

УДК 616.314.17-008.1:616.314-089.843:616.342-002.44

© О. А. Непрелюк, 2011.

ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ

О. А. Непрелюк

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.- проф. С. И. Жадько), ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского», г.Симферополь.

THE STUDY OF CYTOMORPHOMETRICAL INDICATORS OF PERIODONTIUM AFTER IMPLANTATION IN ORTHOPEDIC PATIENTS WITH PEPTIC AND DUODENAL ULCER

O.A. Neprelyuk

SUMMARY

In this article a research of cytomorphological indicators of periodont was studied in orthopedic patients after implantation on the background of gastric ulcer and duodenal ulcer. It was proved the negative impact on the processes of repair of comorbidity, justified the use of the drug "Erbisol" as the accelerator of reparation.

ЦИТОМОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ У ОРТОПЕДИЧНИХ ХВОРИХ НА ТЛІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА І 12-ПАЛОЇ КИШКИ

О. А. Непрелюк

РЕЗЮМЕ

У статті проведено дослідження цитоморфометричних показників пародонта у ортопедичних пацієнтів після імплантації на тлі виразкової хвороби шлунка і 12-ти палой кишки. Доведено негативний вплив на процеси репарації супутньої патології, обґрунтовано застосування препарату «ЕРБІСОЛ®» як препарату, що прискорює процеси репарації.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, имплантаты, эрбисол.

Исследования последних лет показали, что внутривидовая имплантация не всегда дает стойкий и гарантированный результат. Анализ литературы показал, что недостаточно изученными остаются вопросы, связанные с развитием ранних воспалительных осложнений в периимплантатных мягких тканях и их влиянием на сроки начала протезирования, особенно у пациентов с фоновой соматической патологией [4,5]. В последние годы для изучения состояния мягких тканей полости рта при динамическом наблюдении врачи-пародонтологи используют лабораторный цитоморфометрический метод по отпечаткам с десны [1,2,3]. Клинические методы исследования, основанные на использовании гигиенических и пародонтальных индексов, несмотря на широкое применение, являются, в определенной степени, субъективными и дают лишь качественную оценку состояния тканевых структур.

Таким образом, целью нашего исследования явился цитоморфометрический мониторинг клеточных элементов пародонта после имплантации у ортопедических больных, страдающих язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Метод основан на основе цитоморфометрического исследования отпечатков с десны (методика,

разработанная ЦНИИС под руководством А.С. Григорьяна).

Забор материала проводили на 1, 3, 6, 12 месяцев после имплантации по отпечаткам с десны, взятым с язычной или щечной поверхности в области прилегания ее к шейке имплантата (зона интерфейса), служащего опорой для протеза. Отпечатки брали из десневой борозды периимплантатной области через 4 (±1) часа после чистки зубов.

Для получения отпечатков использовали мишень - клиновидный фрагмент резинки – ластика с размером его узкой части не более не более 1 мм. Мишени хранили в чашках Петри, залитых 50% раствором этилового спирта. Перед взятием отпечатков с десны мишень высушивали струей воздуха из воздушного пистолета, затем легко вводили в десневую бороздку, плотно прижимая внутренней щечкой к поверхности имплантата, а наружной – к симметричному участку десны. Отпечатки наносили на обезжиренное предметное стекло. На стекле указывался номер протокола цитологического исследования, стекло размечали стеклорезом на квадраты, отмаркированные в соответствии с областями забора отпечатков: «И» – имплантат, «Д» – десна. На каждом стекле помещали отпечатки, взятые из области 1-4 имплантатов, по 3-4 отпечатка в каждом квадрате. Стекло высушивали и окрашивали по ме-

тодике Романовского – Гимза. Далее цитологические препараты изучали под микроскопом. При обзоре на больших полях подсчет клеток проводили в 2-х основных клеточных популяциях цитограмм: эпителиальной и соединительнотканной (нейтрофилы).

Выбор полей произвольный, но их должно быть не менее 3. Далее, в каждом выбранном поле зрения проводили подсчет общего количества эпителиальных клеток (различной степени зрелости) и количество нейтрофилов.

Отмечено, что в десневых отпечатках и в норме присутствуют фагирующие клетки, но при воспалительных процессах соотношение эпителиальных клеток и соединительнотканых резко изменяется в сторону увеличения соединительнотканых. Для выведения индекса пародонтальной деструкции нами предложено проводить подсчет ко-

личества эпителиальных клеток (независимо от их степени зрелости) и количества нейтрофилов в поле зрения. Далее высчитывали индекс пародонтальной деструкции (ИПД) по формуле:

$$\text{ИПД} = (\varepsilon_1/n_1) + (\varepsilon_2/n_2) + (\varepsilon_3/n_3)$$

Где ε – общее количество эпителиальных клеток в поле зрения, n – количество нейтрофилов в поле зрения, 1,2,3 - поля зрения

Индекс пародонтальной деструкции выражали в усл.ед.

