

Доступный для имплантации объем костной ткани присутствовал у 90% пациентов, обращавшихся за ортопедическим лечением с фиксацией полного съемного протеза нижней челюсти сферическими аттачменами, и у 70% пациентов – для фиксации протеза балочной системой, опирающейся на 4 дентальных имплантата.

Замки в виде шарика и муфты на двух имплантатах особенно показаны для улучшения фиксации существующих полных съемных протезов у пожилых пациентов с ограниченными способностями к адаптации к новому протезу. В данной ситуации сферические аттачмены предпочтительнее, чем балочная система, т.к. одиночные замки занимают меньше места. Следует отметить, что большинство пациентов, обращавшихся для протезирования съемными конструкциями с применением дентальной имплантации, были более мотивированы на выбор данного вида конструкции с учетом актуальной стоимости лечения, при возможности установки 4 имплантатов выбор чаще склонялся к применению условно-съемной конструкции.

На фоне очень хорошей степени ретенции протеза основным недостатком в применении балочной фиксации является потребность в большом объеме пространства в полости рта, необходимом для балок, что часто является проблемой в клинике. Изготовление съемного протеза с балочной фиксацией, процедуры ухода за протезом, такие как перебазировка или замена дефектной матрицы, технически более сложны, чем для одиночных аттачменов. Вместе с тем, данная конструкция имеет преимущества в долгосрочном применении как более надежная, менее склонная к перегрузке имплантатов и предотвращающая атрофию слизистой под базисом из-за давления протеза, что обеспечено благоприятным распределением нагрузок под балкой протеза.

Заключение. Таким образом, основными критериями выбора метода фиксации съемного протеза посредством имплантатов являются: доступный для имплантации объем костной ткани нижней челюсти, геометрические параметры: вертикальное и лабиолингвальное расстояние, необходимая для конкретного пациента сила ретенции протеза, способность пациента осуществлять адекватный гигиенический уход за компонентами системы.

Гонтарев С.Н.^{1,2}, Гонтарева И.С.^{1,2}, Перязева П.А.²
**ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

*¹ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника
Старооскольского городского округа», г. Старый Оскол
²НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, до 95% взрослых и 80% детей страдают воспалительными заболеваниями пародонта, такими как гингивит, стоматит, глоссит.

Как известно, в основе этиологии воспалительных заболеваний пародонта лежит длительное неблагоприятное воздействие внутренних и внешних патогенных факторов, в связи с чем наблюдается снижение резистентности тканей пародонта, а также нарушения в иммунной (барьерной) системе организма.

Одним из таких патогенных факторов являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа инфекционных воспалительных заболеваний дыхательных путей вирусной этиологии, передающихся воздушно-капельным путём, к которым относятся аденовирусные болезни, различные виды гриппа, парагрипп, риновирусная инфекция и многие другие вирусы, количество которых превышает 200 видов. Данные вирусы воздействуют и повреждают микроциркуляторное русло пародонта, в свою очередь состояние сосудистого русла является одним из определяющих звеньев патологического

процесса в пародонте. Также при ОРВИ выявляются: гиперсекреция желёз, отёчность слизистых оболочек полости рта и носоглотки, наличие налёта, десквамаций на языке и покраснений в области мягкого нёба.

По утверждению ряда авторов (Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С. и др.) иммуногистохимические исследования слизистых оболочек полости рта пациентов с ОРВИ показывают увеличение содержания макрофагов, Т- и В-лимфоцитов в крови пациентов, в тучных клетках наблюдается увеличение концентрации гистамина. Таким образом, снижение иммунитета полости рта при острых респираторных вирусных инфекциях является субстратом для микрофлоры, которая колонизирует на поверхности зуба. Примером микрофлоры являются пародонтопатогенные микроорганизмы *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*.

При ОРВИ наблюдается усугубление текущего воспалительного процесса в пародонте путём специфических изменений тканей при инфекционном процессе, но также воспалительные заболевания пародонта могут развиваться как следствие острых респираторных вирусных инфекций.

В связи с течением параллельного воспалительного процесса для ведения пациентов с заболеваниями пародонта необходимо тщательно подбирать лечение. При составлении плана фармакотерапии необходимо в первую очередь назначить медикаментозное лечение ОРВИ. Врач обязан учитывать влияние назначаемых препаратов на ткани пародонта. Порой некоторые лекарственные средства, в частности синтетические антибиотики, выполняя свою функцию, оказывают пагубное действие на микрофлору полости рта, деструктивно влияя на собственный иммунитет полости рта. Такой принцип действия препарата провоцирует появление, либо усугубление воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Учитывая вышеизложенные знания о патогенезе острых респираторных вирусных инфекций и воспалительных заболеваний пародонта, нами был составлен список наиболее действенных методов лечения заболеваний тканей пародонта при данных условиях.

