

УДК 616.31-089:577.15

И. Д. Агмажов,  
Е. Д. Бабов, канд. мед. наук, доц.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Одесский национальный медицинский университет*

Известно, что протезирование съемными протезами приводит к стойким изменениям в биохимии ротовой жидкости, вызывает воспалительные проявления со стороны больших и малых слюнных желез [1; 2].

В практике ортопедической стоматологии протезирование этой группы больных проводится однотипно, согласно «Протоколу лечения» [3]. Часто врач даже в анамнезе не указывает на наличие хронических заболеваний слюнных желез.

В научной литературе последних лет достаточно часто указывается на недопустимость применения у этой группы пациентов паяных несъемных и акриловых пресованных съемных протезов [4; 5], предлагаются методики протезирования при посттравматическом сиалоадените, вызванном именно съемным протезом [6; 7].

Как известно, у этой категории пациентов за счет снижения скорости слюноотделения и изменения состава слюны значительно ухудшается уровень гигиены [8], однако практически нет работ, посвященных оценке гигиены полости рта при протезировании данных пациентов.

Учитывая все вышеизложенное, становится понятной актуальность вопросов разработки

и совершенствования методов протезирования у больных с хроническими заболеваниями слюнных желез на основе изучения гигиенического статуса данной категории пациентов.

**Цель** наших исследований — оценить гигиенический статус при протезировании больных, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез (ХЗСЖ).

### Материалы и методы исследования

Больных с несъемным протезированием распределили таким образом:

1-я группа — соматически здоровые пациенты с цельнолитыми протезами через 1 год после фиксации (11 чел.);

2-я группа — соматически здоровые пациенты с цельнолитыми протезами с керамической облицовкой без открытых поверхностей через 1 год после фиксации (14 чел.);

3-я группа — больные ХЗСЖ с цельнолитыми протезами, срок пользования которых от 6 мес. до 1 года (7 чел.);

4-я группа — больные ХЗСЖ с цельнолитыми протезами с керамической облицовкой, срок пользования которых от 6 мес. до 1 года (7 чел.).

Больных со съемным протезированием распределили так:

1-я группа — соматически здоровые пациенты с цельнолитыми бюгельными протезами через 6 мес. после фиксации (14 чел.);

2-я группа — соматически здоровые пациенты с частичными пластиночными протезами с кламмерной фиксацией через 6 мес. после фиксации (17 чел.);

3-я группа — больные ХЗСЖ с цельнолитыми бюгельными протезами через 6 мес. после фиксации (9 чел.);

4-я группа — больные ХЗСЖ с частичными пластиночными протезами с кламмерной фиксацией через 6 мес. после фиксации (9 чел.).

Таким образом, количество соматически здоровых пациентов составило 71 человек, а больных, страдающих ХЗСЖ, — 41 человек.

Исследование уровня гигиены проводили с использованием индекса Грина — Вермильона, а состояния тканей пародонта — по индексам Шиллера — Писарева и Рассела.

### Результаты исследования и их обсуждение

При первичном объективном обследовании больных ХЗСЖ отмечался достаточно низкий уровень гигиены полости рта, наличие мягких и твердых над-

Таблица 1

Состояние тканей пародонта у соматически здоровых пациентов и больных хроническими заболеваниями слюнных желез, пользующихся несъемными зубными протезами,  $M \pm m$

