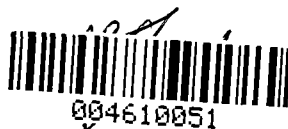


На правах рукописи



Примачёва Наталья Владимировна

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ
ПЛЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ
ПРОТЕЗАМИ**

Специальность 14.01.14 – стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

- 7 ОКТ 2010

Воронеж – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Каливрадзиян Эдвард Саркисович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Рыжова Ирина Петровна

доктор медицинских наук, профессор
Лесных Николай Иванович

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава».

Защита диссертации состоится «22» сентября 2010 года в 11.30 часов

на заседании диссертационного совета Д 208.009.01 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития» по адресу: 394036, Россия, г.Воронеж, ул. Студенческая, д.10.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке: Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития».

Автореферат разослан «17» сентября 2010 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета



А.А. Глухов

Актуальность исследования

Литературные данные за последнее десятилетие свидетельствуют о неуклонном росте количества больных, нуждающихся в съемных конструкциях зубных протезов (Б.П.Марков, 2001; А.Н.Ряховский, 2001; А.В.Цимбалистов, 2002; Е.А.Брагин, 2005; Николас Дж., 2006; McCord J. 2000).

Адаптация пациентов к съемным пластиночным протезам, в особенности изготовленным из акриловой пластмассы, несомненно, является актуальной проблемой. Известно, что базис протеза изготовлен из материалов, не являющихся полностью биологически инертным веществом, а, следовательно, возможно их местное и общее воздействие на организм (О.В.Шевченко, 2004; А.В.Цимбалистов, 2005; А.Ю.Малый, 2006)

В целях профилактики негативного действия съемных пластиночных протезов и улучшения качества протезирования многими исследователями были предложены различные способы, такие как уменьшение концентрации примесей путем кипячения, применение СВЧ-полимеризации (И.А.Кучмезов, 2000; М.М.Косова, 2006). Широкое применение получили эластичные материалы для изготовления базисов съемных протезов (Е.Н.Жулев, 1997; Э.С.Каливрадзиян, 2000; И.Ю.Лебеденко, 2001; Kawano F, 1994). Недостатком данных методов является то, что требуются наличие специального оборудования и материальных затрат как со стороны пациентов, так и стоматологических учреждений.

В последние годы клиницистов привлекает возможность применения лекарственных препаратов для лечения и профилактики осложнений со стороны тканей протезного ложа. Идет постоянный поиск фармакологических средств, позволяющих оказывать противовоспалительное, противомикробное, антиаллергическое и иммуномодулирующее действие (Е.Г.Пан, А.Н.Емельяненко, 2004).

Перспективным направлением в профилактике осложнений является использование биорастворимых лекарственных пленок. Согласно последним данным доказано, что они нетоксичны, инертны для организма, пролонгируют действие биологически активных веществ, входящих в их состав (И.А.Воронов, 2002; С.Д.Арутюнов, 2003; К.К.Бачимова, 2004). Не менее актуально использование препаратов с иммунокорректирующими свойствами.

Таким образом, разработка биорастворимой лекарственной пленки с иммунокорректором имудоним для профилактики и лечения местных осложнений со стороны тканей протезного ложа является на наш взгляд оптимальным решением поставленной задачи.



Цель исследования

Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с полным и частичным отсутствием зубов на основании разработки и клинико-лабораторного исследования применения биологически активной пленки, содержащей в своем составе иммунокорректор имудон.

Задачи исследования:

1. Разработать биологически активную пленку, содержащую в своем составе иммунокорректор имудон, и дать сравнительную оценку результатам её применения.
2. Оценить влияние биологически активной пленки с имудоном на динамику показателей местного гуморального и клеточного иммунитета полости рта у лиц, пользующихся съемными пластиночными протезами.
3. Дать сравнительную оценку и изучить динамику состава микрофлоры на фоне приема биологически активной пленки с имудоном при ортопедическом лечении с использованием пластиночных протезов.
4. Исследовать состояние слизистой оболочки протезного ложа и дать сравнительную оценку функциональной активности зубочелюстной системы на фоне местной иммунокорректирующей терапии.

