

Е.В. Турусова,
ассистент кафедры стоматологии детского
возраста и ортодонтии

Н.В. Булкина,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой
терапевтической стоматологии

И.В. Фирсова,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии

С.Н. Лебедева,
ассистент кафедры стоматологии детского
возраста и ортодонтии

Л.Н. Казакова,
к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Влияние методов ортопедической реабилитации на качество жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта

Резюме. Проводилась оценка влияния различных способов ортопедической реабилитации, таких как протезирование мостовидными протезами, опирающимися на естественные зубы, и ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах, на состояние тканей пародонта и качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. Оценка состояния тканей пародонта осуществлялась с помощью исследования летучих жирных кислот в ротовой жидкости пациентов до и после лечения, а также через 6 и 12 месяцев после установки протетических конструкций. Оценка качества жизни проводилась на всех этапах лечения, а также в отдаленные сроки.

Ключевые слова: пародонтит, дентальные имплантаты, качество жизни

Summary. In this paper we assessed the influence of different prosthetic rehabilitation, such as prosthetics bridges supported on natural teeth and dentures prosthetic constructions on dental implants, periodontal status and quality of life of patients with chronic generalized periodontitis. Assessment of the status of periodontal tissues was carried out using the study of volatile fatty acids in the oral fluid of patients before and after treatment and after 6 and 12 months after the installation of prosthetic designs. The assessment of quality of life were conducted at all stages of treatment and in long-term period.

Key words: periodontitis, dental implants, quality of life

По данным ряда исследователей, воспалительные заболевания пародонта в возрастной группе 25–45 лет обнаруживаются у 95% лиц, причем в 100% случаев при обследовании первичных пациентов с данной патологией определяются плохой уровень гигиены и отсутствие знаний о роли индивидуальной гигиены полости рта в возникновении заболевания [3, 14].

Многочисленные исследования доказывают важную роль наследственности, системных заболеваний, социальных и клинических условий в развитии заболеваний пародонта. Но, тем не менее, ведущую роль в возникновении данных заболеваний они отводят микрофлоре зубной бляшки и зубного налета [8–11, 18, 23, 24].

Среди многих биологически активных веществ, продуцируемых микрофлорой зубной бляшки, самым спорным можно считать летучие жирные кислоты (ЛЖК).

ЛЖК — монокарбоновые кислоты с длиной цепи до 8 атомов углерода. К ним относятся уксусная, пропионовая, изомасляная, масляная, изовалериановая, валериановая, изокапроновая и капроновая кислоты.

ЛЖК — основной продукт микробной ферментации углеводов, жиров и белков. Вырабатываются ЛЖК главным образом анаэробными бактериями, которые доминируют в составе кишечной микрофлоры. Неразветвленные ЛЖК — уксусная, пропионовая и масляная — образуются при анаэробном брожении углеводов, тогда как метаболизация белков ведет к образованию разветвленных кислот — изомасляной (из валина) и изовалериановой (из лейцина) [21].

В большинстве работ, изучающих влияние ЛЖК, говорится, что они проявляют свою активность при концентрациях 1–5 ммоль/л. Это примерно соответствует их количеству в ротовой полости и, вероятно, ЛЖК, как иммуноактивные продукты метаболизма, играют важную роль в патогенезе заболеваний пародонта.

Известно, что воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) ведут к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, тем самым являясь одной из основных причин вторичной адентии. Исследования доказывают, что

функциональные расстройства зубочелюстной системы, возникшие в результате потери зубов по причине воспалительных заболеваний пародонта, происходят в 5–6 раз чаще, чем вследствие кариеса и его осложнений [7, 12].

В связи с тем, что при потере зубов происходит возникновение определенных патологических состояний со схожей симптоматикой, вторичную частичную адентию следует отнести к тяжелым поражениям. Возникшее нарушение целостности зубного ряда — процесс необратимый, поэтому дефекты зубных рядов следует считать тяжелым поражением сформированной зубочелюстной системы [1, 19].

Зарубежные и отечественные исследователи сходятся в том, что потеря зубов является причиной глубоких структурно-функциональных трансформаций человеческого организма, утяжеляет течение многих патологий полости рта, в том числе нарушает эстетику лица и улыбки пациента, что в совокупности может вылиться в серьезные психосоциальные последствия и снижение качества жизни (КЖ) человека [2, 4–6, 13, 15–17, 20, 22].

