

მღებრიშვილი ს., სვანიშვილი ა., ნაკაშიძე გ., ყიფიანი ნ., ბარბაქაძე ი.

პირის ღრუს დეფექტების რეაბილიტაცია ორთოპედიულ სტომატოლოგიაში
შაქრიანი დიაბეტის დროს

თსსუ, კლინიკური ორთოპედიული სტომატოლოგიის დეპარტამენტი

ორთოპედიულ სტომატოლოგიაში გამოიყენება მთელი რიგი კონსტრუქციები და აპარატები პირის ღრუში არსებული დეფექტების რეაბილიტაციისთვის. როგორც ცნობილია, რეაბილიტაცია ნიშნავს აღდგენას, რაც ჩვენს შემთხვევაში გამოიხატება კბილთა მწკრივის ნაწილობრივი ან სრული დეფექტების მოუხსნელი ან მოსახსნელი კონსტრუქციებით, ხოლო კბილთა გვირგვინოვანი ნაწილის სრული ან ნაწილობრივი დესტრუქციის შემთხვევაში მათი ჩანართით ან ხელოვნური გვირგვინით აღდგენაში[1].

ორთოპედიული მეთოდებით პირის ღრუს რეაბილიტაცია ემსახურება არა მარტო ადამიანის საღეჭი აპარატის აღდგენას, არამედ იგი განაპირობებს თავიდან ავიცილოთ ან დროულად აღმოვფხრათ ისეთი გავრცელებული დაავადებები, როგორც არის ქვედა ყბის სახსრის ართრიტი და ართროზი, კუჭის ლორწოვანი გარსის ეროზია და წყლულოვანი დაავადებები, კოლიტი და მრავალი სხვა. ორთოპედიული და ფუნქციური სამკურნალო მეთოდების რაციონალური გამოყენება დიდ როლს თამაშობს ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებების მკურნალობაში[2,3].

ცნობილია, რომ მეორადი ადენტის დროს, თუ კბილები დაკარგულია მცირე რაოდენობით, ადამიანი საკვების გადამუშავების პროცესში არ განიცდის დიდ დისკომფორტს. მაგრამ დროთა განმავლობაში ეს დანაკლისი განაპირობებს ისეთი პროცესების განვითარებას, როგორცაა კბილთა პათოლოგიური ცვეთა და პაროდონტის გადატვირთვა, რაც გამოწვეულია საღეჭი კბილების არარსებობის გამო საჭრელი ანუ ფრონტალური კბილების ღეჭვით პროცესში ჩართვით. სწორედ აღნიშნული მიზეზების გამო, პაციენტმა დროულად უნდა მიმართოს ექიმ ორთოპედს, რადგან თავიდან აიცილოს არა მარტო საღეჭი სისტემის, არამედ მთლიანად საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები[5].

მეორადი ადენტის გამომწვევი მიზეზები მრავლად არის აღწერილი სხვადასხვა ლიტერატურასა და სტატიებში. მათ შორის ტრავმის მიერ გამოწვეული ადენტია, პაროდონტიტის ან პაროდონტოზის ფონზე განვითარებული დეფექტები, კარიესული დაავადების გამო დაკარგული კბილები და სხვ. აღსანიშნავია, რომ მეორადი ადენტის განვითარებაში, ერთერთ დამამძიმებელ როლს თამაშობს ისეთი სისტემური დაავადება, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი[4].

შაქრიანი დიაბეტით დასნეულებულ პაციენტთა ორთოპედიული მკურნალობის დროს, ექიმ სტომატოლოგს განსაკუთრებული მეთოდოლოგიის გამოყენება მოეთხოვება. ვინაიდან შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში პირის ღრუს კლინიკური სურათი ხშირად არ შეესაბამება ყბა - კბილთა რეა ლურ პათოლოგიურ მდგომარეობას. სწორედ ამიტომ ორთოპედიული კონსტრუქციის შერჩევის დროს ექიმს ევალება გაითვალისწინოს პაციენტის არა მარტო პირის ღრუს კლინიკური მდგომარეობა, არამედ ზოგადი დაავადების, კერძოდ, შაქრიანი დიაბეტის მიმდინარეობის სირთულე და ტიპი[6,7].

კვლევის მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შაქრიანი დიაბეტის კომპენსირებული, სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული ფორმების დროს მეორადი ადენტის ორთოპედიული მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა.