Научная новизна

Разработана рецептура биологически активной пленки с иммунокорректором имудоном, которая является лекарственной формой местного пролонгированного действия для профилактики и лечения осложнений со стороны слизистой оболочки протезного ложа вызванных съемными протезами (патент № 2380082).

Дана сравнительная оценка результатам исследования биологически активной пленки и показано уменьшение степени выраженности клинических проявлений негативного действия базиса съемного протеза и снижение воспалительной реакции на фоне повышения местного иммунитета в полости рта.

Определены основные отрицательные факторы влияния базиса съемного протеза на слизистую оболочку полости рта, и разработаны методики лечения, повышающие эффективность протезирования.

Практическая значимость

Доказана целесообразность и эффективность применения иммунокорректирующей пленки с имудоном при ортопедическом лечении

пациентов с частичным и полным отсутствием зубов с использованием съемных протезов.

Разработаны рекомендации применения биорастворимой лекарственной пленки с иммунокоректором имудоним у пациентов, пользующихся съемными зубными протезами, в целях профилактики и лечения возможных осложнений со стороны слизистой оболочки протезного ложа.

Внедрение в практику

Результаты исследования внедрены в практику городской стоматологической поликлиники г.Воронежа №4, городской стоматологической поликлиники г.Воронежа №3, городской стоматологической поликлиники г.Воронежа №2 и Областной стоматологической поликлиники г.Воронежа.

Апробация работы

Основные результаты исследования представлены и обсуждены на совместном заседании кафедры ортопедической стоматологии ВГМА им. Н.Н.Бурденко, кафедры ортопедической стоматологии ИПМО ВГМА им. Н.Н.Бурденко, кафедры стоматологии общей практики ВГМА им. Н.Н.Бурденко (протокол от 30 августа 2010г. №1).

Результаты исследования доложены на научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургической и ортопедической стоматологии» - г.Воронеж, 2009.

Публикации

По теме диссертационной работы опубликовано 7 работ, 4 из которых в изданиях, включенных в перечень ВАК РФ, 2 в центральной печати, 1 в международной печати.

Объем и структура диссертационной работы

Диссертационная работа изложена на 111 страницах машинописного текста, состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы содержит 229 источников, в том числе 144 отечественных и 85 источников зарубежных авторов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Эффективность использования биологически активной пленки с имудоним в целях профилактики и лечения возможных осложнений со

стороны слизистой оболочки протезного ложа при лечении пациентов съёмными пластиночными протезами.

2. Иммуномодулирующий препарат имудон, входящий в состав биополимерной пленки, позволяет нормализовать основные показатели местной защиты и улучшить микробиоциноз полости рта.
3. Применение пленки с иммунокоректором позволяет значительно уменьшить суммарную площадь воспаления слизистой оболочки протезного ложа и улучшить функциональную активность зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования

Согласно целям и задачам данной работы по общепринятой схеме проведено клиническое обследование 63 пациентов (с полным и частичным отсутствием зубов) в возрасте 51-70 лет, обратившихся в клинику для ортопедического лечения.

Все пациенты были разделены на 3 основные группы по 21 человеку в каждой:

1. Первая группа, где проводилось традиционное лечение съёмными протезами.
2. Вторая группа, пациенты данной группы использовали пленку «Протоплен-М».
3. Третья группа, пациенты использовали пленку с иммунокоректором имудоном.

Пациенты всех групп находились в равных условиях. Им были изготовлены съёмные пластиночные протезы из одного вида пластмассы - «Фторакс».

