

2. Ламли Ф., Адамс Н., Томпсон Ф. «Практическая клиническая эндодонтия». Москва «МЕДпресс-информ». – 2007. – 127 с.
3. Митрофанов В.И., Шорина Т.В. «Повторное эндодонтическое лечение. Алгоритм действия в различных клинических ситуациях». Клиническая эндодонтия. – Том 1. – № 3–4. – 2007. – С. 76–83.
4. Калашников В.Н., Воропасвал.А., Геворкян А.А. «Эндодонтическое перелечивание зубов». Дентал Юг. – № 3. – 2009. – С. 38–41.
5. Городов О.Н. «Выбор врачом технологии как фактор качества эндодонтического лечения». Сибирский медицинский журнал. – № 2. – 2008.

## ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

*Бузова Е.В., аспирант кафедры терапевтической стоматологии  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Ронь Г.И., д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

Лучевая терапия, несомненно, обладает эффективным противораковым воздействием и составляет неотъемлемую часть противораковой терапии [4]. Однако лучевая терапия способна оказывать нежелательное воздействие на здоровые ткани, включенные в поле облучения [2, 3]. Профилактика и лечение изменений, возникающих под действием ионизирующего излучения, разрабатываются в течение последних двух десятилетий, но до настоящего времени частота и тяжесть лучевых повреждений сохраняются на высоком уровне [1, 4]. Поэтому необходимы дальнейшие исследования, направленные на повышение эффективности коррекции этих нарушений.

У пациентов с продолжительным сроком жизни, наряду с лучевыми реакциями, повышен риск развития постлучевых осложнений, в частности лучевого кариеса [2]. Изучение особенностей течения лучевого кариеса и состояния полости рта после лучевой терапии имеет большое значение для разработки методов стоматологической реабилитации данного контингента пациентов.

**Цель исследования** – оценить стоматологический статус пациентов в различные сроки после проведения лучевой терапии по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

### Материалы и методы исследования

Клиническое исследование выполнено на базе терапевтического отделения № 1 МСП УГМА совместно с отделением патологии головы и шеи и радиологическими отделениями № 1, 3, 4 ГБУЗ СООД (Свердловский областной онкологический диспансер). За период с марта 2009 года по ноябрь 2010 года обследовано 24 человека, из них мужчин – 16 (66,7%), женщин – 8 (33,3%). Средний возраст обследуемой группы – 53 года. Критерии включения пациентов со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области в группу исследования: возраст до 65 лет; наличие зубов в полости рта; проживание в г. Екатеринбурге; проведение лучевой терапии на аппарате АГАТ-Р–1 расщепленным курсом (классическое фракционирование), суммарная очаговая доза 70 гр.

Обследование пациентов проводилось до, через 3 и 6 месяцев после завершения курса лучевой терапии по следующей схеме: опрос, осмотр, определение индекса КПУ; определение индекса зубного налета по Ю.А.Федорову и В.В.Володкиной (1971); сиалометрия; определение рН ротовой жидкости с использованием индикаторных полосок Merck (диапазон чувствительности рН 4.0–7.0).

### Результаты исследования и их обсуждение

По данным сиалометрии, отмечается снижение количества ротовой жидкости по сравнению с нормой для данной возрастной группы 4,1 мл [5], а также с уровнем слюноотделения до лечения 4,2. Средний показатель составил  $2,91 \pm 0,32$  мл через 3 месяца после лечения и  $1,84 \pm 0,31$  мл – через 6 месяцев. Оценка данных рН-метрии ротовой жидкости показала наличие сдвига ее реакции в кислую сторону. Среднее значение этого показателя составило через 3 месяца после ЛТ ЧЛО  $5,84 \pm 0,23$ , а через 6 месяцев –  $5,72 \pm 0,16$  при норме  $7,21 \pm 0,06$  [5]. Наблюдаемое прогрессивное снижение уровня слюноотделения в 1,5 раза за период с 3 до 6 месяцев согласуется с литературными данными. Снижение количества и повышение кислотности ротовой жидкости создают условия для развития кариесогенной ситуации в ротовой полости.

Индекс гигиены до начала лучевого лечения составил – 1,9; через 3 и 6 месяцев соответственно 2,7 и 2,9. Резкое увеличение количества зубных отложений в срок 3 месяца после ЛТ связано со снижением слюноотделения, а также лучевой реакцией слизистой оболочки полости рта, создающей болезненные ощущения при чистке зубов.