В первую очередь при проведении пародонтальной терапии необходимо установить контроль за гигиеной полости рта: рекомендуется использовать аппликации, аэрозольные орошения, полоскания, ротовые ванночки с антисептическими препаратами, в частности окислителями (1%-ный раствор перекиси водорода) и галогенсодержащими соединениями (0,05-0,1%-ные растворы хлоргексидина), которые будут действовать местно на поражённые участки ткани. Ещё одним методом дезинфекции является использованием в практике высокоэнергетических лазеров. Также преимуществом использования данного метода является возможность лазера усиливать электромагнитные колебания, что улучшает трофические процессы, способствуя нормализации проницаемости сосудистой стенки и тока в микроциркуляторном русле.

На данном этапе развития стоматологии перспективно использовать метод биологической терапии, конкретно, фаготерапии – использование препаратов бактериофагов. У данного метода есть ряд преимуществ. Принцип действия фаготерапии схож с действием антибактериальной терапии – бактериофаги высоко специфичны к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам, но в отличие от антибиотиков их действие селективно и направлено исключительно на пародонтопатогенные бактерии. Тем самым бактериофаги не влияют на нормальную микрофлору полости рта.

Ещё одним направлением лечения воспалительных заболеваний пародонта при ОРВИ является фитотерапия. Многие лекарственные растения обладают антисептическим и антимикробным действием и входят в состав стоматологических препаратов. Рассмотрим некоторые из них. Календула лекарственная, *Calendula officinalis*, – в своём составе имеет сесквитерпены, флавоноиды, полисахариды, тритерпеновые сапонины, тритерпеновые спирты, каротиноиды, ксантофиллы, фенольные кислоты, стероиды, токоферол и календулин – эти вещества проявляют антимикробную активность в отношении пародонтопатогенных бактерий, исследованиями было подтверждено положительное действие настойки календулы при лечении гингивита. Пихта сибирская, *Abies sibirica* –

обладает противовоспалительным, антигипертензивным, противогрибковым действием. Ромашка аптечная, *Matricaria chamomilla*, - отмечено её спазмолитическое, антибактериальное и противогрибковое свойство, что является преимуществом при лечении заболеваний тканей пародонта при параллельном протекании ОРВИ. Тысячелистник обыкновенный, *Achillea millefolium*, – богат флавоноидами, фенолокислотами – наиболее важные составляющие, а также алкалодами, терпенами. В исследованиях описаны антимикробные, антиоксидантные, противогрибковые, ранозаживляющие, спазмолитические эффекты тысячелистника.

Использование антибактериальной терапии является хоть и частой, но спорной практикой. Безусловно, антибактериальные препараты, имеющие высокую селективность к тканям пародонта - антибиотики группы линкозамидов (линкомицин, клиндамицин), оказывают должный, однако, лишь временный эффект в коррекции состояния тканей пародонта. При длительном приёме возможны побочные эффекты: возникновение резистентности микроорганизмов, нарушения в собственной иммунной системе полости рта, также отмечается риск развития дисбактериоза у пациента. Однако возможно применение лекарственных препаратов, иммобилизирующих антибиотик на биополимерных матрицах. Таким образом возможно длительное и равномерное высвобождение активного вещества и поддержание его высокой концентрации без повышения содержания вещества в системном кровотоке, что позволяет достичь минимизации побочных эффектов.

Примером лечения, не оказывающего негативного влияния на организм и не вызывающего резистентность микроорганизмов, является озонотерапия. Согласно исследованиям (З.К. Сотиева, С.К. Хетагуров, 2016) это один из наиболее эффективных методов для лечения катарального гингивита и очагового пародонтита. Преимуществом данного метода является возможность действия в труднодоступных областях, мгновенное дезинфицирующее действие, а также возможность действовать в отношении не только бактерий, но и цист, грибов, вирусов.

