

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ  
ПРОТЕЗАМИ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ  
ПАРАМЕТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В  
ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (ПОСЛЕ  
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ )**

Сотникова М.В., Антонов А.Р., Карсанов В.Т.

*Новосибирская государственная  
медицинская академия*

**Актуальность исследования:**

Потеря всех зубов приводит к значительным изменениям альвеолярных отростков и слизистой оболочки ротовой полости. Протезы являются неадекватным раздражителем подлежащих тканей и кроме лечебного эффекта оказывают вредное воздействие на слизистую оболочку полости рта. Большой интерес вызывают клинические проявления реактивных изменений тканей протезного ложа. Базис съемного пластинчатого протеза, покрывая слизистую оболочку, нарушает тактильную, вкусовую чувствительность. Нарушает терморегуляцию и вызывает гиперемии слизистой оболочки под протезом. Это подтверждено наличие у некоторых больных сенсбилизация к монономеру наряду с явлениями непереносимости, а также бактериальная флора, остатки пищи, механическое воздействие, протезы с истекшим сроком эксплуатации. При этом аллергическая реакция возникает не только на месте контакта с материалом протеза, но может проявляться в виде экзем, глосситов с нарушением вкуса, отек губ, дерматиты лица.

Анализ осложнений, возникающих в период пользования протезом, оставляет актуальным вопрос изучения влияния каждого патогенного фактора в отдельности с целью установления патогенетической связи между характером раздражения и ответной реакцией с целью ослабления его влияния, предупреждение возможных осложнений и их лечения. Это и обуславливает актуальность настоящего исследования.

**Цель исследования:**

Совершенствование метода лечения больных с полными съемными пластинчатыми протезами.

**Задачи:**

1. Изучить содержание секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости в динамике при использовании полного съемного протеза )
2. Влияния съемного протеза при длительных сроках использования.
3. Определить изменение иммунометаболических параметров ротовой жидкости при использовании полных съемных пластинчатых протезов.
4. Изучение активности цитокинов у пожилых людей, возрастные изменения местного гуморального иммунитета ротовой полости при использовании полных съемных протезов.
- 5 Изучить активность TNF- а и интерлейкина – 4 в динамике при использовании полных съемных протезов.

**Материалы и методы исследования:**

**1. Объект исследования.**

Критерием отбора больных для поставленных задач служило наличие у больных полных съемных пластинчатых протезов.

Критерии отбора :

1. Возраст 65 – 95 лет.
2. В анамнезе полное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей.
3. Первичное или вторичное протезирование полными съемными протезами.
4. Наличие степеней атрофии по Оксману верхней и нижней челюстей.
5. Наличие воспалительных процессов в полости рта.
6. Срок использования старых полных съемных протезов.

Клинические и лабораторные исследования были проведены: 28- после протезирования через 6 месяцев.

**Лабораторные методы:**

**Забор биологического материала.**

**Ротовая жидкость.**

Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции сплевыванием в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания. Затем ротовая жидкость центрифугировалась 10 мин при 3000 об/мин. Надосадочную часть ротовой жидкости отсасывали в пластиковые пробирки и хранили при t-30С.

**Методика определения секреторного  
IgA в ротовой жидкости.**

Определение sIgA в ротовой жидкости выполнялось иммуноферментным методом с использованием коммерческого набора sIgA – ИФА – БЕСТ ЗАО Вектор – Бест (г.Новосибирск). При определении sIgA использовался твердофазовый метод иммуноанализа основанный на принципе «сендвича». Анализ проводился в две стадии. На первой стадии калибровочные пробы с известной концентрацией sIgA и исследуемые образцы инкубируются в лунках стрипированного планшета с иммобилизованными моноклональными антителами (МКАТ) к секреторному компоненту sIgA. Затем моем планшет. На второй стадии связавшийся в лунках sIgA выявляют конъюгатом МКАТ к а – цепи sIgA с пероксидазой хрена. После промывания избытка конъюгата образованные иммунные комплексы «иммобилизованные МКАТ – sIgA – конъюгат» определяют ферментативной реакцией пероксидазы с перекисью водорода в присутствии хромогена (тетраметилбензидина). Интенсивность окраски хромогена пропорциональна концентрации sIgA в анализируемом образце. После остановки пероксидазной реакции стоп – реагентом результаты учитываются фотометрически. Концентрация sIgA в пробах определяют по калибровочному графику. Измерения проводились с помощью вертикального спектрофотометра «Multiscan MCC 340». Количественное содержание sIgA в ротовой жидкости выражали в пкг\мл.