При оценке стоматологического статуса пациентов выявлена 100% распространенность кариеса, его интенсивность по показателю КПУ составила как до лечения, так и через 3 месяца после 24,5. В срок 6 месяцев наблюдается увеличение показателя до 26,4 за счет составляющей К. Пока-

затель интенсивности кариеса в группе соматически здоровых пациентов в возрасте от 50 до 55 лет по данным (Вишняков Н.И., Данилов О.Е., 2007 г.) составил 19,1 [1]. Сравнение данных интенсивности кариеса свидетельствует о том, что большинство пациентов, поступающих в радиологические отделения имеют несанированную полость рта, что способствует развитию лучевых реакций и повреждений. Сравнение структуры показателей КПУ выявило различный характер распределения составляющих КПУ. В группе пациентов с онкологическими заболеваниями ЧЛО преобладает количество удаленных зубов – 11,2, в то время как составляющая П в 2 раза меньше, чем в группе сравнения. Количество несанированных кариозных полостей в основной группе – 6,1, в группе сравнения – 4,6.

Выявленное увеличение составляющей К в индексе КПУ свидетельствует о формировании в полости рта устойчивой кариесогенной среды. Снижение количества секретируемой слюны, снижение уровня ее рН, а также развитие радиоиндуцированного мукозита в процессе лучевой терапии затрудняет проведение гигиены полости рта с использованием наиболее распространенных методов и средств, что также способствует активному развитию кариеса.

### Выводы

1. После проведения лучевой терапии по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в срок 3 и 6 месяцев наблюдается снижение количества и повышение кислотности ротовой жидкости, что создает условия для развития кариесогенной ситуации в полости рта.

2. Интенсивность кариеса по показателю КПУ в группе пациентов со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области определяет высокую потребность в стоматологической помощи до начала лечения и после.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Chambers M.S., Fleming T.J., Toth B.B., Lemon J.C., Craven T.E., Bouwsma O.J., Garden A.S., Espeland M.A., Keene H.J., Martin J.W., Sipos T. Clinical evaluation of the intraoral fluoride releasing system in radiation-induced xerostomic subjects. Part 2: Phase I study. *Oral Oncol.* – 2007 Jan: – 43(1). P. 98–105.
2. Craddock H.L. Treatment and maintenance of a dentate patient with 'radiation caries' [Text]// Craddock H. L. // *Dent Update.* – 2006. – 33(8). – P. 462–464, 467–68.
3. Redman R.S. On approaches to the functional restoration of salivary glands damaged by radiation therapy for head and neck cancer, with a review of

related aspects of salivary gland morphology and development *Biotech Histochem.* //2008. – June. – 83(3): P. 103–130.

4. Silva A.R. Radiation-related caries and early restoration failure in head and neck cancer patients. A polarized light microscopy and scanning electron microscopy study. / Alves F.A., Berger S.B., Giannini M., Goes M.F., Lopes M.A. // *Support Care Cancer.* 2009. – С. 17.
5. Вишняков Н.И. Изучение заболеваемости кариесом по данным обращаемости населения за стоматологической помощью [Текст]/Н.И. Вишняков, Е.О. Данилов, Н.В. Прозорова// *Вестник С.-Пб Университета.* – Вып. 4. – Сер. 11. – 2007. – С. 133–141.

## МАРКЕРЫ ЦИТОЛИЗА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПЕРИОДОНТИТА

*Волкова Т.Н., Шамаль М.В., Дзюба Е.В., Арефьева Ю.В.*

*Научные руководители: д.м.н. Жданова Е.В., д.м.н. Брагин А.В.  
кафедра патофизиологии, кафедра ортопедической и  
хирургической стоматологии ГОУ ВПО ТГМА Росздрава,  
г. Тюмень*

### **Актуальность**

Частота гранулирующего и гранулематозного периодонтита достигает 30–35% от общего числа посещений клиники терапевтической стоматологии [2]. Очаг хронической инфекции в периодонте неблагоприятно влияет на весь организм, способствуя развитию инфекционно-аллергических заболеваний, а также приводит к потере зуба [1, 5]. Несмотря на наличие в настоящее время в арсенале врачей большого числа эффективных антибактериальных, антисептических и иммунотропных препаратов, а также хорошо себя зарекомендовавших физических факторов, используемых в терапии, полноценное излечение хронического периодонтита до сих пор остается трудно достижимой целью. В связи с этим изучение вопросов патогенеза хронического воспаления периодонта, как основы для разработки патогенетических принципов его лечения, остается актуальной проблемой [3, 4].