ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кубрушко Т.В., Ячменева Л.А., Мисник Ю.В., Игнатенко В Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru

Сахарный диабет – это одно из самых тяжелых и распространенных соматических заболеваний, влияющих на состояние всей зубочелюстной системы. При сахарном диабете в пародонте наблюдается поражение микрососудистой системы, резорбция костной ткани, снижение местных иммунных реакций. Это приводит к снижению выносливости пародонта и порой обычная жевательная нагрузка становится для опорных зубов травматичной. Происходят выраженные гистологические изменения в пародонте, значительно превосходящие те, которые вызваны физиологичной нагрузкой, что проявляется клиническими изменениями, называемыми окклюзионной травмой.

При подготовке больных сахарным диабетом к стоматологической реабилитации основной задачей является максимально полная компенсация заболевания – нормализация не только углеводного, но и липидного обмена.

Анализ научной литературы выявил недостаток систематизированного обоснования по протезированию, выбору ортопедической конструкции у больных сахарным диабетом, не раскрыты показания к применению той или иной конструкции зубного протеза, а так же недостаточно глубоко и полно показано влияние протезов на ткани пародонта, особенно в отдаленные сроки, недостаточно отражены вопросы рентгенологических изменений костной ткани на влияние различных зубных протезов у больных сахарным диабетом, анализа плотности костной ткани и состояния пародонта опорных зубов, в удаленных участках и кости.

Стоматологи – ортопеды, подбирая конструкции зубных протезов для пациента с сахарным диабетом порой недооценивают (или переоценивают) состояние пародонта у больного. Врачу необходимо помнить, что при повышенном уровне сахара в крови желательно отложить ортопедическое лечение до фазы компенсации. В таких ситуациях лечение должно сводиться к изготовлению зубных протезов, отвечающих требованиям к правильному перераспределению нагрузки.

Отмечено, что у больных, страдающих сахарным диабетом, значительно изменяется секреция слюны, что влияет на фиксацию полного протеза для верхней челюсти. Кроме того, у этих больных слизистая оболочка легко ранима и заживление раны происходит очень медленно.

При выборе конструкционного материала для изготовления протезов предпочтение следует отдавать сплавам на основе никелида титана ввиду его высокой биологической инертности и биомеханической совместимости. Выбор конструкции зубного протеза должен производиться с учетом протяженности дефекта, состояния пародонта опорных зубов и целостности твердых тканей зуба, и степени компенсации диабета.

В связи с вышеизложенным актуальным является разработка комплексного подхода к стоматологическому протезированию больных сахарным диабетом. Для выполнения данного подхода необходимо разработать систему оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом, алгоритм диагностики и планирования ортопедического стоматологического лечения с учетом иммунного и стоматологического статусов на основе применения современных достижений диабетологии и стоматологии.

Планирование стоматологического лечения необходимо проводить при обязательной консультации врача-эндокринолога, каждый клинический этап должен сопровождаться контролем уровня глюкозы. В последующем после протезирования рекомендуется проводить контрольные осмотры один раз в полгода.

Список литературы

1. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 6. С. 94-95.

2. Кубрушко Т.В., Бароян М.А., Наумова Я.Л. Комплексный подход к ортопедическому лечению больных сахарным диабетом // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 5-1. С. 34-35.

3. Румянцева Е.В., Наумова Я.Л., Кубрушко Т.В. Стоматологическое здоровье у больных сахарным диабетом 2 типа. Успехи современного естествознания. 2014. № 6. С. 58-59.

4. Рыжова И.П., Милова Е.В. Результаты комплексной подготовки тканей протезного ложа к ортопедическому лечению съемными конструкциями зубных протезов // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 45-47.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Кубрушко Т.В., Винокур А.В., Ячменева Л.А., Мисник Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru

Юношеская дисфункция ВНЧС (юношеские артропатии, юношеский деформирующий артроз и др.), чаще возникает в возрасте 16-18 лет. В юношеском возрасте рост костей черепа опережает рост и функциональную адаптацию мышц, и связочного аппарата. В результате интенсивного роста нижней челюсти связочный аппарат ВНЧС приходит в состояние перерастяжения. Вначале это компенсируется эластичностью связок, а затем они теряют тонус и капсула чрезмерно растягивается, т.е. наблюдается состояние подвывиха и вывиха (дистензионный вывих – при перерастя-