

Богданова А.А.^{1,2}, Гонтарев С.Н.^{1,2}, Котенева Ю.Н.^{1,2}, Макова С.В.²

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

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

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

Введение. По данным Роспотребнадзора РФ пораженность сахарным диабетом составляет 6 процентов от взрослого населения планеты. Согласно статистике, только в России на данный период времени зарегистрировано около 9 миллионов человек, подавляющее большинство из которых приходится на сахарный диабет 2 типа. Разнятся цифры фактических и регистрируемых показателей распространенности – так фактические выше в 3,1 раза для больных в возрасте 30-39 лет, в 4,1 раза – для возраста 40-49 лет, в 2,2 раза – для 50-59-летних и в 2,5 раза – для 60-69-летних.

В настоящий период времени из-за характера распространения и течения сахарный диабет приурочили к пандемии. Так, по расчетам Международной федерации диабета ожидается увеличение количества больных сахарным диабетом вдвое к 2025 году, наибольшим числом пораженных будут являться в основном лица трудоспособного возраста, а к 2030 году – 500 миллионов человек. Такая неутешительная статистика общемировой проблемы является результатом генетической предрасположенности, наличия избыточного веса и нездорового образа жизни. К сожалению, с каждым годом болезнь прогрессивно молодеет.

В нашей стране, и в мире в целом, постоянно внедряются различные программы по анализу распространенности данной эндокринопатологии, мерах ее профилактики и лечения, что в итоге благоприятно сказывается на качестве жизни больных и приводит к уменьшению показателей смертности и увеличению продолжительности их жизни. Взаимосвязь стоматологического здоровья напрямую сопряжена с наличием в анамнезе пациентов обоих типов сахарного диабета.

Биохимические сдвиги в организме больных патологически сказываются на работе слюнных желез, приводя к ослаблению нормальной саливации, снижению резистентных свойств иммунной защиты ротовой полости и прогрессированию пародонтопатогенной флоры с образованием порочного круга. Ухудшение метаболического контроля гликемии является следствием повышения резистентности тканей к инсулину, обусловленное прогрессивным увеличением пародонтопатогенных микроорганизмов и выделения ими эндотоксинов. Итогом нарушенных биологических процессов в тканях и органах ротовой полости являются резкое увеличение показателей кариесогенности, деструктивные процессы в мягких тканях и костных структурах челюстей с высокими показателями распространенности гингивитов и пародонтитов, которые в свою очередь приводят к системному воспалению и субклиническому атеросклерозированию крупных коронарных и более мелких сосудов, повышая риски возникновения инфарктов, инсультов и нефропатий и патологий со стороны других органов и тканей, что в целом способствует снижению качества и продолжительности жизни больных.

С точки зрения стоматологического вмешательства на основе данных эпидемиологических исследований, пародонтологическое лечение осложнений сахарного диабета лечение есть абсолютная необходимость, как мера профилактики ранней смертности больных от опосредованных сердечно-сосудистых атак.

Цель исследования: диагностирование показателей нуждаемости и оптимизация протоколов лечения с минимизацией сроков адаптации и перспектив отсроченных последствий эксплуатации различных видов ортопедических конструкций у пациентов молодого возраста, имеющих в анамнезе сахарный диабет второго типа.

Материалы и методы исследования. Базой проводимого исследования за период 01.02.2021-20.01.2022 послужила ООО «Социальная стоматология Белогорья. Стоматологическая поликлиника Старооскольского городского округа». Всего приняло участие 60 человек в возрастном диапазоне 25-44 лет с установленным диагнозом сахарный диабет второго типа имеющих компенсированную форму. Все 60 человек до начала лечения прошли индивидуальное анкетирование, откуда были получены сведения о данной форме эндокринной патологии. Все пациенты указали, что состоят на учете у лечащих врачей-эндокринологов и соблюдают данные им рекомендации в отношении состояния общесоматического здоровья.

Обследование пациентов проводилось согласно установленному протоколу. У 100% исследуемых пациентов были обнаружены различные формы и стадии пародонтопатологий, таких как пародонтита гингивита, в связи с чем перед началом ортопедического лечения им была проведена санация полости рта, включающая в себя необходимый комплекс терапевтических, хирургических и пародонтологических вмешательств с купированием всех имевшихся инфекционно-воспалительных явлений, а также каждому был проведен комплекс обучающих гигиене полости рта мероприятий. В зависимости от количества и состояния здоровья имеющихся зубов, а также от наличия ранее установленных ортопедических стоматологических конструкций нами была определена нуждаемость в стоматологической ортопедической помощи.

До момента начала обследования 15% пациентов ранее не пользовались какими-либо видами стоматологических ортопедических конструкций. В зависимости от клинической ситуации, все участвующие в исследовании пациенты были разделены на группы: 1 группа – пациенты, протезируемые несъемными ортопедическими конструкциями, а именно – одиночные коронки и мостовидные протезы с опорами на естественных зубах и дентальных имплантатах, 2 группа – пациенты, протезируемые комбинировано несъемными (одиночные коронки и мостовидные протезы) и съемными ортопедическими конструкциями (частичные съемные пластинчатые и бюгельные протезы с кламмерными и замковыми типами фиксации), 3 группа – пациенты, протезируемые исключительно полными съемными протезами. Нами были соблюдены временные рамки изготовления всех видов ортопедических конструкций – 14 рабочих дней со дня снятия оттисков, а также каждому исследуемому составлен график плановых посещений от момента фиксации конструкций в полости рта: 1 посещение - проводилось через сутки, 2е – через 7 дней, 3е – через 14 дней, 4е – через 1 месяц, 5е – через 3 месяца, 6е – через 6 месяцев. Все исследуемые пациенты являлись согласно установленного графика в назначенный срок для плановых осмотров.