У всех пациентов определяли показатели местного иммунитета (в слюне и смывах клеток из полости рта)

Лабораторные методы исследования показателей местного иммунитета в полости рта включали в себя определение IgA, IgG, s-IgA которое осуществлялось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчине. Определения активности лизоцима осуществлялась по методике О.В. Бухарина. Проводилось определение фагоцитарной активности лейкоцитов, которое осуществлялось по их способности поглощать инертные частицы (латекс). Был рассчитан фагоцитарный индекс или процент фагоцитоза - процент клеток, вступивших в фагоцитоз, от общего их числа, и фагоцитарное число - среднее число частиц латекса, находящегося внутриклеточно (частное от деления числа поглощенных частиц на число клеток, вступивших в фагоцитоз).

Бактериальное исследование слизистой оболочки полости рта проводилось по методикам приказа № 535 Министерства здравоохранения СССР от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждениях».

С целью сравнительной оценки площадей зон воспаления слизистой оболочки под базисом съемного протеза использовали макрогистохимическую реакцию Шиллера-Писарева в модификации. Исследование бесконтактной регистрации параметров функциональных состояний зубочелюстной системы осуществлялась с помощью автоматизированной системы, состоящей из цифровой камеры, телевизионного монитора и компьютера.

Для статистической обработки результатов исследования был использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 фирмы StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows.

Результаты исследований

В результате исследования местного звена иммунитета у пациентов во всех 3 группах до ортопедического лечения были выявлены изменения в количественных и качественных показателях по сравнению с нормой здоровых лиц. У пациентов наблюдалось пониженное содержания s-IgA, IgA, IgG в слюне, снижение уровня активности лизоцима, что обуславливает возможность существования хронической инфекции в полости рта. Также установлено, что у пациентов до ортопедического лечения была снижена функциональная активность нейтрофилов, которая проявлялась снижением фагоцитоза (табл.1).

Таблица 1

Показатели местного иммунитета у обследованных пациентов до начала ортопедического лечения

Показатели местного иммунитета	Клиническая норма	Обследуемые пациенты
s-IgA мг/л	170-2920	168* (155-185)**
IgA мг/л	200-1000	192* (180-200)**
IgG мг/л	76-101	82* (76-86)**
Лизоцим мкг/мл	231,7 +/- 5,3	185* (160-210)**
Фагоцитарный индекс %	60 – 80	55* (49-58)**
Фагоцитарное число у.е.	6 – 12	5* (5-6)**

Примечание: * - различия статистически значимы при $p < 0,05$

** - диапазон значений

Оценка показателей гуморального звена местного иммунитета после фиксации съёмных пластиночных протезов проводилась на 10 день, 1, 2, 3 месяца. У всех обследованных пациентов 1 группы через 10 дней после наложения съёмного протеза в смывах из полости рта обнаружено снижение содержания иммуноглобулинов s-Ig, IgA и незначительное снижение IgG. Уровень лизоцима в слюне понизился, также выявлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов в тесте с латексом (табл.2).

Таблица 2

Динамика показателей местного иммунитета, у пациентов первой группы*

Показатели местного иммунитета	До лечения	Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 2 месяц	Через 3 месяц
s-IgA мг/л	167 150-177**	155 140-165**	160 140-165**	164 145-170**	168 145-173**
IgA мг/л	180 175-195**	170 160-182**	171 170-177**	175 175-180**	180 175-187**
IgG мг/л	81 76-82**	76 72-78**	76 72-78**	76 72-78**	78 70-80**
Лизоцим мкг/мл	190 165-200**	185 170-200**	195 165-200**	190 165-200**	188 160-197**
Фагоцитарный индекс %	56 48-58**	54 45-55**	52 46-53**	50 44-52**	48 44-50**
Фагоцитарное Число	5 4-5**	5 4-5**	4 4-5**	4 4-5**	4 4-5**

Примечание: * - статистически значимых различий нет при $p > 0,05$ по сравнению с данными до лечения

** - диапазон значений

Через 1 месяц после протезирования происходит дальнейшее незначительное снижения показателей, а через 2, 3 месяца все показатели местного иммунитета соответствовали исходным значениям, что говорит об адаптации органов и слизистых оболочек полости рта к съёмному протезу.

