

© МАРТИРОСЯН Н.А., БОНДАРЕНКО А.Н., 2015  
УДК 616.314.089.29-036.868-07

Мартиросян Н.А.<sup>1</sup>, Бондаренко А.Н.<sup>2</sup>

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНОЙ УТРАТОЙ ЗУБОВ, ВОССТАНОВЛЕННОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

<sup>1</sup>Кафедра стоматологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, <sup>2</sup> кафедра терапевтической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета, 350007, г. Краснодар, Россия

*На основании проведенного исследования эффективности диспансеризации и восстановительного лечения 31 пациента с частичной утратой зубов, восстановленной металлокерамическими протезами в сравнении с 33 пациентами, не получавших регулярного восстановительного лечения, доказано повышение клинической эффективности в 2,7±0,2 раза ( $p < 0,05$ ).*

**Ключевые слова:** частичная утрата зубов (адентия); металлокерамические протезы; диспансеризация; восстановительное лечение.

**Для цитирования:** Российский стоматологический журнал. 2015; 19(6): 47–49.

Martirosyan N. A.<sup>1</sup>, Bondarenko A. N.<sup>2</sup>

### RESULTS OF CLINICAL EXAMINATION AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARTIAL LOSS OF TEETH, RESTORED METAL-CERAMIC PROSTHESES

<sup>1</sup>Department of dentistry of advanced training faculty and professional retraining of specialists, <sup>2</sup> Department of therapeutic dentistry, Kuban state medical University, 350063, Krasnodar, Russia

*On the basis of research on the effectiveness of prophylactic medical examination and rehabilitation treatment of 31 patients with partial loss of teeth, reduced with metal-ceramic prostheses compared with 33 patients who did not receive regular rehabilitation treatment, proven to increase the clinical effectiveness in 2,7±0,2 times ( $p < 0,05$ ).*

**Key words:** partial loss of teeth (adentia); metal-ceramic prostheses; clinical examination; rehabilitation treatment.

**Citation:** Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(6): 47–49.

Повышение эффективности восстановления частичной утраты зубов является актуальной задачей современной стоматологии, так как ликвидация нарушения эстетики и функции зубочелюстной системы представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему.

При этом в структуре осложнений в первые три года эксплуатации несъемных протезов более чем в 80% случаев выявляются осложнения со стороны опорных зубов.

Важным направлением решения проблемы повышения качества восстановления частичной утраты зубов металлокерамическими протезами является применение в комплексе реабилитационных мероприятий диспансерного наблюдения и восстановительного лечения таких пациентов.

Цель работы – оценка результатов проведения комплекса диспансерных мероприятий и восстановительного лечения пациентов с частичной утратой зубов, восстановленной металлокерамическими протезами.

### Материал и методы

Оценивали гемодинамику тканей пародонта опорных зубов, клинические результаты исходов диспансеризации и лечения пациентов с частичной утратой зубов, восстановленной металлокерамическими протезами с опорой на зубы с интактной пульпой.

На основании информированного добровольного согласия подряд отбирались пациенты обоного пола 20–49 лет без признаков патологии пародонта и общих заболеваний организма, способных повлиять на результаты проводимого лечения.

Для получения сравнительных данных все пациенты ( $n=64$ ) распределены на две группы наблюдения.

Основная группа ( $n = 31$ ), в которой пациенты находились под регулярным диспансерным наблюдением через 1, 3, 6, 9, 12, 24 и 36 мес и получали комплексное восстановительное лечение, включавшее профессиональную гигиену полости рта; непосредственно после препарирования твердых тканей опорных зубов осуществлялась их обработка методом глубокого фторирования средством «Глуфторэд» (ВладМива, Россия); аппликация препаратом «Кудесан», содержащим убихинон (коэнзим Q10) – 50 мг и токоферола ацетат (Vit E), – 4,5 мг в виде 10 аппликаций на десневой край по 15-20 мин.

Группа сравнения ( $n = 33$ ), в которой пациентов обследовали в аналогичные периоды, однако дополнительное лечение они получали только в случае обращения к лечащему врачу.

Оценку состояния опорных зубов проводили в условных единицах (баллах) по следующим критериям:

- 0 баллов – зуб удален,
- 1 балл – регулярные обострения с полным нарушением функции жевания,
- 2 балла – регулярные обострения с частичным нарушением функции жевания,
- 3 балла – периодические обострения с частичным нарушением функции жевания,
- 4 балла – периодические обострения без нарушения функции жевания,
- 5 баллов – здоров, стойкая ремиссия.