Вид несъемного зубного протеза, диагностический индекс	Соматически здоровые		Больные ХЗСЖ	
	До протезирования	Через 1 год после фиксации	До протезирования	Через 1 год после фиксации
<b>Штампованно-паяные мостовидные протезы</b>				
Гигиенический индекс Грина — Вермильона	0,57±0,02	0,75±0,01 p<0,01	0,85±0,04 p<0,01	1,17±0,08 p<0,01
Проба Шиллера — Писарева	1,03±0,02	1,15±0,08 p>0,05	2,80±0,30 p<0,05	3,12±0,15 p<0,05
Индекс Рассела	0,10±0,08	0,16±0,08 p>0,05	1,25±0,11 p<0,05	1,22±0,09 p<0,05
<b>Цельнолитые конструкции</b>				
Гигиенический индекс Грина — Вермильона	0,57±0,02	0,62±0,04 p<0,05	0,85±0,04 p<0,01	0,95±0,05 p<0,01
Проба Шиллера — Писарева	1,03±0,02	1,01±0,08 p>0,05	2,80±0,30 p<0,05	2,78±0,05 p<0,05
Индекс Рассела	0,10±0,08	0,13±0,02 p>0,05	1,25±0,11 p<0,05	1,19±0,07 p<0,05
<b>Металлокерамические протезы</b>				
Гигиенический индекс Грина — Вермильона	0,57±0,02	0,49±0,01 p<0,05	0,85±0,04 p<0,01	0,77±0,05 p<0,01
Проба Шиллера — Писарева	1,03±0,02	0,98±0,05 p>0,05	2,80±0,30 p<0,05	2,78±0,03 p<0,05
Индекс Рассела	0,10±0,08	0,14±0,02 p>0,05	1,25±0,11 p<0,05	1,09±0,04 p<0,05

Примечание. Достоверность отличий рассчитана по отношению к показателям соматически здоровых лиц до протезирования.

и поддесневых зубных отложений. Уровень гигиены оценивали по индексу Грина — Вермильона (табл. 1). Исходный показатель состояния гигиены полости рта до протезирования у больных ХЗСЖ был ниже на 42,2 %. Этот факт свидетельствует о том, что снижение функциональной активности слюнных желез и наличие дефектов зубных рядов приводит к значительному ухудшению уровня гигиены полости рта.

При протезировании штампованными паяными протезами уровень гигиены у соматически здоровых лиц был ниже на 31,6 %, а у больных, страдающих ХЗСЖ, — на 37,6 %. Это свидетельствует о том, что применение паяных конструкций

приводит к резкому ухудшению состояния полости рта. Особенно эти показатели значимо отличаются в группе больных ХЗСЖ (рис. 1).

При изучении индекса Грина — Вермильона у больных с цельнолитыми протезами привлекает внимание небольшая разница показателей до протезирования и через 1 год. Так, в группе соматически здоровых лиц он составил 8,8 %, у больных, страдающих ХЗСЖ, — 11,8 % (рис. 2).

Показатели уровня гигиены полости рта у соматически здоровых пациентов с металлокерамическими зубными протезами достоверно не отличаются от показателей до протезирования (p<0,05), а показатели гигиены полости рта у лиц, стра-

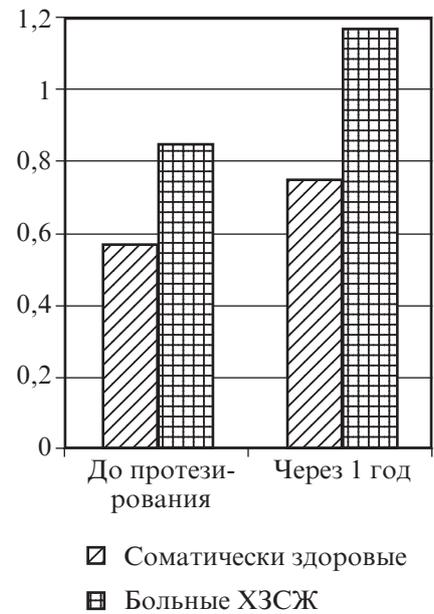


Рис. 1. Динамика изменения гигиенического индекса Грина — Вермильона у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных штампованно-паяными конструкциями

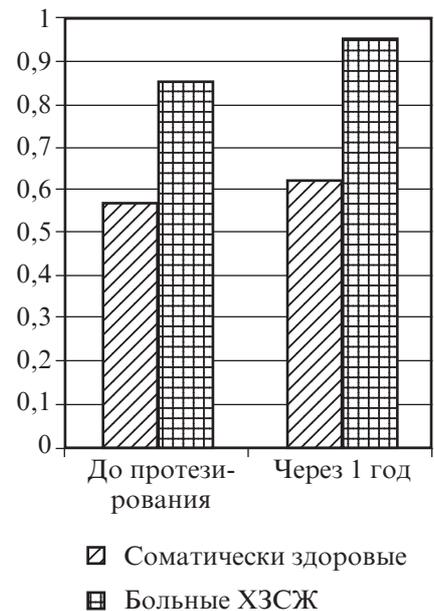


Рис. 2. Динамика изменения гигиенического индекса Грина — Вермильона у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных цельнолитыми конструкциями

дающих ХЗСЖ, повысились на 9,4 % (рис. 3).