Анализ полученных результатов дает основание полагать, что на начальном этапе адаптации к новым протезам иммунная система пациентов демонстрирует угнетение выработки факторов местной защиты и подавлению местного иммунитета в полости рта. Обнаруженные изменения являются следствием травматического влияния базиса протеза на слизистую оболочку полости рта, что приводит к подавлению местного иммунитета.

Через 10 дней после применения пленки «Протоплен-М» у пациентов в смывах из полости рта наблюдалось незначительное повышение уровня s-Ig, IgA и IgG, по сравнению с уровнем данных показателей до протезирования. Также наблюдался подъем уровня лизоцима, а показатели фагоцитоза практически не изменились. Применение пленки «Протоплен», в какой-то мере предотвращает угнетение функциональной активности иммунокомпетентных клеток полости рта, но данный сдвиг является незначительным и непродолжительным по времени. Наблюдая пациентов данной группы через 1, 2 и 3 месяца можно увидеть, что данные показатели практически соответствуют исходным значениям (табл.3).

Таблица 3

Динамика показателей местного иммунитета, у пациентов второй группы

Показатели местного иммунитета	До лечения	Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 2 месяц	Через 3 месяц
s-IgA мг/л	175 160-183**	180* 160-192**	177 168-186**	175 160-180**	170 160-180**
IgA мг/л	190 175-207**	200* 195-220**	198 190-200**	192 185-212**	192 185-212**
IgG мг/л	80 76-85**	86* 80-88**	80 78-82,5**	82 80-88**	80 76-85**
Лизоцим мкг/мл	170 150-185**	198* 185-212**	188 170-203**	180 165-190**	180 160-188**
Фагоцитарный индекс %	54 50-55**	62* 60-63,5**	60 58-60**	58 56-58**	56 55-57**
Фагоцитарное число	4 4-5**	7 6-7**	6 5-6**	5 4-5**	4 4-5**

Примечание: * - различия статистически значимы при $p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения

** - диапазон значений

Результаты исследования, проведенные, после применения пленки с имуноном, показали, что на 10 дней у пациентов было выявлено увеличение содержания s-Ig, IgA и IgG, также нормализация уровня активности лизоцима и отмечено повышение фагоцитарной активности нейтрофилов.

Спустя 1 месяц наблюдался пролонгированный эффект действия данной пленки, который сохранялся в течение 2 месяцев после наложения протезов (табл.4).

Динамика показателей местного иммунитета, у пациентов третьей группы

Показатели местного иммунитета	До лечения	Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 2 месяц	Через 3 месяц
s-IgA мг/л	162 148-190**	380* 298-490**	375* 300-487**	343* 278-449**	320* 260-435**
IgA мг/л	195* 185-200**	315* 270-375**	315* 267-364**	289* 240-319**	270* 230-306**
IgG мг/л	85 76-90**	95 90-100**	95 88-95**	87 80-90,5**	85 80-90**
Лизоцим мкг/мл	165 154-210**	234* 228-237**	232* 225-238**	224* 215-230**	210* 200-222**
Фагоцитарный индекс %	54 48-55**	68* 65-68,5**	63* 60-65**	62* 60-63**	60* 58-60**
Фагоцитарное число	5 4-5**	9* 7-10,5**	8* 7-9**	7* 6-8**	6* 6-7**

Примечание: * - различия статистически значимы при $p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения

** - диапазон значений

Анализ полученных результатов дает основание полагать, что после применения пленки с имудонем у пациентов третьей группы происходит положительная коррекция местного иммунитета в полости рта. Данная тенденция проявляется увеличением содержания s-Ig, IgA, IgG в слюне, нормализацией уровня лизоцима и ростом функциональной активности нейтрофилов. В свою очередь данный положительный эффект сказывается на самочувствии пациентов, а именно: исчезает дискомфорт, уменьшается отечность, гиперемия слизистой оболочки протезного ложа, а также повышается функциональная активность зубочелюстной системы.