მასალა და მეთოდები: ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 32 პაციენტი(18 მამაკაცი, 14 ქალი, ასაკით 42 წლიდან _ 74 წლამდე) დიაგნოზით მეორადი ადენტია. პაციენტთაგან შვიდს აღენიშნებოდა შაქრიანი დიაბეტის კომპენსირებული ფორმა (5 ქალი, 2 მამაკაცი), ჩვიდმეტს - სუბკომპენსირებული (10 მამაკაცი, 7 ქალი), ხოლო რვას - დეკომპენსირებული ფორმა(6 მამაკაცი, 2 ქალი). ვაკვირდებოდით პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობას, მის ფერს და პაროდონტალური ჯიბის სიღრმეს. ტრავმული კვანძების არსებობას. ტრავმული ოკლუზიის კორექციას ვახდენდით პაციენტის არსებული თანკბილვის გათვალისწინებით. ტრავმული კვანძები ანუ სუპერკონტაქტები, თავის მხრივ, ზღუდავენ ქვედა ყბის ლეჭვით მოძრაობას და იწვევენ კბილის პაროდონტის გადატვირთვას. აღნიშნული ტრავმული კვანძების აღმოფხვრის მიზნით ჩვენ ვიყენებდით სხვადასხვა სისქის საოკლუზიო ქაღალდს და ვაწარმოებდით კბილის საკონტაქტო ზედაპირის მიზნობრივ პრეპარირებას. პირველ ეტაპზე ვიყენებდით 150-200 მკმ სისქის ქაღალდს. შემდეგ ვამცირებდით სისქეს 80-100 მკმ- დე და ბოლოს 8-12 მკმ სისქის საოკლუზიო ქაღალდს და ვაწარმოებდით კორექციას.

სისხლში ვიკვლევდით შაქრის შემცველობას. ცნობილია, რომ გლიკოლიზირებული ჰემოგლობინის დასაშვები ზემო ზღვარი, დიდი ხნით კომპენსირებულ 1 ტიპის შაქრიანი დიაბეტის დროს, შეესაბამება სუბკომპენსირებულ 2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტის იგივე სტადიას, მაგრამ მიუხედავად ამისა, რეაბლიტაციის პროცესი საგრძნობლად განსხვავებულია, როგორც დიდი ხნით კომპენსირებული, აგრეთვე სუბკომპენსირებულ ფორმებს შორის. ობიექტური შეფასებისთვის ექიმმა უნდა გამოიყენოს გლიკოლიზირებული ჰემოგლობინის მაჩვენებლები, ვინაიდან სისხლში შაქრის რაოდენობის განსაზღვრა იძლევა მხოლოდ მყისიერ ანუ დროის კონკრეტულ მომენტში სისხლში არსებული შაქრის რაოდენობას,

ხოლო გლიკოლიზირებული ჰემოგლობინის მონაცემები გვაძლევს საშუალებას გავვეცნოთ კომპესაციის ხარისხს 8-12 კვირის განმავლობაში.

შედეგები და მათი განხილვა: დაკვირვების შედეგად გამოვლინდა, რომ შაქრიანი დიაბეტის სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული ფორმების დროს პირის ღრუს ქსოვილებში გამოხატულია აშკარა პათოლოგიური ცვლილებები. კერძოდ, გამწვავებული გინგივიტი, პაროდონტიტი და ლორწოვანი გარსის ეროზიულ-წყლულოვანი ცვლილებები, რაც, თავის მხრივ, საგრძნობლად ზღუდავს პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვას (არსებული ტკივილების გამო) და კიდევ უფრო ამძიმებს მდგომარეობას.

აღნიშნული პათოლოგიების პირის ღრუში აღმოჩენის შემთხვევაში ექიმ სტომატოლოგს უნდა გაუჩნდეს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ საქმე გვაქვს შაქრიანი დიაბეტის დეკომპენსირებულ ფორმასთან და მან უნდა გაუწიოს რეკომენდაცია პაციენტს, მიმართოს ექიმ ენდოკრინოლოგს მანამდე, სანამ დაიწყება ორთოპედიული სამკურნალო პროცედურები.

პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ დიდი ხნით კომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტი (1წ. და მეტი), რეკომენდებულია ჩატარდეს სრულფასოვანი ორთოპედიული მკურნალობა. ხოლო სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული ფორმის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ჩატარდეს პროფილაქტიკური სამკურნალო პროცედურები. კერძოდ, პირის ღრუს პროფესიული ჰიგიენა, ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, ტრამვული ოკლუზიის აღმოფხვრა, დროებითი პროთეზირება და შინირება. აღნიშნული მანიპულაციები უნდა ჩატარდეს პარალელურად შაქრიანი დიაბეტის კომპენსირებულ ფორმაში გადასვლამდე (ხანგრძლივობა შეიძლება გაგრძელდეს 1-1,5წ) , შემდგომ ეტაპზე უკვე შესაძლებელი ხდება სრულფასოვანი ორთოპედიული კოსტრუქციების დამზადება.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტებს, რომელთაც ესაჭიროებათ პაროდონტიტის მკურნალობა სუბკომპენსირებული დიაბეტის ფონზე, მიზანშეწონილია დაუმზადდეთ ნაწილობრივ მოსახსნელი კონსტრუქციები მაშინირებელი ფუნქციით ან მოხდეს დროებითი შინირება «Ribbond», «Fiber-Splint» და «FiberSplint ML» -ის მიერ წარმოებული მინაბოქკოვანი ძაფებით, რომელთა უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ მათი ექსპლუატაცია საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაშია შესაძლებელი.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კონსტრუქციების დამზადების დროს შერჩეულ მასალებს. ვინაიდან მათი ხარისხი, ინერტულობა და კარგად პოლირების თვისებები განაპირობებს მკურნალობის პერიოდში რეციდივების თავიდან აცილებას. ცუდად პოლირებული სამუშაო ხშირად ხდება მიკრობების ახალი კოლონიების გაჩენის მიზეზი, რაც, თავის მხრივ, იწვევს პაროდონტიტის გამწვავებას. აგრეთვე,

მიზანშეწონილია საბაზისო მასალად გამოვიყენოთ ისეთი ინერტული მასალები, როგორცაა ტიტანი.