**Методика определения концентрации интерлейкина -4 и фактора некроза опухоли – а в ротовой жидкости.**

Определение содержания цитокинов в ротовой жидкости выполнялось твердофазным иммуноферментным методом с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента. Один тип ферментов иммобилизуется на поверхностях ячеек. Другой тип - антитела находятся в виде конъюгата с биотином. Индикатор – пероксидаза хрена со стрептавидином, имеет большое сродство к биотину. Изменяют активность связанной пероксидазы. Использовались коммерческие наборы ProCon («Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Измерения проводили с помощью вертикального спектрофотометра «Multiscan MCC 340». Количественное содержание цитокинов в ротовой жидкости выражали в пкг\мл.

**Клинические методы исследования.**

**Классификация степени атрофии верхней челюсти по Оксману :**

1 класс - высокий альвеолярный отросток, высокие бугры верхней челюсти, глубокий свода неба и преддверия, с хорошо выраженной и податливой слизистой. Высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей.

2 класс - средней атрофией альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, менее глубокое небо и более низкое прикрепление подвижной слизистой оболочки.

3 класс – резкая, но равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, уплотщение небного свода. Подвижная слизистая оболочка прикреплена на уровне вершины альвеолярного отростка.

4 класс - неравномерной атрофией альвеолярного отростка (сочетает в себе различные признаки первого, второго и третьего типов.)

**Классификация степени атрофии нижней челюсти по Оксману :**

1 класс – высокий альвеолярный отросток, низким расположением переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных складок слизистой.

2 класс – средняя равномерная атрофия альвеолярного отростка.

3 класс – отсутствием альвеолярного отростка (или слабо выраженным), возможна атрофия тела челюсти.

4 класс – неравномерная атрофия альвеолярного отростка, развивается из-за одновременного удаления зубов.

При постановке диагноза класс присваивается каждой челюсти отдельно. У больных с полной адентией следует обратить внимание на конфигурацию оставшегося альвеолярного гребня. В зависимости от формы вестибулярного ската различают: пологий, отвесный, нависающий гребни. С учетом этого фактора меняется как способ фиксации, так и сама конструкция полного съемного протеза.

Перед началом протезирования следует определить межальвеолярное расстояние в состоянии физиологического покоя; пропальпировать, височно-нижнечелюстные суставы в покое и при открывании рта; целесообразно исследовать ортопантограмму.

Если суставные ямки глубокие, необходимо моделировать у больного глубокий прикус, при плоских – прямой, при умеренно выраженных – ортогнатический.

Изучая строение альвеолярных отростков, решают вопрос о постановке зубов в протезах на искусственной десне или на приточке, в зависимости от степени атрофии. Пальпируя слизистую, определяют степень податливости на альвеолярных отростках, твердом и мягком небе, буграх. Одновременно предполагая, какой вид слепка избрать в конкретной клинической ситуации (компрессионный, разгружающий).

При наличии острых болезненных экзостозов, подвижных тяжей слизистой вместо альвеолярных отростков, мелком преддверии, высоком прикреплении уздечек языка или губ рекомендуют пациентам осуществить предварительные хирургические мероприятия.

На устойчивые корни нижней челюсти, запломбированные до верхушки, изготавливают штифтовые зубы, корни на верхней челюсти рациональнее удалить потому, что они мешают в создании замыкающего клапана.

Противопоказанием для начала протезирования больных с полным отсутствием зубов являются выраженные острые воспалительные повреждения слизистой оболочки полости рта.

**Статистические методы:**

Статистическая обработка полученных данных исследования осуществлялась на ПК Pentium - III с использованием следующего программного обеспечения: системы статистического анализа PC – SAS, Excel – 6.0, Word – 6.0, for Windows, USA.

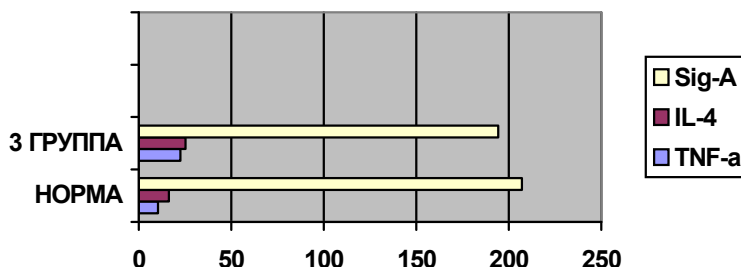
Определяли среднюю арифметическую (M), среднее квадратичное отклонение (g), ошибку средней (m). Доверительность (p) различий двух выборок оценивались с помощью параметрического критерия Стьюдента (t). Различия принимались за достоверные при  $p < 0,05$ .