При проведении бактериального исследования слизистой оболочки полости рта учитывались все микроорганизмы слизистой десны, выросшие на питательных средах до фиксации съемных протезов и после фиксации через 10 дней и 1 месяц. При оценке количественной и качественной обсемененности слизистой оболочки полости рта было установлено, что у пациентов всех трех групп высеваются следующие виды патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: *E.coli* , *St.aureus*, *Candida albicans*, *Neisseria*, *Ent.faecalis*, *Klebsiella*, *Str.piogenes*, *Str. Pneumonia*, *Str.epidermidis*

Анализируя полученные результаты видовой принадлежности бактерий в материале, взятом со слизистой оболочки альвеолярного гребня у пациентов первой группы, обнаружили, что через 10 дней наблюдения в данной группе

пациентов регистрируется усиление роста патогенной и условно-патогенной флоры, который наблюдается и через 1 месяц исследования (табл.5).

Таблица 5

Результаты микробиологического исследования у пациентов первой группы

Название микроорганизма	До исследования	Через 10 дней	Через 1 месяц
E.coli % (KOE)	28,5 (10^3 - 10^5)	33,5 (10^5 - 10^7)	33,5 (10^5 - 10^7)
St.aureus% (KOE)	42,8 (10^2 - 10^3)	57,4 (10^3 - 10^6)	48,5 (10^2 - 10^4)
Neisseria% (KOE)	14,2 (10^3 - 10^4)	14,2 (10^3 - 10^5)	12,2 (10^3 - 10^5)
Ent.faecalis% (KOE)	19,4 (10^2 - 10^5)	19,4 (10^3 - 10^6)	19,4 (10^3 - 10^6)
Str.piogenes% (KOE)	14,2 (10^2 - 10^5)	14,28 (10^5)	14,28 (10^5)
Str.epidermidis% (KOE)	9,52 (10^3 - 10^5)	4,76 (10^3 - 10^5)	4,76 (10^3 - 10^5)
Candida albicans% (KOE)	19,4 (10^2 - 10^4)	47,6 (10^3 - 10^6)	47,6 (10^3 - 10^6)

Во второй группе исследуемых больных выявленный до протезирования рост патогенной и условно-патогенной флоры остался фактически на том же уровне с незначительными изменениями в сторону снижения, как через 10 дней, так и через 1 месяц исследования (табл.6).

Таблица 6

Результаты микробиологического исследования у пациентов второй группы

Название микроорганизма	До исследования	Через 10 дней	Через 1 месяц
E.coli% (KOE)	33,2 (10^3 - 10^5)	28,5 (10^3 - 10^5)	28 (10^3 - 10^5)
St.aureus% (KOE)	38 (10^3 - 10^5)	28,5 (10^3 - 10^5)	33 (10^3 - 10^5)
Neisseria% (KOE)	9,52 (10^3)	4,76 (10^2)	4,76 (10^3)
Ent.faecalis% (KOE)	19 (10^3 - 10^5)	14,2 (10^3 - 10^4)	10,5 (10^3)
Klebsiella% (KOE)	4,76 (10^3)	4,76 (10^2)	не высевалось
Str.piogenes% (KOE)	9,52 (10^4 - 10^5)	9,52 (10^3 - 10^4)	4,76 (10^3)

продолжение таблицы 6

Название микроорганизма	До исследования	Через 10 дней	Через 1 месяц
Str. Pneumonia% (KOE)	4,76 (10^4)	4,76 (10^3)	4,76 (10^3)
Str.epidermidis% (KOE)	19 (10^3 - 10^5)	19 (10^3)	19 (10^3)
Candida albicans% (KOE)	33,3 (10^2 - 10^5)	28,5 (10^3 - 10^4)	33,3 (10^3 - 10^5)

В таблице 7 отражено, что у пациентов, использующих пленку с иммунокоректором имудонем, на 10 день исследований количество колоний патогенной флоры значительно снижалось, либо не высевалось совсем. Степень обсемененности исследуемого материала также уменьшается. Через 1 месяц исследований патогенная флора фактически не высевалась.