Состояние региональной гемодинамики оценивали с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК – 01, НПО «Лазма», Россия) по методике фирмы изготовителя, измерения проводили в трех точках возле каждого опорного зуба (в зонах краевой десны, проекции верхушки корня и переходной складки), далее результаты суммировали и делили на 3, а полученный результат учитывали как инте-

**Для корреспонденции:** Мартиросян Нина Александровна, ninamartirosyan@yandex.ru

**For correspondence:** Martirosyan Nina Aleksandrovna: ninamartirosyan@yandex.ru

Таблица 1. Результаты мониторинга интегральной оценки состояния пульпы и пародонта опорных зубов, баллы,  $M \pm m$ 

Срок исследования, мес	Группа наблюдения в %	
	основная ( $n = 31$ )	сравнения ( $n = 33$ )
Исходный уровень	3,7 ± 0,1	3,8 ± 0,1
1	3,8 ± 0,2	3,5 ± 0,2
3	3,90 ± 0,2	3,6 ± 0,2
6	4,2 ± 0,2	3,6 ± 0,1
9	4,5 ± 0,3	3,9 ± 0,2
12	4,5 ± 0,2	4,1 ± 0,3
24	4,9 ± 0,3	4,2 ± 0,2
36	4,9 ± 0,2	4,5 ± 0,1

Примечание. Уровень статистической достоверности  $p < 0,05$  рассчитан для пациентов основной группы по отношению к исходному уровню.

гральный показатель микроциркуляции (ИПМ) в условных перфузионных единицах (упе).

Структуру исходов определяли расчетом величины каждого варианта по отношению к совокупному числу обследованных лиц в группе наблюдения в %.

Статистическую обработку клинического и лабораторного материала выполняли в соответствии с методами, принятыми в вариационной статистике (А. Петри, К. Сэбин, 2009). За достоверные различия в сравнении средних величин в парных сравнениях брали  $t$ -критерий Стьюдента при  $p < 0,05$ . Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программ: Statistika 6.0 for Windows фирмы Stat Soft, Inc. и Microsoft Office Excel 2003.

### Результаты исследования

Полученные данные мониторинга состояния пульпы и пародонта опорных зубов (табл. 1) выявили наличие положительной динамики изменения показателей в обеих группах наблюдения, которая имела, однако, различные векторы и темпы развития.

Так, при примерно равнозначном исходном уровне данных исследования в основной группе прирост показателей отмечен во все сроки наблюдения со средним темпом 12,3 ± 0,3% ( $p < 0,05$ ), величина которых практически достигла своего максимального значения уже в течение первого года наблюдения и, показав незначительный прирост (8,9 ± 0,1%,  $p < 0,05$ ), сохранялась на этом уровне через 2 и 3 года.

Таблица 2. Мониторинг показателя (ИМП) микроциркуляции в тканях пародонта опорных зубов по результатам доплеровской флоуметрии в условных перфузионных единицах (упе),  $M \pm m$ 

Срок исследования, мес	Группа наблюдения в %	
	основная ( $n = 31$ )	сравнения ( $n = 33$ )
Исходный уровень	18,7 ± 0,3 ( $p > 0,05$ )	18,8 ± 0,3 ( $p > 0,05$ )
1	20,1 ± 0,5 ( $p < 0,05$ )	17,1 ± 0,4 ( $p < 0,05$ )
3	20,0 ± 0,2 ( $p < 0,05$ )	17,4 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )
6	19,8 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )	17,1 ± 0,4 ( $p < 0,05$ )
9	19,1 ± 0,2 ( $p < 0,05$ )	20,3 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )
12	18,7 ± 0,4 ( $p < 0,05$ )	19,7 ± 0,4 ( $p < 0,05$ )
24	18,4 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )	17,6 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )
36	18,6 ± 0,2 ( $p < 0,05$ )	18,1 ± 0,3 ( $p < 0,05$ )

Примечание. Уровень статистической достоверности рассчитан по отношению к показателям условной физиологической нормы (18,5–19,0 упе).