Средние значения индекса пародонтальной деструкции:

- при состоянии нормы – ИПД= 12,09 – 15,03

- при слабо выраженном воспалении –

ИПД= 15,04 – 22,05

- при умеренно выраженном воспалении –

ИПД= 22,06 и > (Рис. 1-3).

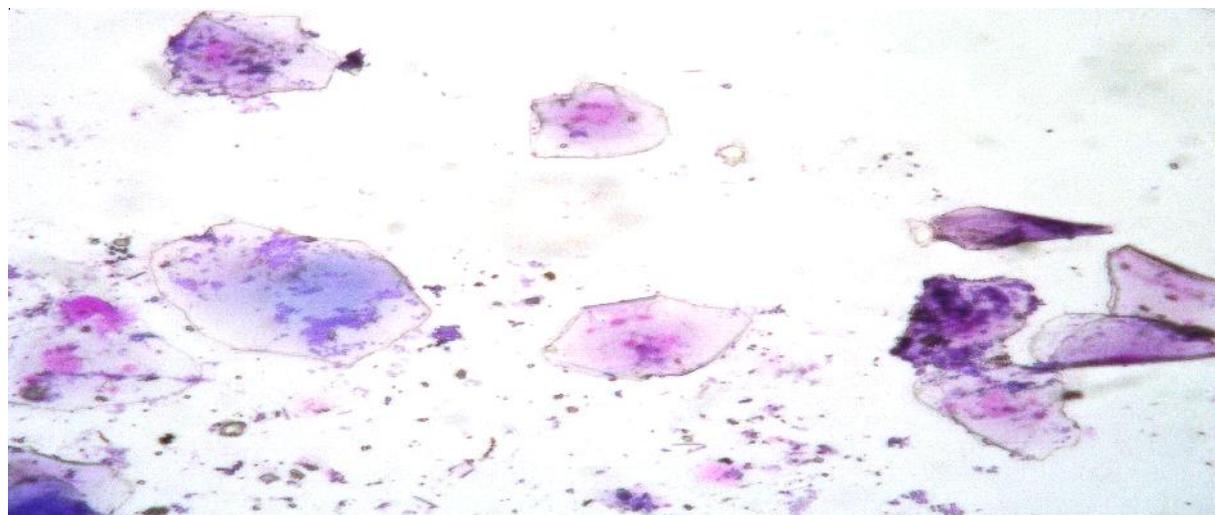


Рис.1 Отпечаток десневых тканей перимплантатной области при ИПД=13 (соответствует норме). Окраска по Романовскому-Гимза