О наличии хронического воспаления в тканях пародонта свидетельствовало увеличение

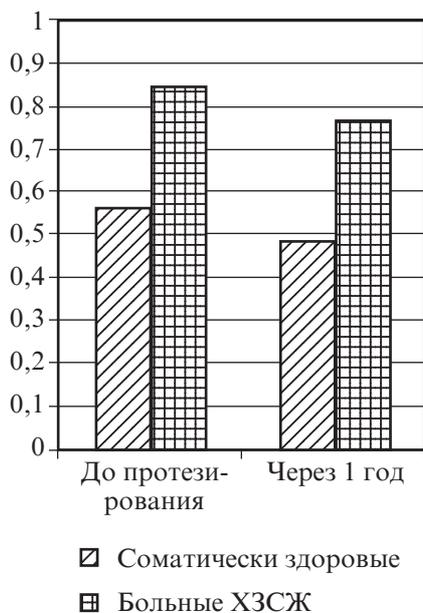


Рис. 3. Динамика изменения гигиенического индекса Грина — Вермильона у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных металлокерамическими конструкциями

показателей пробы Шиллера — Писарева у лиц, страдающих сопутствующим хроническим поражением слюнных желез. Значение этого индекса было выше показателей у здоровых лиц в 2,8 раза. Отличие показателей в исследуемых группах было достоверным ( $p < 0,05$ ) (см. табл. 1).

При изучении показателей индекса Шиллера — Писарева после протезирования штампованно-паяными конструкциями было отмечено, что применение данных протезов резко ухудшило состояние пародонта у лиц, страдающих ХЗСЖ, при незначительном влиянии на пародонт опорных зубов у соматически здоровых лиц (рис. 4).

Влияние на пародонт опорных зубов цельнолитых и металлокерамических протезов было практически одинаковым — незначительным (рис. 5, 6), что свидетельствует о благоприятном влиянии этих конструкций на пародонт опорных зубов.

При изучении динамики изменений индекса Рассела мы обратили внимание на значи-

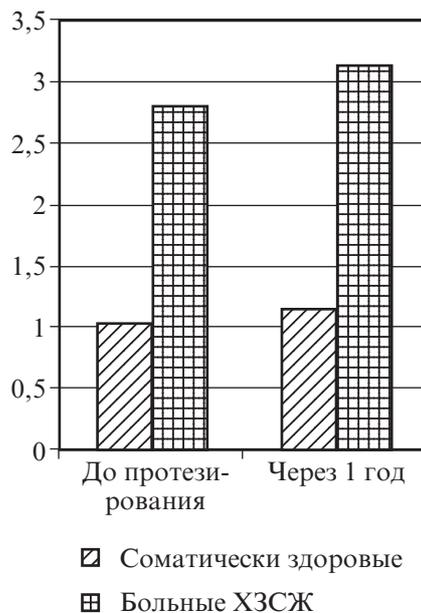


Рис. 4. Динамика изменения пробы Шиллера — Писарева у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных штампованно-паяными конструкциями

тельные (в 12 раз) отличия показателей соматически здоровых пациентов и лиц, страдающих ХЗСЖ. Этот факт, по нашему мнению, свидетельствует о развитии у больных ХЗСЖ явлений пародонтита и усугублении этого процесса по причине отсутствия лечения дефектов зубных рядов.

Подтверждением данному факту и доказательством являются результаты показателей при протезировании цельнолитыми и металлокерамическими конструкциями. При таком протезировании состояние пародонта улучшается (рис. 7–9) и показатель Рассела приближается к норме.