Таблица 7

Результаты микробиологического исследования у пациентов третьей группы

Название микроорганизма	До исследования	Через 10 дней	Через 1 месяц
E.coli% (KOE)	23,8 (10^3 - 10^5)	4,76 (10^2)	не высевался
St.aureus% (KOE)	42,8 (10^3 - 10^7)	28,57 (10^3)	2,5 (10^2)
Neisseria% (KOE)	9,52 (10^3 - 10^5)	не высевалось	не высевалось
Ent.faecalis% (KOE)	19,4 (10^4 - 10^6)	не высевалось	не высевалось
Klebsiella% (KOE)	9,52 (10^3 - 10^4)	не высевалось	не высевалось
Str.piogenes% (KOE)	9,52 (10^4)	4,7 (10^3)	не высевалось
Str. Pneumonia% (KOE)	4,76 (10^3)	не высевалось	не высевалось
Str.epidermidis% (KOE)	9,52 (10^2 - 10^5)	не высевалось	не высевалось
Candida albicans% (KOE)	47,6 (10^2 - 10^5)	19,04 (10^2)	не высевалось

Таким образом, протезирование съемными конструкциями зубных протезов, приводит к снижению антиинфекционной резистентности в полости рта, что является следствием нарушения баланса между нормальной флорой и иммунным ответом организма. В результате активируется

патогенная и условно-патогенная флора. Использование пленки с имунодомом позволяет нормализовать данный дисбаланс, что проявляется подавлением роста патогенной и усилению роста сапрофитной флоры.

С целью оценки результатов ортопедического лечения и применения биологически активной пленки у всех пациентов выявлялась суммарная площадь зон воспаления в день фиксации на 3, 7, 10 день, а также через 1, 2 и 3 месяца.

Из анализа результатов исследования, представленного на рис.1 видно, что под съемными пластиночными протезами в день фиксации у пациентов всех исследуемых групп количество суммарных площадей зон воспалительной реакции фактически не отличались, и составляла 1583 мм² на верхней челюсти и 1000 мм² на нижней.



Рис.1. Динамика изменения площади зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа под воздействием базисов съемных протезов.

Анализ полученных результатов показал, что в группе пациентов, применявших пленку с иммунокоректором, количество суммарных площадей воспаления слизистой оболочки протезного ложа под базисом съемных протезов снижается быстрее и эффективней, чем у пациентов первой и второй групп (рис.2).

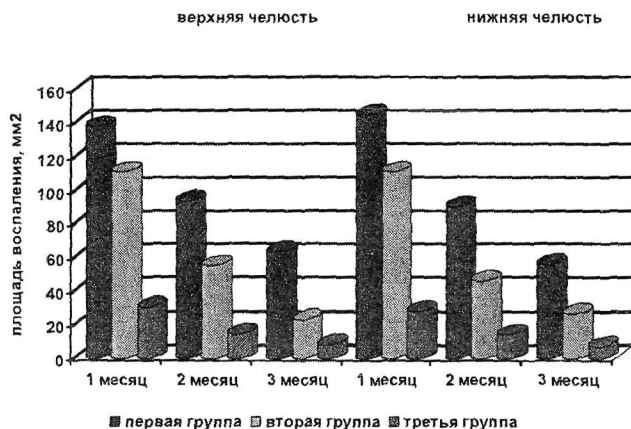


Рис.2. Динамика изменения площади зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа под воздействием базисов съёмных протезов спустя 1 месяц.