Таблица 3. Структура исходов заболеваний

Показатель	Срок наблюдения, мес		
	36	24	12
Основная группа ( $n = 31$ )			
Стойкая ремиссия	24,2	12,1	6,1
Улучшение	27,3	36,4	42,3
Без изменения	18,2	30,3	36,4
Ухудшение	18,2	12,1	9,1
Повторное и (или) дополнительное вмешательство	12,1	9,1	6,1
Группа сравнения ( $n = 33$ )			
Стойкая ремиссия	61,3	45,2	29
Улучшение	25,8	45,2	61,4
Без изменения	12,9	9,6	9,6
Ухудшение	0	0	0
Повторное и (или) дополнительное вмешательство	0	0	0

Примечание. Уровень статистической достоверности рассчитан по отношению к показателям условной физиологической нормы (18,5–19,0 упе).

В группе сравнения темпы и векторы развития показателей имели статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). При равнозначной величине показателя в исходном уровне через 1 мес наблюдения установлено его снижение на  $7,9 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,05$ ), которое сменилось через 3 и 6 мес сначала статистически незначительным приростом –  $2,9 \pm 0,4\%$  ( $p > 0,05$ ) с его дальнейшим более значительным ростом со средним темпом  $4,7 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,05$ ), значительно (в  $2,6 \pm 0,1$  раза при  $p < 0,05$ ) уступающим показателям пациентов основной группы с соответствующе более низким (на  $8,9 \pm 0,2\%$ , при  $p < 0,05$ ) их итоговому значению.

При анализе динамики показателя (ИПМ) микроциркуляции в тканях пародонта опорных зубов по результатам доплеровской флоуметрии (табл. 2) установлено статистически существенное ( $p < 0,05$ ) различие темпов и векторов в различные сроки исследования.

Выявлено, что при равной исходной величине показателей ИПМ в основной группе через 2 и 3 мес наблюдения отмечено усиление кровотока в среднем на  $7,5 \pm 0,4\%$  ( $p < 0,05$ ), которое сменилось плавным снижением со средним темпом  $5,1 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,05$ ) и завершилось через 12 мес возвратом показателя ИПМ к исходному уровню, соответствующему параметру условной физиологической нормы.

В группе сравнения, напротив, через 1,3 и 6 мес произошло снижение интенсивности кровотока на  $8,0 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,05$ ) с последующим его разнонаправленным изменением: через 9 мес рост на  $18,7 \pm 0,7\%$  ( $p < 0,05$ ); снижением через 12 и 24 мес соответственно на  $3,9 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,05$ ) и еще на  $10,7 \pm 0,4\%$  ( $p < 0,05$ ); и только через 36 мес показатель практически вернулся к исходному уровню.

Сравнительный анализ параметров исходов, представленный в табл. 3, выявил высокие темпы и положительные векторы изменения показателей у пациентов основной группы.

Так, во все сроки наблюдения у пациентов этой группы отсутствовали отрицательные исходы лечения. Отсутствие изменений установлено в незначительном количестве случаев, не имевших существенных статистических различий ( $p > 0,05$ ). В то же время, количество случаев улучшения показателей имело существенное различие и корреляционную зависимость с количеством случаев стойкой ремиссии при совпадении темпов изменения величины показателей и разнонаправленными векторами параметров их динамики, при которой через 12 мес количество случаев улучшений было в  $2,1 \pm 0,2$  раза ( $p < 0,05$ ) выше, чем количество случаев стой-

кой ремиссии; через 24 мес их величина была равнозначной, а через 36 мес в  $2,4 \pm 0,2$  раза ( $p < 0,05$ ) преобладало количество случаев стойкой ремиссии.

У пациентов группы сравнения структура исходов более пессимистична. Неблагоприятные исходы отмечены во все сроки наблюдения с тенденцией постоянного роста со средним темпом  $42,4 \pm 3,7\%$  ( $p < 0,05$ ). Случаи ухудшения имели аналогичные показатели динамики, но при этом их количество в  $1,5 \pm 0,2$  раза выше ( $p < 0,05$ ). Случаев отсутствия изменений и улучшения результатов значительно (в  $2,3 \pm 0,2\%$  при  $p < 0,05$ ) больше, но они постепенно снижались со средними темпами  $31,4 \pm 6,2\%$  ( $p < 0,05$ ), а случаев

стойкой ремиссии через 12 мес меньше в  $6,9 \pm 0,3$  раза ( $p < 0,05$ ), через 24 мес – в  $3,0 \pm 0,2$  раза ( $p < 0,05$ ) и через 36 мес было практически равнозначным – разница в  $1,1 \pm 0,4$  раза ( $p > 0,05$ ).