При съёмных конструкциях оценивать уровень гигиены полости рта было бы нелогично, поэтому мы применили известную методику оценки базисов протезов.

Результаты этих исследований представлены в табл. 2. Их анализ показывает, что качество ухода за съёмными протезами у больных ХЗСЖ сразу после изготовления протеза и

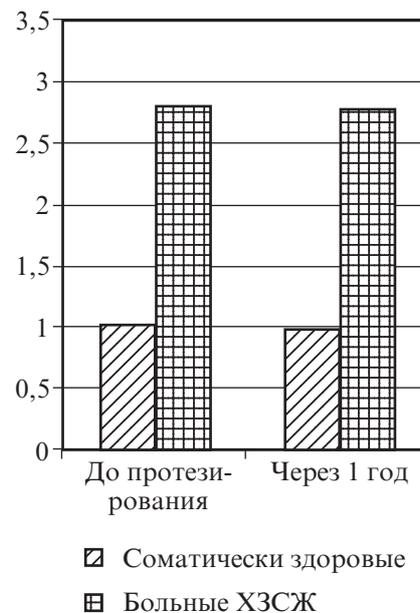


Рис. 5. Динамика изменения пробы Шиллера — Писарева у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных цельнолитыми конструкциями

адаптации к нему снижается: при использовании частичных пластиночных протезов — на 23,7 %, бюгельных протезов — на 38,2 %.

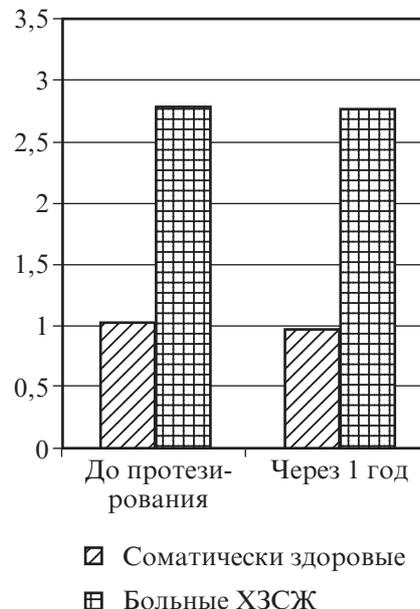


Рис. 6. Динамика изменения пробы Шиллера — Писарева у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных металлокерамическими конструкциями

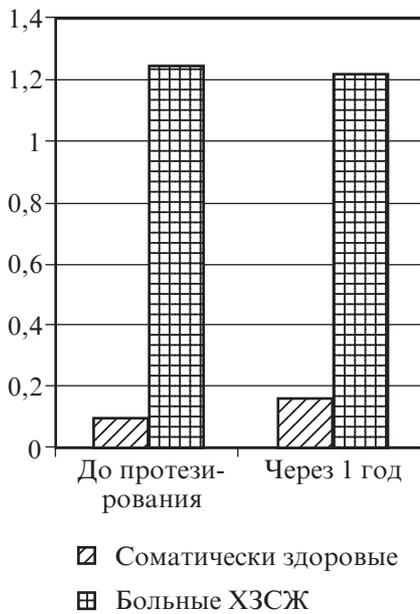


Рис. 7. Динамика изменения индекса Рассела у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных штампованно-паяными конструкциями

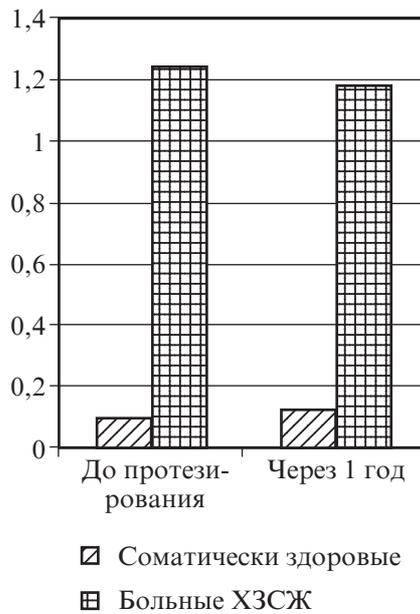


Рис. 8. Динамика изменения индекса Рассела у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных цельнолитыми конструкциями