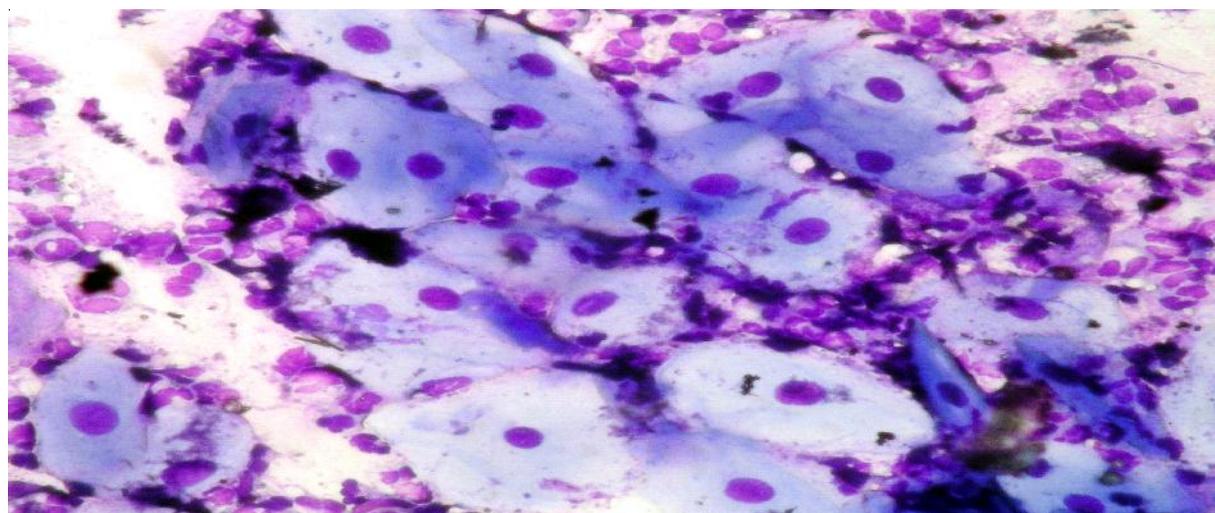


Рис. 2 Отпечаток десневых тканей перимплантатной области при ИПД=15 (соответствует слабо выраженному воспалению). Окраска по Романовскому-Гимза.

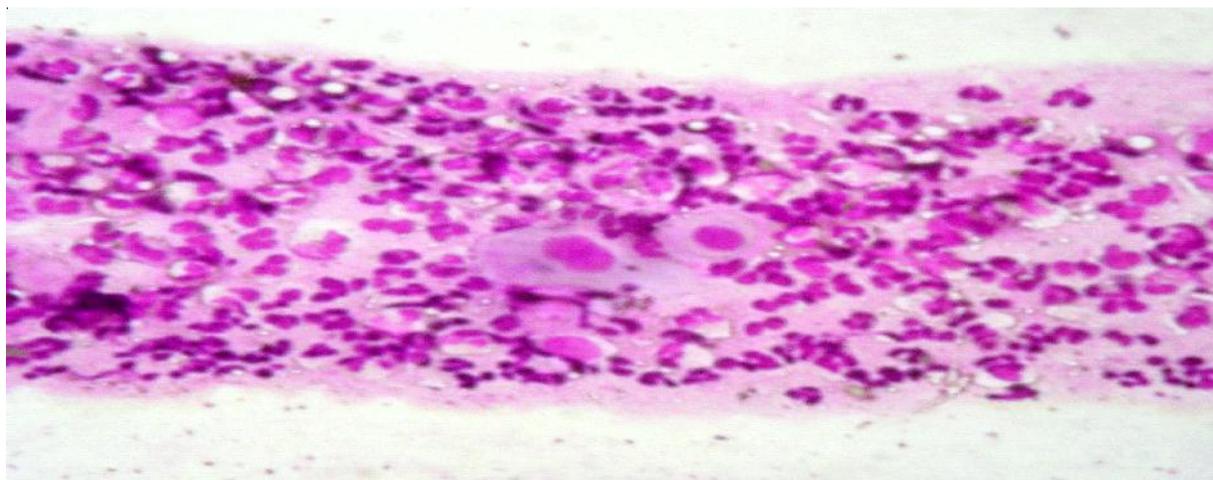


Рис.3 Отпечаток десневых тканей периимплантатной области при ИПД=15 (соответствует умеренно выраженному воспалению). Окраска по Романовскому-Гимза.

Метод был апробирован при обследовании 87 пациентов (37 женщин и 50 мужчин) в возрасте от 21-64 лет. Подбирая пациентов, мы учитывали общее состояние организма, перенесенные и сопутствующие заболевания, анатомо- физиологическое состояние полости рта.

Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли ортопедические больные без соматической патологии – 20 пациентов; во 2 группу – ортопедические больные с соматической патологией (язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки) – 27 пациентов; 3 группу составили 25 пациентов, требующих ортопедическую помощь и с фоновой соматической патологией, которым в течение первых 30 суток после имплантации через день в/м вводился иммуномодулятор «Эрбисол» по 1 мл.

Кроме того, обследовано 15 практически здоровых лиц (норма), не нуждающихся в протезировании – контрольная группа. Ортопедическое лечение проводили по двухэтапной методике имплантации винтовыми эндооссальными имплантатами «Уимпл».

При проведении исследования мы использовали препарат «Эрбисол»- иммуномодулятор, репарат, адаптоген. Этот препарат содержит низкомолекулярные «сигнальные» фрагменты мембранных гликопротеинов, выполняющих функцию «маркеров физиологического состояния клеток», которые при патологических нарушениях гомеостаза активируют иммунную систему.

Препараты класса Эрбисол воздействуют только на разбалансированные системы, пораженные органы и ткани и остаются практически индифферентными для здорового организма, не вызывая побочных реакций.