Сопоставление результатов в основной группе и группе сравнения показало соответствующее превалирование результатов у пациентов, находившихся на диспансерном учете и получавших регулярное восстановительное лечение в среднем в  $2,7 \pm 0,2$  раза ( $p < 0,05$ ), что доказывает высокую клиническую эффективность данного метода лечения.

Поступила 22.11.15

Received 22.11.15

## ХРОНИКА

# МАТЕРИАЛЫ V ЕЖЕГОДНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ОСТЕОСИНТЕЗ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА – 2015»

*Поляков К.А., Медведев Ю.А., Платонова В.В.*

130 ЛЕТ КАФЕДРЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ «ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА»

Челюстно-лицевая хирургия, как специальность, взяла свое начало с ринопластики, впервые осуществленной около 3 тыс. лет назад на Тибете. На протяжении последующей истории она развивалась в рамках хирургии и была уделом врача-хирурга.

Сближение челюстно-лицевой хирургии и, так называемого «зубоврачевания», осуществлялось в силу различных причин и обстоятельств. В первую очередь движущей силой был фактор накопления практического опыта, когда лечение одних пациентов невозможно без участия хирурга, а лечение других – без участия специалиста по зубоврачеванию и протезированию. Решающим толчком в деле воссоединения исторически разобщенных составных частей единого раздела медицины – стоматологии было включение зубоврачевания в комплекс научных медицинских исследований. В нашей стране это стало возможным с введения стоматологии в круг других медицинских специальностей как предмета обучения студентов-медиков Московского университета и являлось событием не только утверждающим признание необходимости знания общими врачами основ одонтологии, но и помогающим зубоврачеванию встать на рельсы научной медицины.

Первоначально 4 койки для лечения больных с челюстно-лицевой патологией были выделены из коечного фонда клиники факультетской хирургии медицинского факультета Московского университета, руководимой проф. Н. В. Склифосовским. Тогда сотрудники этой клиники вместе с руководителем проявили большой интерес к изучению заболеваний зубов и челюстей, их влиянию на весь организм в целом. Их публикации по данному разделу в то время имели большое значение.

В 1885 г. при факультетской хирургической клинике Московского университета учреждена первая в России приват-доцентура по одонтологии, которой эти койки были переданы. Таким образом, факультетская хирургическая клиника проф. Н. В. Склифосовского положила

в Москве начало центру, где формировалась русская стоматологическая наука, в том числе и челюстно-лицевая хирургия. Руководителем курса и небольшого в то время коечного фонда назначен д-р мед. наук проф. Н. Н. Знаменский. Этот курс и небольшой коечный фонд, выделенный кафедрой факультетской хирургии, стал родоначальником кафедры стоматологии и клиники челюстно-лицевой хирургии нашего университета.

Образование СССР, обусловившее огромные успехи всей медицинской науки, отразилось и на развитии стоматологии. Организация кафедр и доцентских курсов в медицинских институтах, открытие стоматологических ВУЗов и стоматологических факультетов, сети государственных стоматологических поликлиник и стационаров в лечебных учреждениях способствовали бурному развитию стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Значительный вклад в развитие стоматологического образования и его практической составляющей внес проф. Г-И. И. Вильга. Он был одним из инициаторов и организаторов первых челюстных госпиталей в России во время Первой мировой войны, а в Советский период принимал активное участие в организации здравоохранения. В 1920 г. военный госпиталь «с челюстно-лицевыми» койками под его руководством реорганизован в хирургическую клинику заболеваний челюстей и полости рта при кафедре стоматологии медицинского факультета Московского университета. На базе этой клиники в дальнейшем расширился коечный фонд существующей в настоящее время клиники челюстно-лицевой хирургии.

До 1923 г. стационар размещался в отрыве от основных клиник университета, затем в Ново-Екатерининской больнице. Последующие руководители кафедры и клиники Л. А. Говсеев, И. Г. Лукомский и др. постоянно сталкивались с проблемами сохранения кафедры и необходимостью увеличения коечного фонда. Это было крайне трудным делом, требовавшим больших усилий.