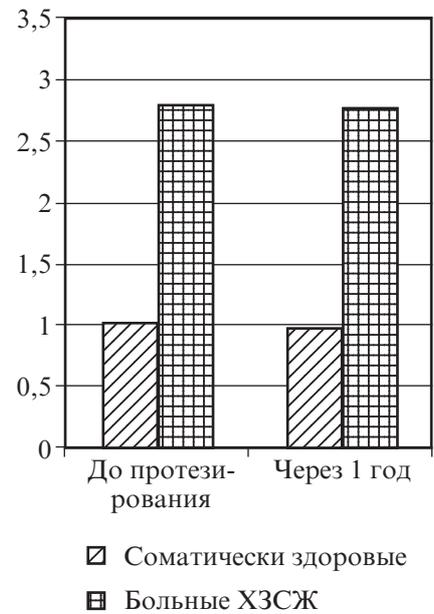


Рис. 9. Динамика изменения индекса Рассела у соматически здоровых пациентов и у больных с поражением слюнных желез, запротезированных металлокерамическими конструкциями

Таблица 2  
Уровень гигиены полости рта после наложения съемных протезов у соматически здоровых пациентов и больных хроническими заболеваниями слюнных желез,  $M \pm m$

Уровень гигиены, ед.	Вид съемного зубного протеза	
	Частичные акриловые	Бюгельные
Соматически здоровые		
Через 7 дней	$3,8 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,8$
Через 6 мес.	$3,1 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,7$
Больные ХЗСЖ		
Через 7 дней	$2,9 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,4$
Через 6 мес.	$2,4 \pm 0,1$	$3,4 \pm 0,6$

Примечание. Достоверность отличий рассчитана по отношению к показателю через 7 дней после установки протеза.

Однако через 6 мес. качество ухода за протезами у соматически здоровых лиц с частичными пластиночными протезами снижается до показателя ( $3,1 \pm 0,1$ ) ед., аналогично снижается и качество ухода за частичными пластиночными протезами в группе больных ХЗСЖ — до ( $2,4 \pm 0,1$ ) ед.

При изучении качества ухода за бюгельными протезами стало очевидным, что в группе соматически здоровых лиц этот показатель повышается

до ( $3,9 \pm 0,7$ ) ед., а в группе больных ХЗСЖ — на 61,9 %, что свидетельствует о наиболее оптимальном виде протезирования для данной категории пациентов.

### Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты, страдающие хроническими заболеваниями слюнных желез, при протезировании как съемными, так и несъемными конструкциями нуждаются в

дополнительной гигиенической программе, направленной на стимуляцию слюноотделения и улучшение гигиенического статуса полости рта.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабій Р. І. Ефективність застосування коригувального гелю «Мальцит» при протезуванні знімними зубними протезами пацієнтів із гіposalівацією / Р. І. Бабій // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 3. – С. 37–39.
2. Медвінська Н. І. Алгоритм дослідження пацієнтів з порушеннями адаптації до зубних протезів / Н. І. Медвінська. – К., 2011. – 20 с.
3. Протоколи надання стоматологічної допомоги / за ред. Ю. В. Опанасюка. – К. : ТОВ «Світ сучасної стоматології», 2005. – 506 с.
4. Михайлова Е. С. Соматический статус и психоэмоциональное состояние больных с синдромом жжения в полости рта, возникшем после ортопедического лечения / Е. С. Михайлова, И. В. Кулик, Н. В. Катковник // Российский семейный врач. – 2006. – Т. 10, № 2. – С. 31–34.
5. Реактивно-дистрофические процессы в слюнных железах (сиалоаденозы), протекающие на фоне метаболического синдрома / В. В. Афанасьев, Р. И. Стрюк, С. Э. Арутюнян [и др.] // Стоматология. – 2011. – № 4. – С. 49–53.

