

На правах рукописи

КУЛИКОВ АЛЕКСЕЙ СЕРГЕЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14. 01. 01 – Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Симферополь - 2020

Работа выполнена в Медицинской академии имени С. И. Георгиевского (структурное подразделение) Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Научный руководитель:

Романенко Инесса Геннадьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и ДПО Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение) Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского».

Официальные оппоненты:

Малый Александр Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. Е. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра ортопедической стоматологии и протетики, заведующий кафедрой.

Салеева Гульшат Тауфиковна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра ортопедической стоматологии, заведующая кафедрой.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Краснодарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2020 г. в _____ час. на заседании диссертационного совета Д 900.006.05 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» (295051, Республика Крым, г. Симферополь, б. Ленина, 5/7).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте Медицинской академии им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», <http://www.cfuv.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2020 года

Ученый секретарь

диссертационного совета к. мед. н., доцент

К. Г. Кушниц

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Несмотря на значительные достижения современной стоматологии, число лиц, нуждающихся в ортопедическом лечении с использованием съемных ортопедических конструкций, непрерывно растет и составляет от 5% до 80% в старших возрастных группах (Мальгинов Н. Н. и соавт., 2000; Алимский А. В., 2001; Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., 2007; Палійчук І. В. і співавт., 2007; Адамчик А. А., 2008; Касаткина Э. П., 2011).

Пациенты, у которых доминируют эндокринопатии, оказывающие пагубное влияние на состояние органов рта и организм в целом одна из таких категорий. Степень выраженности патологических процессов в полости рта напрямую зависит от тяжести основного заболевания и длительности его течения (Герасимов Г. А., Петунина Н. А., 1993; Доменюк Д. А., Гаража С. Н., Иванчева Е. Н., 2010). Механизмы развития патологических состояний тканей полости рта и роль гормональной регуляции в их возникновении продолжают оставаться спорными.

При этом, по-прежнему, одной из основных проблем отечественной стоматологии при ортопедическом лечении съемными протезами является непереносимость акриловых пластмасс, так как до 50% съемных зубных протезов изготавливают из данного материала (Абдурахманов А. И., Курбанов О. Р., 2002; Рединов И. С., Кожевников С. В., 2010; Matsuura T., Nosokawa R., Okamoto K., 2000). Как отмечает Е. И. Гаврилов (1984), понятие непереносимости является комплексным, обобщающим, поскольку оно включает различные виды и характеристики раздражителя, который, в свою очередь, влечёт за собой соответственно и множественные патологические изменения протезного ложа. По данным литературы, 91-98% съёмных ортопедических конструкций в своей основе содержат метилметакрилат. Следует отметить достоинства таких протезов: широкая доступность, высокая технологичность, достаточная прочность, экономическая привлекательность, являются методом выбора для широкого числа потребителей стоматологических ортопедических услуг. Несмотря на ряд преимуществ, в 64,7% случаев данные материалы в структуре базиса ортопедических конструкций вызывают патологические реакции слизистой оболочки протезного ложа (СОПЛ) за счет миграции остаточного мономера в полость рта пациента. Доказано, что именно мономеры (акрилаты) не только вызывают аллергические реакции, но и являются токсикантами с кумулятивным механизмом действия, что затрудняет лечение пациентов на фоне скомпрометированной слизистой оболочки рта (СОР), поэтому вопросы взаимодействия тканей полости рта и материалов, из которых изготавливаются съёмные ортопедические конструкции, до настоящего времени являются предметом изучения многих исследователей, а совершенствование методов и способов достижения биохимического равновесия одна из нерешенных задач современной медицины.

Отсутствие четких рекомендаций о персонализированном подходе к выбору метода лечения, недостаток теоретических знаний и практических навыков снижает

мотивационную активность врачей-стоматологов на сотрудничество с пациентами с отягощенным соматическим и аллергическим анамнезами.

Научные дискуссии о влиянии гиперфункции щитовидной железы (ГЩЖ) на состояние органов рта служат основанием для дальнейшего освоения новых теоретических знаний в области изучаемой проблемы и способствуют их реализации в клинической практике.

Степень разработанности темы. У пациентов с эндокринопатиями явления непереносимости возникают на 20% чаще по сравнению со здоровыми людьми, что связано с нарушением общего обмена веществ, повышенной сенсбилизацией и слабой ответной иммунной реакцией организма (Женева ВОЗ, 1989; Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д., 2000; Гризодуб В. И., Жуков К. В., 2001; Жолудев С. Е., Жмакин И., 2004; Арутюнов А. С. и соавт., 2011). До настоящего времени отсутствует методология профессиональных междисциплинарных компетенций в лечении данной категории пациентов. Комплексный подход до конца не нашел своего отражения в существующих протоколах стоматологического лечения пациентов с коморбидной патологией, включая ГЩЖ. Не разработаны схемы маршрутизации данной категории пациентов на этапах диагностики и профильного лечения. До конца не изучены механизмы возникновения патологических процессов на СОПЛ при частичной и полной потере зубов, поэтому прогнозирование непереносимости к акриловым пластмассам остается достаточно сложной задачей для врачей-стоматологов-ортопедов.