Результаты исследования и их обсуждение. За исследуемый период 01.02.2021-20.01.2022 в рамках плановых посещений у пациентов 1 группы не было выявлено патологических проявлений со стороны органов и тканей полости рта; у пациентов 2 и 3 групп в течении всего исследуемого периода в участках свободных от базисов съемных протезов также отсутствовали признаки патологических изменений, во временном диапазоне от 1 до 3 посещения в участках контакта базисов съемных видов протезов с тканями протезного ложа определялся белесоватый налет, очаги нарушений целостности эпителиальных слоев слизистой оболочки в виде эрозивно-язвенных поражений, гиперемии, отека в различных объемах в области точек гиперкомпрессии альвеолярных отростков челюстей и неба, а также изменения уровня саливации и вкусовой рецепторной чувствительности. Вышеперечисленные патологические изменения являлись нормальными в рамках периода адаптации тканей полости рта к съемным видам ортопедических конструкций и были полностью купированы уже к 4 посещению после проведения врачом коррекций границ базисов протезов и соблюдения пациентами гигиенических мероприятий в 98 процентах случаев. В оставшихся 2 процентах определялся мягкий и пигментированный твердый (от красящих компонентов принимаемой пищи и курения) зубной налет на акриловых поверхностях съемных протезов в результате нарушения пациентами гигиенических мероприятий. К концу исследуемого периода у пациентов всех

3 исследуемых групп в 100 процентах случаев наступила полная адаптация ко всем изготовленным видам ортопедических стоматологических протезов. С целью увеличения сроков эксплуатации конструкций пациентам даны рекомендации на дальнейшее динамическое ортопедическое наблюдение каждые 6 месяцев в течении всего срока эксплуатации установленных конструкций с обязательным посещением в аналогичные сроки врача-пародонтолога с целью соблюдения протокола гигиены полости рта и исключением либо предотвращением возникновения возможных осложнений тканей пародонта, а также строгого соблюдения посещений и рекомендаций лечащего врача-эндокринолога с целью поддержания на оптимальном уровне общесоматического здоровья.

Заключение. Таким образом, за исследуемый период 01.02.2021-20.01.2022 пациенты молодого возраста в диапазоне 25-44 лет в количестве 60 человек с установленным диагнозом сахарный диабет второго типа и имеющих компенсированную форму, в 100 процентах случаев нуждаются в стоматологической ортопедической помощи. Вариабельность периода адаптации зависела от видов изготовленных протезов и индивидуального соблюдения поддержания уровня гигиены полости рта. Оптимизация лечения стоматологических последствий общесоматических нарушений при сахарном диабете 2 типа с сокращением сроков адаптации и пролонгированием сроков эксплуатации ортопедических стоматологических конструкций возможна при неукоснительном соблюдении пациентами всех врачебных рекомендаций стоматологического и эндокринологического направлений с помощью профилактических мероприятий, отказом от вредных привычек и в целом, устойчивым формированием здорового образа жизни, что в целом благоприятно отразится на качестве жизни больных.

Буганова А.А.¹, Гонтарев С.Н.^{1, 2}, Гонтарева И.С.^{1, 2}, Мустафа Ясин^{2,3}.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ
В ЭНДОДОНТИИ

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

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

³ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница», г. Строитель

Актуальность. В практической деятельности врача-стоматолога-терапевта нередко приходится встречаться с некоторыми проблемами в процессе эндодонтического лечения. Известно, что очаги периапикального повреждения – это результат действия микроорганизмов, обсеменяющих корневой канал. И если за пределами корневого канала микроорганизмы подвергаются действию защитных механизмов организма, то в его пределах ни системным антибиотикам, ни иммунным факторам инфекция недоступна. Это и объясняет необходимость эндодонтического лечения.

Но в попытке избавиться от инфицированной пульпы врач на клиническом приеме сталкивается со сложностью строения системы корневых каналов: многочисленными боковыми ответвлениями различных размеров, трансверзальными анастомозами и апикальной дельтой. Классическая методика обеззараживания корневых каналов механической обработкой и ирригацией дезинфицирующими растворами ограничена данными анатомическими особенностями и невозможностью проникать в латеральные и апикальные каналы. Это делает целесообразным поиск новых методов и технологий, которые могут улучшить очистку данных областей.

Еще одна проблема, достаточно часто возникающая на клиническом приеме – боли после эндодонтического вмешательства. Согласно современным исследованиям, ключевое звено в этиологии этих болей – выведение инфицированных дентинных опилок в периапикальную область при инструментальной обработке канала. Сравнивая методы препарирования «step-back» и «crown-down» можно прийти к выводу, что методика «crown-down», заключающаяся в последовательном очищении устьевой трети, срединной и апикальной, в наименьшей степени способствует экстразии «за апекс» дентинных опилок.