При сравнительной оценке функциональной активности зубочелюстной системы, у пациентов третьей группы все динамические показатели, а именно жевательный цикл, количество жевательных движений, время глотательного периода, достигают лучших результатов. Уже на 10 день исследований улучшались такие показатели как: жевательный цикл до 42 секунд, количество жевательных движений составило 38,5 движение в минуту, глотательный период равнялся 3 секундам, по сравнению с пациентами других исследуемых групп. Спустя 1 месяц, который считается основным в адаптационном периоде, было отмечено дальнейшее снижение параметров функциональной активности зубочелюстной системы. Так жевательный цикл у пациентов первой группы составил 51 секунду, во второй группе этот показатель равнялся 44 секунды. В третьей группе произошло значительное снижение времени жевательного цикла, и оно составило 38 секунд. Количество жевательных движений на 1 месяц исследования в первой группе составило 46, во второй снизилось до 44 движений в минуту, а в третьей группе пациентов - 38 движений в минуту. Время глотательного периода спустя 1 месяц в первой группе пациентов равнялось 4 секунды, во второй группе это значение составило 3 секунды, а в третьей группе данный показатель значительно снизился и составил 2 секунды. Следовательно, адаптационный период у пациентов третьей группы, использующих биологически активную пленку с иммунокоректором наиболее короткий. Что позволяет улучшить качество ортопедического лечения.

Выводы

1. Анализ результатов применения разработанной иммунокорегурующей пленки, содержащей в своем составе имудон, в целях профилактики и лечения возможных осложнений со стороны слизистой оболочки протезного ложа, позволяет, повысить эффективность ортопедического лечения пациентов с использованием съемных протезов и способствует сокращению сроков адаптации на 12-15% в сравнении с применением пленки «Протоплан-М» и традиционными методами лечения.
2. Состояние местного иммунитета полости рта у пациентов, в результате пользования съемными протезами при частичном и полном отсутствии зубов, характеризуется нарушением защитных механизмов слизистой оболочки. Происходит значимое снижение s-IgA до 168мг/л, IgA до 192мг/л, IgG до 80мг/л. Использование биологически активной пленки с иммунокоректором имудоном позволяет улучшить основные показатели специфического гуморального иммунитета полости рта, а именно повысить уровень s-IgA до 380мг/л, IgA до 315мг/л и IgG до 95мг/л, по сравнению с уровнем данных показателей до протезирования.
3. При протезировании съемными пластинчатыми протезами, падает уровень лизоцима до 185мкг/мл, а также снижается фагоцитарная активность нейтрофилов в тесте с латексом до 55% по сравнению с нормой здоровых лиц. Применение биологически активной пленки с имудоном позволяет нормализовать уровень активности лизоцима до 234мкг/мл и улучшить фагоцитарную активность нейтрофилов, а именно повысить процент фагоцитоза до 68% и увеличить фагоцитарное число до 8 у.е. Данный положительный эффект сохраняется на протяжении 3 месяцев исследований.
4. При исследовании мазков, взятых с поверхности слизистой оболочки полости рта у пациентов во всех исследуемых группах до протезирования, характеризовались присутствием различных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, таких как: *E.coli*, *St.aureus*, *Candida albicans*, *Neisseria*, *Ent.faecalis*, *Klebsiella*, *Str.piogenes*, *Str. Pneumonia*, *Str.epidermidis*. Применение биологически активной пленки с имудоном позволяет нормализовать микробиоценоз полости рта при наличии съемных протезов. Наблюдается стойкая тенденция к уменьшению частоты обнаружения представителей патогенной и условно патогенной флоры уже к 10 дню исследований. Через 1 месяц после использования биологически активной пленки данные патогенные микроорганизмы не встречаются, или встречаются в единичных случаях.