Учитывая вышесказанное, целью нашей работы явилось изучение изменений, происходящих с пациентами, страдающими ВЗП и вторичной частичной адентией на различных этапах лечения и ортопедической реабилитации:

1. Выявить изменения в микробном составе ротовой полости пациентов с ВЗП и частичной вторичной адентией на различных этапах лечения путем анализа ЛЖК ротовой жидкости;
2. Выявить динамику изменения КЖ пациентов, страдающих данными патологиями на этапах реабилитации и в динамике;
3. Определить наиболее эффективный способ ортопедической реабилитации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) и включенными дефектами зубных рядов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Контингент обследованных составил 100 человек в возрасте 25–45 лет с установленным ХГП средней степени тяжести и включенными средними дефектами зубных рядов. Пациентов разделили в зависимости от способа ортопедической реабилитации на две равные группы: I — пациенты, которым частичную вторичную адентию

замещали металлокерамическими мостовидными протезами, опирающимися на собственные зубы, и II — протезирование пациентов проводилось имплантами для замещения включенных дефектов зубных рядов. У всех пациентов до начала лечения, а также на всех этапах лечения и через 6 и 12 месяцев после протезирования забирали ротовую жидкость для определения ЛЖК путем газожидкостной хроматографии и оценивали КЖ по русифицированной и валидизированной версии опросника ОНП-14.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных до лечения выявил сильное снижение КЖ у всех респондентов, что может свидетельствовать о существенном влиянии стоматологических патологий на жизнь. Также отмечено, что проведение хирургических вмешательств существенно ухудшает показатели КЖ у всех пациентов, что необходимо учитывать при планировании лечения и заранее подготавливать их к данным вмешательствам с учетом психотипов психологическим или медикаментозным способами. Оценка концентрации ЛЖК в ротовой жидкости у всех пациентов до лечения выявила существенные отклонения от нормы в относительных и абсолютных значениях, что может свидетельствовать о дисбалансе в микрофлоре ротовой полости пациентов с ХГП. Так, свидетельством активизации анаэробной флоры могут служить сильно отрицательные значения анаэробного индекса, который отражает смещение окислительно-восстановительного баланса в сторону восстановленных кислот (см. таблицу).

После лечения и протезирования в обеих группах отмечали улучшения показателей КЖ и ЛЖК, но во II группе они оказались достоверно выше. Нормализация анаэробного индекса в ротовой жидкости пациентов II группы свидетельствует о снижении численности, а также протеолитической и гемолитической активности анаэробной популяции, тогда как у пациентов I группы, несмотря на имеющуюся тенденцию к снижению данного показателя, значения остаются выше нормы.

Через 6 и 12 месяцев после окончания лечения видна тенденция к достоверному ухудшению КЖ пациентов I группы, что может свидетельствовать о появлении дискомфорта в полости рта, тогда как изменения в худшую

Качество жизни и концентрация ЛЖК на различных этапах

Показатель	Повседневная жизнь		Пережевывание пищи		Способность общаться		Анаэробный индекс, ед.	
	I	II	I	II	I	II	I	II
До лечения	12,58±0,61	16,68±0,82	7,34±0,52	10,74±0,64	9,00±0,59	10,68±0,57	-0,338±0,005	-0,281±0,006
После хирургического лечения	16,68±0,65	19,82±0,78	11,04±0,48	13,78±0,62	12,76±0,62	13,74±0,58	Забор не проводился	
После протезирования	8,58±0,35	18,10±0,81	5,12±0,27	12,20±0,64	5,72±0,29	12,10±0,59	-0,177±0,004	Забор не проводился
Через 6 мес после лечения	9,42±0,35	7,62±0,24	6,14±0,26	4,54±0,10	6,66±0,27	4,40±0,08	-0,246±0,005	-0,149±0,003
Через 12 мес после лечения	10,06±0,61	8,02±0,23	6,82±0,27	4,96±0,10	7,40±0,26	4,68±0,10	-0,257±0,006	-0,157±0,007

сторону во II группе несущественны, а различия на этих сроках недостоверны, что говорит об успехе проведенного лечения.

При оценке динамики концентрации ЛЖК в I группе наблюдается дальнейшее снижение активности молочнокислой флоры полости рта и появлении дисбаланса аэробных и анаэробных популяций микроорганизмов в сторону увеличения числа анаэробов, в то время как во II группе по-прежнему наблюдается высокая активность лакто- и бифидобактерий и преобладание аэробных популяций.