Согласно исследованиям (С.Н. Гонтарева, И.С. Гонтаревой) у пациентов с ОРВИ наблюдается увеличение концентрации гистамина в тучных клетках. Гистамин – биогенный амин, медиатор воспаления, играющий важную роль в развитии аллергических реакций 1 типа. А потому при назначении лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с параллельным воспалительным процессом, вызванным острой респираторной вирусной инфекцией, необходимо назначение аппликаций, ротовых ванн, лечебных повязок нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и антигистаминных препаратов. Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов уменьшают реакцию организма на гистамин, снимают вызванный им отёк, а также уменьшают проницаемость капилляров. Антигистаминная терапия обязательна при использовании антибиотиков и на фоне применения НПВС.

Все вышеперечисленные методы лечения в условиях течения параллельного воспаления, вызванного ОРВИ необходимо подкреплять резорбтивным воздействием комплекса лекарственных средств – иммунотерапией. Иммунотерапия проводится посредством назначения пациенту витаминов направленного действия, анаболиков нестероидной природы, ингибиторов костной резорбции. Большую роль в процессах восстановления тканей пародонта играют витамины: С – повышает стойкость капилляров, В1 – уменьшает уровень пирувата, увеличивая энергообеспеченность тканей, В2 – препятствует развитию хейлита, гингивита, В6 – участвует в белковом обмене, укрепляя белковый матрикс дёсен, D – обеспечивает усвоение ионов Са из пищи. Для восстановления и ингибирования процессов резорбции ткани назначаются анаболики нестероидной природы: оротат калия – стимулирует регенерацию и синтез белка, ингибирует процесс вымывания Са, метилурацил – оказывает противовоспалительное действие, улучшает регенерацию при костной патологии и язвенном процессе.

Заключение. Для лечения воспалительных заболеваний пародонта в условиях течения параллельного воспаления, вызванного острой респираторной вирусной инфекцией, должна применяться комплексная последовательная терапия. При составлении плана лечения врач-стоматолог должен осознавать необходимость проведения дополнительной иммунотерапии, а также важность тщательного подбора антибактериального препарата или же поиска иных мер дезинфекции ротовой полости. Лечение воспалительных заболеваний пародонта не представляется возможным без предшествующего устранения очага инфекции дыхательных путей.

Гонтарев С.Н.^{1,2}, Гонтарева И.С.^{1,2}, Пунько Д.С.², Степанова А.И.²
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника
Старооскольского городского округа», г. Старый Оскол

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

Введение. Статья посвящена современным методам лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей, страдающих метаболическим синдромом. Известно, что проблема имеет важное общемедицинское значение, а также являются актуальной в практике детского стоматолога. Лечение у данной группы детей в первую очередь обязано быть комплексным и при необходимости должно составляться совместно с педиатром. Прогнозируется с учетом таких факторов как этиология, выбор лабораторных и клинических методов степени проявления воспалительных изменений в полости рта. Рассматриваются наиболее оптимальные современные методы лечения у данной группы пациентов, а также показана их эффективность.

Цель исследования: изучение оптимальных лечебных и профилактических программ, которые позволяют повысить уровень гигиены полости рта и улучшить состояние пародонта у детей и подростков с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. На базе ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника Старооскольского городского округа» была изучена эффективность лечения хронических форм катарального гингивита у детей с экзогенно-конституционным ожирением 1 степени с использованием растительного препарата «Стоматофит». Под наблюдением находилась первая группа, в которой состояли 50 детей с экзогенно-конституционным ожирением 1 степени в возрасте 12-17 лет и вторая из 50 детей, не имеющих общесоматической патологии. У данных групп пациентов наблюдались проявления хронического генерализованного катарального гингивита.

Для оценки гигиенического состояния рта использовали показатели: индекс Silness-Loe (1964) – определение количества мягкого зубного налета, индекс Stallard (1969) – выявление площади зубной бляшки, пробы Шиллера-Писарева (йодное число Свракова, 1963) – степень выраженности воспалительного процесса в тканях десны, индекса РМА (в модификации Parma, 1960) – степень тяжести гингивита (коммунальный пародонтальный индекс CPI) – распространенность воспалительного процесса по количеству секстантов с кровоточивостью десны.

Дети были распределены на 2 основные группы по степени тяжести гингивита, возрасту и гендерному признаку. В первой основной группе 25 человек проводили лечение согласно протоколу (обучение индивидуальной гигиене полости рта, проведение контролируемой чистки зубов, аппликации 0,01% раствора Мирамистина и полоскания данным раствором 2 раза в день в течение 12 дней). В первой группе сравнения 25 человек общепринятая схема лечения была дополнена полосканиями раствора «Стоматофит» (7,5 мл на 50 мл ¼ стакана воды) 4 раза в день на протяжении 12 дней.