5. При ортопедическом лечении пациентов съёмными пластиночными протезами на фоне иммунокорегулирующей терапии выявлено улучшение состояния слизистой оболочки, которое проявлялось уменьшением суммарной площади зон воспаления до 30,5 мм² на верхней челюсти и 28 мм² на нижней соответственно к концу первого месяца исследований. Наблюдалось улучшение функциональной активности зубочелюстной системы у пациентов третьей группы, особенно в первые дни пользования протезом. На 10 день исследований улучшались такие показатели как: жевательный цикл до 42 секунд, количество жевательных движений составило 38,5 движение в минуту, глотательный период равнялся 3 секундам, по сравнению с пациентами других исследуемых групп.

Практические рекомендации

1. При ортопедическом лечении пациентов с частичным и полным отсутствием зубов с использованием съёмных протезов рекомендуется применение биологически активной пленки содержащей в своем составе иммунокорректор имудон. Данную пленку необходимо применять следующим образом: после проведения гигиенических мероприятий в полости рта и чистки протезов, врач или сам пациент располагает тонкую эластичную пленку симметрично по всей поверхности базиса протеза. Края пленки должны соответствовать краю базиса протеза, располагающегося в переходной складке, излишки пленки обрезаются ножницами, после чего протез фиксируется в полости рта. Пленка с иммунокорректором назначается с первого дня фиксации съёмного протеза и используется в течение 7-10 дней по 2-3 раза в день.
2. В целях профилактики осложнений со стороны слизистой оболочки полости рта рекомендовано использовать данную пленку 2-3 раза в неделю на протяжении двух недель.
3. Разработанная нами пленка с иммунокорректором имудоном может быть рекомендована для ускорения заживления травматических повреждений слизистых оболочек полости рта съёмными протезами, как при полной, так и при частичной утрате зубов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Применение биологически активных пленок для местного лечения пародонтита /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Лешева, Н.В. Примачёва [и др.] //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Журнал практической и теоретической медицины. - 2005. - Т. 4, №2. – С. 192-194.

2. Примачева Н.В. Применение биоразстворимых лекарственных пленок у пациентов пользующихся съемными зубными протезами /Н.В. Примачёва //25 итоговая конференция общества молодых ученых МГМСУ. – М., 2008. – С. 264-265.
3. Примачёва Н.В. Оптимизация местного лечения осложнений вызванных съемными протезами /Н.В. Примачёва //Межрегиональный сборник научных трудов, посвященный 80-летию рождения профессора Тихонова и 50-летию рязанской стоматологической ассоциации «Вопросы стоматологии». – Рязань - 2009. – С. 267
4. Каливрадзиян Э.С. Оценка эффективности применения лекарственных пленок с иммунокоректором в съемном протезировании /Э.С. Каливрадзиян, Н.В. Примачёва, Е.А. Лещева, Н.В. Чиркова //Институт стоматологии. – 2010. – №1. – С. 40-41.
5. Использование биоразстворимых лекарственных пленок у пациентов, пользующихся съемными протезами /Н.В. Чиркова, Э.С. Каливрадзиян, Н.В. Примачёва [и др.] //Здоровье семьи XXI век Материалы XIV Международной научной конференции 28 апреля-5 мая 2010 года г.Римини, Италия Часть II – Пермь, 2010. – С. 484-486.
6. Патент 2380082 Российская Федерация, МПК А61К6/08 А61К6/00, А61К39/02, А61С13/23 Пленка для сокращения сроков адаптации к съемным протезам и регуляции местного иммунитета в ротовой полости /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Лещева, Н.В. Примачёва [и др.] //№008127723/15, заявл. 07.07.2008; опубл. 27.01.10, Бюл. № 3. - С. 858.
7. Эффективность применения лекарственных пленок с имуноном в съемном протезировании /Н.В. Примачёва [и др.] //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Журнал практической и теоретической медицины. - 2010. – Т. 9, №2. – С. 446-447.

Подписано в печать 15.09.2010 г.
Формат 60 x 84/16 . Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 1,0 Тираж 100 экз. Заказ №2072

Отпечатано в типографии
Воронежский ЦНТИ – филиал ФГУ «РЭА» Минэнерго России
394730, г. Воронеж, пр. Революции, 30