ф. Т. Рахматуллаев
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
1 Ташкентского государственного медицинского института

Клинико-функциональные особенности тканей протезного ложа у больных с туберкулезом легких

В связи с переходом на рыночную экономику значительно ухудшилась социальная защита населения стран СНГ, в том числе жителей Узбекистана, что привело к увеличению числа больных, страдающих туберкулезом легких.

Известно, что туберкулез легких способствует развитию ряда стоматологических заболеваний. Наблюдается высокий процент поражаемости зубов кариесом, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [1, 2, 4, 5, 6]

К сожалению, приходится констатировать, что данная литература в основном отражает лишь частоту распространенности тех или иных форм патологии полости рта. Вопросы же особенностей клиники и течения, морфофункциональных изменений, а также разработки адекватных общему состоянию здоровья методов профилактики и лечения выявленных стоматологических заболеваний, остаются почти не изученными.

Малая эффективность зубного протезирования, высокая частота побочного воздействия зубных протезов обуславливается тем, что при оказании ортопедической стоматологической помощи таким больным не учитывают влияния общесоматических заболеваний на состояние органов полости рта.

Цель исследования. Определить особенности изменения тканей протезного ложа у больных туберкулезом легких и сравнительное изучение состояние кровообращения пародонта и слизистой оболочки протезного ложа при частичных дефектах зубного ряда у практически здоровых и больных с хроническим заболеванием (туберкулез) легких для дальнейшей разработки специфической ортопедической стоматологической тактики.

Материалы и методы

Работа основана на клиническом наблюдении и курации с оказанием ортопедической помощи 323 больным туберкулезом легких в возрасте от 20 до 60 лет и старше, находящихся на стационарном лечении в НИИ туберкулеза Республики Узбекистан и в санатории «Красный Октябрь» г.Ташкента. Из 323 больных туберкулезом легких у 114 диагностирована очаговая форма, у 99 — инфильтративная, у 36 — диссеминированная, у 51 — фиброзно-кавернозная и у 23 — другие формы туберкулеза легких. Обследованы также 115 практически здоровых лиц из числа пациентов, посетившие поликлинику ортопедической стоматологии 1 ТашГосМИ, которые составили контрольную группу.

При выполнении работы были использованы клинико-стоматоскопические и реографические методы исследования протезного ложа у больных туберкулезом легких и лиц контрольной группы.

Стоматоскопия проводилась при помощи люминесцентного фотодиагностического модели 611 и операционного микроскопа.

Из 323 больных туберкулезом легких у 54 провели реографические исследования. У 16 из 54 больных заболеваниями легких диагностирована очаговая форма туберкулеза, у 14 — инфильтративная, у 7 — диссеминированная, у 13 — фиброзно-кавернозная и у 4 — другие поражения легких. Основная и контрольная группа была разделена на 3 подгруппы: 1 — с интактным зубным рядом, 2 — дефекты в области фронтального отдела зубного ряда, 3 — дефекты в области жевательных зубов.

Исследование функционального состояния пародонта как в области дефекта зубного ряда, так и в области зубов-антагонистов проводили с помощью реопародонтографии, используя специальное фиксирующее устройство, и электроды, разработанной сотрудниками нашей ка-

федры, К.Б. Мавляновым и И.Н. Залевским (Удост.рац.пред. № 683 от 26.09.1987). Реографию проводили по тетраполярной 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. Комплексный анализ реопародонтографии (РПГ) проводили по методике, разработанной в ЦНИИС (А.А. Прохончуков с соавт., 1977).

Цифровые данные, полученные при исследовании, подвергнуты статистической обработке по Стьюденту.

Результаты исследований

Клиническое изучение состояния зубов, зубных рядов, слизистой оболочки и нуждемости обследуемых больных с туберкулезом легких в ортопедической стоматологической помощи, показало низкий уровень гигиенического состояния полости рта и недостаточность санации полости рта у этих больных до поступления в клинику.

Так, у $78,25 \pm 4,28$ % больных выявлено по 5,6 разрушенных зубов, у $82,7 \pm 3,25$ % — по 6,97 отсутствующих зуба; у $69,79 \pm 2,55$ % больных отмечались зубные отложения.

При изучении твердых тканей зубов обнаружено, что интенсивность поражения зубов кариесом составляет $87,2 \pm 2,7$ % при КПУ 8,2 (у большинства больных количество удаленных зубов равно 6,7).

Для кариеса характерно острое клиническое течение в период разгара основного заболевания; в это время у больных выявляется множественное поражение, атипичная локализация, снижение болевой чувствительности пульпы. Эти данные необходимо учитывать во время препаровки зубов и в случаях использования кариозных зубов в качестве опоры мостовидных и других конструкций зубных протезов во избежание осложнений.

Кроме кариеса, у больных туберкулезом легких выявлена значительная распространенность заболевания пародонта, которая составляет $74,92 \pm 3,22$ % ($52,4$ % в контроле). Чаще чем в контроле встречалась воспалительно-дистрофическая форма поражения тканей пародонта ($71,52 \pm 1,25$ %), иногда с дистрофической симптоматикой пародонтоза ($3,40 \pm 0,97$ %).

Характерной чертой заболевания пародонта у больных туберкулезом легких является резкая атрофия его тканей ($42,1 \pm 2,03$ %) и, как следствие, существенное нарушение конгруэнтности протеза со слизистой оболочки протезного ложа. В таких случаях фактор травматизации слизистой краем протеза резко возрастает.

На день обследования в зубном протезировании нуждались $81,44 \pm 5,02$ % больных; из них $39,94 \pm 1,25$ % в несъемном, $41,80 \pm 2,61$ % в съемном протезировании.