6. Значение оценки общесоматического состояния пациента на стоматологическом приеме / А. И. Кирсанов, И. А. Горбачев, Э. А. Бодякина [и др.] // Пародонтология. – 2001. – № 1/2. – С. 13.

7. Клініка та лікування сіалоаденітів / Л. Д. Чулак, А. П. Левицький, В. А. Залевська, В. Г. Штурмінський. – Чернівці : Прут, 2006. – 114 с.

8. Чулак Л. Д. Результаты изучения влияния съёмных и несъёмных зубных

протезов на уровень саливации у лиц с разным уровнем саливации / Л. Д. Чулак, Ю. Г. Романова, Р. И. Бабий // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. – Харьков, 2004. – Вып. 7. – С. 80–81.

УДК 616.31-089:577.15

И. Д. Атмажов, Е. Д. Бабов

#### ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Статья посвящена актуальной проблеме стоматологии — улучшению качества протезирования зубными протезами лиц, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез с наличием гипосаливации.

Исследован изменения в составе ротовой жидкости, авторы предлагают четкие рекомендации по протезированию этой категории больных.

**Ключевые слова:** гипосаливация, хронические заболевания слюнных желез, съёмный зубной протез, несъёмный зубной протез, минеральный состав слюны.

UDC 616.31-089:577.15

I. D. Atmazhov, Ye. D. Babov

#### EVALUATION OF ORAL HYGIENE AND DENTURES IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES OF SALIVARY GLANDS

The article is devoted to the actual problem of dentistry — improving the quality of prosthetic dentures of persons suffering from chronic diseases of salivary glands with the presence of sialoschisis.

Examining changes in the oral liquor, authors propose recommendations in prosthetics in this category of patients.

**Key words:** sialoschisis, chronic diseases of salivary glands, removable dentures, fixed dentures, the mineral composition of saliva.

УДК 616.5-006.6-07

И. В. Ашанина, канд. мед. наук, доц.

## РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Одесский национальный медицинский университет

На современном этапе в мире растет озабоченность медиков в связи с увеличением числа злокачественных новообразований кожи, в частности меланомы — опухоли, характеризующейся быстрым развитием и способностью к быстрому метастазированию.

Общий коэффициент смертности от меланомы кожи в Украине (на 100 тыс. населения) в 2010 г. составил: 4,8 — среди мужчин; 6,2 — среди женщин. В 2006 г. соответственно 4,4 и 5,5 [5].

Среди причин развития меланомы можно назвать эндемический фактор — район проживания. Так, высокая заболеваемость регистрируется на Юге Украины, в Крыму — на 18 % выше, чем общеукраинские показатели (по состоянию на 2006–2010 гг.) [1]. К развитию меланомы приводят также наследственный фактор (наследственная

меланома) и повышенная инсоляция — как разовая, так и кумулятивная доза солнечного облучения, полученная человеком в течение всей жизни, особенно в детском возрасте (количество случаев, когда человек «сгорел» на солнце до образования ожога I степени). Опасность злокачественных заболеваний повышается в тех случаях, когда пациент имеет I и II типы кожи:

— I тип (кельтский) — у людей с рыжими волосами и голубыми глазами;

— II тип (светлокожий европейский) — светлая кожа, склонная к солнечным ожогам, загорает с трудом (по шкале Фицпатрика) [3].

Среди провоцирующих факторов можно назвать хроническую травматизацию, посещение солярия, большое количество родинок на теле (более 50), особенно на открытых участках тела.

Все вышеуказанное обязывает врачей-дерматологов проявлять внимательность, онкологическую настороженность при осмотре пациентов, обратившихся по поводу новообразований на коже — изменившихся либо появившихся вновь.

Безусловно, главным инструментом диагностики остаются опыт врача, его клинические знания, умение проводить дифференциальную диагностику на основании клинической картины, анамнеза жизни и заболевания, использование методов лабораторной диагностики (общеклинические анализы, онкомаркеры, томография и др.). Но глаз врача видит только поверхностные слои кожи, а на основании такого осмотра не всегда можно сделать верное заключение. И лишь по истечении времени, когда видимые изменения становятся очевидными, время уже упущено и опухоль