დასკვნა: ამგვარად, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების შემთხვევაში, სტომატოლოგიური რეაბლიტაციის მიზნით ექიმმა უნდა მიმართოს შემდეგ ტაქტიკას – ექიმ-ენდოკრინოლოგთან ერთად უნდა განსაზღვროს პაციენტის შაქრიანი დიაბეტის ფორმა და კომპენსაციის ხარისხი. დაწვრილებით უნდა აუხსნას პაციენტს, ენდოკრინოლოგის მიერ მიცემული დარიგების სკურპულოზურად შესრულების აუცილებლობა, გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების სრულყოფილი სტომატოლოგიური სანირება არა მარტო აღმოფხვრის პირის ღრუში მიმდინარე სხვადასხვა ანთებით პროცესებს, არამედ გვაძლევს საშუალებას შევამციროთ გამოყენებული ინსულინის დოზა, რაც, თავის მხრივ, კიდევ ერთხელ ამტკიცებს იმას, რომ სტომატოლოგიური რეაბლიტაცია სოციალური მნიშვნელობის მქონე მანიპულაციაა.

კომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტის სტადია, ხშირად, ადვილად გადადის სუბკომპენსირებულ სტადიაში, ამდენად მიზანშეწონილია პაციენტების დისპანსერული შემოწმება არაუმცირეს წელიწადში ორჯერ, ხოლო დეკომპენსირებული ფორმების დროს არაუმცირეს 3 თვეში ერთხელ.

ლიტერატურა:

1. Ибрагимов Т.И. Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / - 2010. - 208 с.
2. Костур Б. К., Миняева В. А., Минина О. В. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного суставов в клинике ортопедической стоматологии. Л., 1981. 15 с.
3. Сергеева Т.А. Диагностика и лечение дисфункции височно-нижнечелюстных суставов // Автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб ., -1997. - С. 22.
4. Садовский В.В. Стоматологическая помощь как особый вид услуг в здравоохранении / / Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени М.А. Семашко. - М., 1997. Вып. 1. - С. 68-76
5. Трезубов В.Н. Щербаков А.С. - Ортореди- ческая стоматология. Санкт-Петербург, 2010 г. ст.152.
6. Жулев Е.Н. - Частичные съёмные протезы// Нижний Новгород 2000г. ст.57

7. John M.Powers, John C.Wataha – Dental materials:

Mghebrishvili S., Svanishvili A., Nakashidze G., Kipiani N., Barbakadze I.

**REHABILITATION OF ORAL CAVITY DEFECTS IN ORTHOPEDIC STOMATOLOGY
(PROSTHODONTICS) UNDER THE CONDITIONS OF DIABETES MELLITUS**

TSMU, DEPARTMENT OF CLINICAL ORTHOPEDIC STOMATOLOGY

In case of patients with diabetes mellitus for the purpose of stomatological rehabilitation doctor has to apply following policy of treatment – she/he has to define the type of patient's diabetes mellitus and the degree of compensation together with the endocrinologist. The doctor has to explain in details to the patient that it is essential to scrupulously follow the recommendations of endocrinologist and what kind of complications will they face in case of not following them. For patients who suffer from compensated diabetes mellitus for a long time (1 year and more), it is recommended to conduct complete orthopedic treatment. In cases of subcompensated and decompensated forms it is advisable to conduct preventive treatments. Namely, occupational hygiene of oral cavity, antibacterial and anti-inflammatory therapy, eradication of traumata, occlusion, temporary prosthetics and splintage. Above mentioned manipulations should be carried out at the same time before moving to compensated stage of diabetes mellitus (that may last for 1-1,5 years), at the next stage it will already be possible to produce full value orthopedic structures.

It must be noted that the patients who require treatment of parodontitis on the background of subcompensated diabetes mellitus, it is advisable to have produced partial mobile structures with splinting function or to provide temporary splinting with glass fiber threads produced by “Ribbond” or “Fiber-Splint” advantageous with their exploitation possibility for quite a long time.

Great importance is attributed to the materials selected during the production of structures, as their quality, inertness and features of good polishing stipulate avoidance of relapses. Poorly polished work often stipulates generation of new colonies of microorganisms that itself causes exacerbation of parodontitis. Also it is advisable for basic material to use such inert material as titanium.