Весь полученный цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики с выведением критерия Стьюдента, достоверными считали показатели при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К 1 месяцу после имплантации отмечался статистически значимый ($p < 0,01-0,001$) рост индекса пародонтальной деструкции во всех исследуемых группах. В последующие 3 месяца после установки имплантатов в 1 группе наблюдений (ортопедические больные без соматической патологии) индекс пародонтальной деструкции практически не отличался от показателя 1 месяца и составлял $16,35 \pm 0,21$ усл.ед., что было на 38% ($p < 0,01$) выше контрольных показателей (Таб.1).

Несколько иная картина наблюдалась у пациентов 2 и 3 групп (ортопедические больные с сопутствующей соматической патологией, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки), где индекс пародонтальной деструкции увеличивался по отношению к контролю на 53,4% ($p < 0,01$) и составлял $18,55 \pm 0,45$ усл.ед. во второй группе и на 39,2% ($p < 0,001$) в 3 группе и составлял $16,84 \pm 0,31$ усл.ед.. К 6 месяцу после имплантации у ортопедических больных индекс пародонтальной деструкции снижался и приобретал по отношению к контролю недостоверный характер ($p > 0,05$), при этом, по отношению к 1 месяцу после имплантации, он снижался на 16,8%, что носило статистически значимый характер ($p_2 < 0,05$).

К этому сроку наблюдений у пациентов 2 группы, несмотря на незначительное снижение индекса пародонтальной деструкции, оставался на достаточно высоком уровне и составлял $15,82 \pm 0,34$ усл.ед., что на 30,0% ($p < 0,01$) было выше контрольных показателей. К этому сроку наблюдений у пациентов 3 группы (ортопедические больные с соматической патологией, которым после имплантации применялся иммуномодулятор «Эрбисол» индекс пародонтальной деструкции снижался и составлял $13,82 \pm 0,42$ усл.ед. приобретая по отношению к контролю недостоверный характер ($p > 0,05$), при этом по отношению к 1 месяцу после имплантации показатели индекса па-

родонтактальной деструкции становились статистически значимыми ($p_2 < 0,05$).

Таблица 1

Цитоморфометрические показатели у ортопедических больных после установки имплантатов на фоне соматической патологии (усл.ед).

Группы наблюдений	p	Сроки наблюдений (месяцы)			
		1	3	6	12
1 группа – Ортопедические больные без соматической патологии n=20		16,24±0,28	16,35±0,21	13,51±0,32	12,26±0,41
	P ₁	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05
	P ₂		>0,05	<0,05	<0,05
2 группа – Ортопедические больные с соматической патологией n=27		17,08±0,55	18,55±0,45	15,82±0,34	13,65±0,42
	P ₁	<0,01	<0,001	<0,05	>0,05
	P ₂	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
	P ₃		>0,05	<0,05	>0,05
3 группа – ортопедические больные с соматической патологией с применением «Эрбисола» n=25		16,56±0,25	16,84±0,31	13,82±0,42	12,45±0,34
	P ₁	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05
	P ₂		>0,05	<0,05	<0,05
	P ₃		>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: P₁ - достоверность по отношению к контролю

P₂ - достоверность по отношению к 1 месяцу после имплантации

P₃ - межгрупповые различия

В отдаленные сроки наблюдений, к 1 году, показатели индекса пародонтальной деструкции в 1 и 3 группах практически не отличались от контроля, а у пациентов 2 группы приближались к контрольным данным.

ВЫВОДЫ

1. Установка имплантатов сопровождается значительным ростом индекса пародонтальной деструкции, наиболее выраженным у пациентов с сопутствующей соматической патологией, у которых высокий показатель индекса пародонтальной деструкции сохранялся вплоть до 6 месяцев после имплантации.

2. Применение корректирующей терапии с использованием иммуномодулятора «Эрбисол» у пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки значительно сокращает сроки воспалительной деструкции в пародонте и исключает нежелательные последствия имплантации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. - М., 2004. - 288 с.

2. Григорьян А.С., Грудянов А.И. Ключевые звенья патогенеза заболеваний пародонта в свете данных цитоморфометрического метода исследований. Стоматология 2001; №1: С 5—8.

3. Кашенко П.В. Сравнительное морфо-функциональное и клиническое исследование ложа стоматологических имплантатов в норме и при развитии осложнений: Автореф. дисс. канд. мед. наук - М., 2000. - С. 24.

4. Матвеева А.И., Кулаков А.А. Некоторые аспекты осложнений при использовании зубных имплантатов // Сборник научных трудов. - Самара, 1992. - С. 114-116.

5. Гветадзе Р.Ш., Матвеева А.И. Диагностика и прогнозирование функционального состояния тканей протезного ложа в дентальной имплантологии // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. - М., 1999. - №2. - С.38-40.