Из 84 больных, пользующихся несъемными конструкциями зубных протезов, у 51 ($60,72 \pm 2,64$ %) были они непригодными. Из 40 больных, пользующихся съемными конструкциями зубных протезов, 28 ($70,1 \pm 1,25$ %) нуждались в повторном протезировании. В шинировании зубов и выравнивании окклюзии нуждались соответственно $28,79 \pm 1,89$ % и $26,10 \pm 1,23$ % больных.

Исследования зубных протезов, имеющих у больных туберкулезом легких, показали, что зубные протезы чаще и быстрее приходят в негодность вследствие существенных изменений рельефа протезного ложа, особенно в периоде обострения основного заболевания. Эти данные свидетельствуют о целесообразности предохранения сохранившихся зубов от функциональной перегрузки и необходимости учета этого фактора при выборе конструкции зубных протезов.

Изучение слизистой оболочки полости рта и протезного ложа представляло для нас особый интерес, так как при туберкулезе легких происходят различные изменения в органах и системах всего организма. Так, при стоматоскопическом осмотре слизистой оболочки полости рта изменение губ обнаружено нами в $44,1 \pm 2,7$ % случаев, изменения языка — в $54,48 \pm 2,77$ %, изменение щеки — в $39,81 \pm 2,72$ %, отечность слизистой оболочки полости рта — в $21,67 \pm 2,13$ %, кератозы — в $21,05 \pm 2,26$ % случаев; кандидозы слизистой оболочки полости рта выявлены в $9,90 \pm 1,66$ % случаев, протезные стоматиты — в $86,43 \pm 5,6$ %, нейрогенные расстройства вследствие ношения пластмассовых зубных протезов — в $24,13$ %.

Таким образом, мы убедились в том, что вследствие длительной туберкулезной интоксикации слизистая оболочка полости рта и про-

Сравнительный анализ результатов реографических исследований практических здоровых лиц и больных с заболеванием легких показали следующие данные. Так, у больных с очаговой формой туберкулеза легких реографическая кривая имеет почти нормальную конфигурацию, но при этом по сравнению с контрольной груп-

Таблица

[illegible]

пой у них реографический индекс увеличен в 1,5–2 раза. Мы полагаем, что эти изменения являются следствием воспалительной гиперемии на фоне общего заболевания. Диастолический индекс слегка увеличен, что позволяет судить о нарушении оттока крови.

Реограмма у больных с инфильтративной формой туберкулеза легких характеризуется снижением амплитуды. Восходящая часть реограммы горбовидной формы. Как известно, «горб» на анакроте появляется при наличии органических изменений в стенках сосудов.

Более глубокие сосудистые изменения протезного ложа и пародонта зубов обнаружены на реограмме больных с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза. Так, седлообразная форма вершины реограммы свидетельствует о нарушении тонуса артериальных стенок.

Вторичные волны по восходящей части кривой (ближе к вершине) свидетельствуют о затрудненном притоке крови к тканям пародонта, причем местное кровообращение ухудшается по мере усиления патологического процесса в легких.

Поэтому очевидно, что с помощью реограммы можно выявить ранние изменения в сосудистом русле тканей протезного ложа и пародонта зубов, когда рентгенологически не удастся обнаружить патологических изменений костной ткани альвеолярного отростка челюстей.

Таким образом, реографические исследования протезного ложа и пародонта зубов у больных с заболеваниями легких показывает, что хронический, специфический воспалительный процесс усугубляет нарушения гемодинамики протезного ложа после частичной или полной потери зубов, а зубные протезы (особенно съемные) на фоне туберкулезного процесса могут еще больше содействовать патологическим изменениям последних.

Выводы

1. У больных туберкулезом легких наблюдается высокая поражаемость хейлитами ($44,1 \pm 5,63\%$), кариесом зубов ($87,2 \pm 2,67\%$), заболеваниями пародонта ($74,92 \pm 3,22\%$), кера-

тозами СОПР ($21,05 \pm 2,26\%$), заболеваниями языка ($54,12 \pm 2,17\%$), а также протезными стоматитами ($86,43 \pm 5,63\%$); 75% нуждаются в зубном протезировании, лишь 5,8% больных не нуждается в ортопедической помощи. Кроме того, 73,06% функционирующих протезов признаны неудовлетворительными и фактически требуют переделки.

2. Хроническая туберкулезная интоксикация организма и лекарственные средства, используемые для лечения туберкулеза легких, оказывают влияние на особенности клинической и функционально-морфологической симптоматики, течения и ремиссий стоматологических заболеваний, в том числе и обусловленных зубными протезами. Поэтому при решении вопросов о показаниях и противопоказаниях к зубному протезированию, выборе конструкции и материалов для зубных протезов и разработке рекомендаций по уходу и использованию необходимо учитывать эти данные.

3. Анализ опубликованных работ, а также наши клинические исследования подтверждают существующее мнение о наличии изменений местного кровообращения при дефектах зубных рядов. 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 I и II подгруппы больных. Следует полагать, что в области дефекта имеет место недогрузка тканей пародонта.

Поэтому наличие функциональных изменений в системе кровоснабжения пародонта является, несомненно, показанием к восстановлению частичного дефекта в зубных рядах. Это в свою очередь будет способствовать своевременной профилактике дистрофических процессов в пародонте и вторичных деформаций зубочелюстной системы.

4. В связи с вышеизложенным изготавливать зубные протезы больным с заболеваниями легких традиционным способом, как для стоматологических больных без фоновой патологии, нельзя и даже противопоказано.

Список литературы имеется в редакции.

В случае необходимости Вы можете затребовать его по телефону 923-80-27.