Таким образом, можно говорить, что протезирование с помощью ортопедических конструкций на денальных имплантатах является наиболее предпочтительным методом ортопедической реабилитации у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1. Адамчик А.А.** Эффективность современных методов комплексного лечения пациентов с дефектами зубных дуг в боковых сегментах: автореф. дис. ... к.м.н. — Волгоград, 2009. — 30 с.
- 2. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г.** Использование стоматологических измерений качества жизни. — *Стоматология для всех*. — 2006; 2: 4—7.
- 3. Бокая В.Г., Малыгина О.А.** Местные факторы риска при пародонтитах тяжелой степени и частота их выявления врачами-стоматологами. — В сб. тр. VI съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2000. — С. 180—182.
- 4. Виноградов А.В.** Анализ эффективности алгоритмизированных профилактических мероприятий, проводимых пациентам с соматической патологией перед денальной имплантацией: дис. ... к.м.н. — М., 2007. — 110 с.
- 5. Гилева Е.С.** Системный анализ параметров макро- и микроэстетики улыбки у лиц молодого возраста и его динамика в процессе лечения скученного положения зубов во фронтальном отделе: дис. ... к.м.н. — Пермь, 2007. — 178 с.
- 6. Грачев Д.И.** Повышение эффективности ортопедического лечения и качества жизни больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти: дис. ... к.м.н. — М., 2012. — 162 с.
- 7. Дубровская М.В., Иващенко Ю.Ю.** Ранняя диагностика и профилактика воспалительных заболеваний пародонта у беременных. — *Dental Forum*. — 2011; 5: 31—2.
- 8. Дыбов Д.А., Юркевич А.В., Михальченко А.В., Михальченко Д.В.** Применение препаратов селена в лечении воспалительных заболеваний пародонта. — *Клиническая стоматология*. — 2017; 4 (84): 26—29.
- 9. Канкян А.П., Леонтьев В.К.** Болезни пародонта (новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении). — Ереван: Тигран Мец, 1998. — 360 с.
- 10. Лемецкая Т.И.** Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта: дис. ... д.м.н. в виде научного доклада. — М., 1998. — 62 с.
- 11. Мазур И.П.** Местная антимикробная терапия активных пародонтальных карманов. — *Новое в стоматологии*. — 2000; 4: 78—80.
- 12. Мазур И.П.** Остеотропная терапия в комплексном лечении заболеваний пародонта. — *Проблемы остеологии*. — 2001; 1 (4): 99—101.
- 13. Насыров Р.Т.** Комплексная оценка психоэмоциональных нарушений и качества жизни больных с дефектами зубных рядов в процессе ортопедической их реабилитации: дис. ... к.м.н. — Уфа, 2009. — 153 с.
- 14. Олесов Е.Е.** Экспериментально-клиническое и экономическое обоснование профилактики стоматологических заболеваний у молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда: дис. ... д.м.н. — М., 2015. — 319 с.
- 15. Савина Е.А., Еремин О.В., Алтынбаева А.П., Зотова А.С., Хохлова К.М.** Оценка эффективности совместного применения госпитальной шкалы тревоги и депрессии и опросника определения уровня стоматофобии и динамики взаимоотношений в системе «врач — пациент» при дифференцировании специфической стоматологической тревожности. — *Современные проблемы науки и образования*. — 2016; 6: 162.
- 16. Салеев Р.А., Федорова Н.С., Салеева Г.Т., Викторов В.Н.** Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста. — *Проблемы стоматологии*. — 2017; 1 (13): 84—7.
- 17. Суетенков Д.Е., Турусова Е.В.** Сравнительная характеристика качества жизни при применении различных видов ортодонтической аппаратуры. — *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2015; 4 (14): 38—40.
- 18. Труфакин В.А., Шурлычина А.В.** Проблемы гистофизиологии иммунной системы. — *Иммунология*. — 2002; 1 (23): 4—8.
- 19. Чижов Ю.В., Митрофанов П.В., Сумароков А.А., Алямовский В.В., Казанцева Т.В., Багинский А.Л.** Показатели ортопедического статуса у психически больных мужчин пожилого и старческого возраста. — *Клиническая геронтология*. — 2016; 22 (11—12): 73—80.
- 20. Шанидзе З.Л., Грачев Д.И., Гуревич К.Г., Арутюнов А.С.** Качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов и послеоперационным дефектом верхней челюсти онкологического генеза. — *Институт стоматологии*. — 2017; 74 (1): 22—5.
- 21. Шендеров Б.А.** Медицинская микробная экология и функциональное питание. — Т. 1. — М.: Грантъ, 1998. — С. 111.
- 22. Allen P.F., McMillan A.S.** A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. — *J Can Dent Assoc*. — 2003; 69 (10): 662.
- 23. Beck J.D.** Issues in assessment of diagnostic tests and risk for periodontal disease. — *Periodontol*. — 2000; 7: 100—8.
- 24. Rams T.E., Slots J., V. Winkelhoff A.J.** Systemic antibiotic therapy in periodontitis. — *Periodontol*. — 2000; 10: 45—78.

ВЫВОДЫ

- 1. Изменение микробного состава ротовой полости пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта после протезирования на денальных имплантатах в сторону аэробной микрофлоры свидетельствует об уменьшении воспалительного процесса в тканях пародонта.**
- 2. Ухудшение качества жизни, наблюдаемое после хирургических этапов лечения ХГП и вторичной частичной адентии, требует индивидуализации подхода к ведению данных пациентов.**
- 3. Анализ результатов лабораторных и социологических исследований доказывает эффективность протезирования на денальных имплантатах у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и частичной вторичной адентией.**