**Динамика проведенных исследований:**

Показатели	норма	3 группа после протез. ч/з 6 мес.
TNF- a	10.3 +- 4.2	22.53 +- 2.71
IL- 4	16.2 +- 5.2	25.3 +- 4.6
sIgA	207 +- 32.1	194.3 +- 23

**В третьей группе:** Через 6 месяцев после протезирования исследуемые показатели приходят почти к норме при использовании качественных новых съемных протезов. Достигается гомеостаз в ротовой полости. sIgA несколько снижен потому, что в пожилом возрасте и при повторном использовании съемных протезов подслизистый слой истончен, атрофичен (это свидетельствует о снижении количества плазматических клеток, которые продуцируют sIgA). Либо о повышенном использовании секреторного иммуноглобулина А, который активно взаимодействует как с бактериальными антигенами, так и с поврежденными клетками протезного ложа или их вновь образованными антигенами.

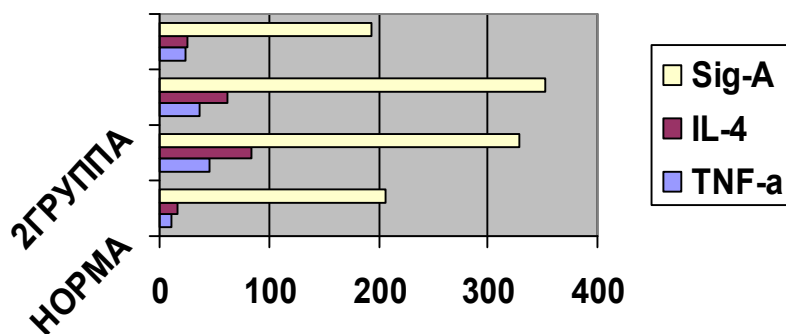
### ГРАФИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ



**Результаты:** Для сравнения различных методов исследования пациенты с полными съемными протезами были разделены на три группы: норма (контрольная группа 28 человек), 1 группа – 28 человек, 2 группа – 28 человек, 3 группа – 28 человек

Показатели	норма	Гр. До протезирования	2 группа после протез. ч/з 7 дней	3 группа после протез. ч/з 6 мес
TNF- a	10.3 +- 4.2	45.9 +- 6.4	37.1 +- 5.1	22.53 +- 2.71
IL- 4	16.2 +- 5.2	84 +- 24	62.89 +- 13.1	25.3 +- 4.6
sIgA	207 +- 32.1	327.4 +- 34.7	353.3 +- 13.5	194.3 +- 23

### ЗАВИСИМОСТЬ ОДНОГО ПАРАМЕТРА ОТ ДРУГОГО В ДИНАМИКЕ



По всей видимости, своевременная замена старых съемных протезов на новые и улучшения качества изготовления протезов, улучшает адгезию протезов и уменьшает трение протезов (а соответственно повреждение слизистой ротовой полости), приводит к снижению активности воспалительного протеза, нормализует биоценоз ротовой полости.

У пациентов повторно принимающих полные съемные протезы, адаптация проходит быстрее и воспалительная реакция слизистой протезного ложа меньше выражена.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМОЙ НЕЛИНЕЙНОГО АНАЛИЗА

Цыганок С.С., Парахонский А.П., Соболевская Г.А.

Центр медицины «Здоровье»,  
Кубанская медицинская академия,  
Краснодар

Лечение человека рассматривается с естественных позиций восстановления организма. Мы придержи-

живаемся концепции оздоровления, рассматривающей болезнь как нарушение энергетического баланса в организме человека. Со времен Лавуазье установлено, что мышечная активность и прием пищи служат стимулирующими факторами повышения термогенеза в организме. Создатель термодинамики Гиббс открыл закон, согласно которому организм стремится свести к минимуму уровень свободной энергии, чтобы поддерживать постоянство внутренней среды организма - гомеостаз. Энергетику организма характеризуют и определяют степень здоровья, конкурирующие энталпия и энтропия. Согласно концепции энергетического равновесия в организме болезнь расценивается как энергетический дисбаланс. Одной из актуальных задач медицины является быстрая объективная оценка эффективности методов оздоровления. Институт прикладной психофизики создана не имеющих аналогов исследовательская аппаратура (метатрон «Оберон»), позволяющая системой нелинейного анализа (NLS) проследить состояние биологического объекта по изменению волновых характеристик вне- и внутриклеточных взаимодействий. В соответствии с теорией квантовой энтропийной логики информацион-