Современные тенденции научного поиска направлены на междисциплинарный подход в решении проблем, связанных с непереносимостью акриловых пластмасс, разработку прогностических тестов-маркеров для раннего обнаружения предвестников дальнейшей манифестации патологического процесса на СОР и усовершенствование существующих методов лечения, а также повышение их эффективности в режиме реального времени.

Цель исследования. Разработка способа повышения качества ортопедического лечения дефектов зубных рядов съёмными пластиночными протезами у больных с ГЩЖ для снижения риска возникновения непереносимости к акриловым пластмассам.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ нуждаемости и объёма ортопедического лечения населения Республики Крым за период 2015-2017 гг.
2. Определить степень влияния нарушений функции щитовидной железы на состояние СОПЛ, количественные и качественные характеристики смешанной слюны и показатели периферической крови у больных с ГЩЖ.
3. Выявить влияние съёмных пластиночных акриловых протезов на биохимические, микробиологические и цитоморфометрические показатели у больных с ГЩЖ.
4. Обосновать и разработать лечебно-профилактический комплекс с патогенетическим механизмом действия с целью минимизации риска развития

непереносимости ортопедических конструкций у больных с ГЦЖ.

5. Оценить эффективность предложенного лечебно-профилактического комплекса в алгоритме лечения пациентов пластиночными протезами с эластической прокладкой и разработать практические рекомендации к его клиническому использованию.

Научная новизна. Получены новые данные об обращаемости городского и сельского населения республики Крым за ортопедической стоматологической помощью и объёме данного вида лечения в динамике с 2015 до 2018 гг.

Впервые на основании проведенных клинико-лабораторных исследований доказано, что ГЦЖ является фактором риска развития осложнений воспалительного характера в области протезного ложа у больных после ортопедического лечения полной и частичной потери зубов с использованием протезов из акриловых пластмасс.

Впервые установлено, что у пациентов с ГЦЖ наблюдается увеличение антиокислительной, антитриптической и трипсиноподобной активности смешанной слюны, нарушение функциональной активности слюнных желез, снижение аэробного окисления и рост анаэробного гликолиза, а также превалирование анаэробной микрофлоры над аэробной, что является подтверждением развития ответной реакции организма на скомпрометированную ортопедической конструкцией СОПЛ у пациентов с ГЦЖ.

Впервые теоретически обоснован, лабораторно доказан и клинически апробирован способ профилактики осложнений после ортопедического лечения у больных с ГЦЖ путем использования подкладочного слоя под базис съёмного протеза, сформированного из композиции акриловой пластмассы, модифицированной лечебным препаратом с патогенетическим механизмом действия - «Эндонорм».

Впервые доказано, что использование предложенного способа комплексной клинико-лабораторной оценки состояния СОР может служить прогностическим критерием риска развития воспалительно-деструктивных изменений в ней после ортопедического лечения.

Установлено, что при использовании предложенного комплексного способа профилактики воспалительных осложнений протезного ложа, нормализация биохимических, микробиологических и цитоморфометрических показателей у ортопедических больных с повышенной функцией щитовидной железы наступает на 3 месяца раньше, чем в группе сравнения.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты исследования дают основания для разработки новых и совершенствования традиционных видов ортопедической помощи, направленных на реабилитацию и диспансеризацию стоматологических больных, имеющих в анамнезе потерю зубов различной степени тяжести в сочетании с ГЦЖ.

Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, нивелирующих негативное действие ГЦЖ и явления непереносимости, позволяет

снизить риск возникновения осложнений и нормализовать состояние СОР до 28,7%.

Теоретически обоснован, клинически апробирован и практически реализован способ клинико-лабораторной оценки состояния СОПЛ после наложения пластиночных съемных протезов, который позволяет объективно определить степень деструктивных и воспалительно-деструктивных изменений или риск их возникновения.

Усредненное значение цитохимического показателя, установленные качественные и количественные характеристики микрофлоры ротовой полости могут служить прогностическим критерием «стоматологического здоровья» скомпрометированного, как нарушением ГЩЖ, так и наложением съёмных ортопедических конструкций, изготовленных из акриловых пластмасс, на СОПЛ.

Методология и методы исследования. Нами проведено комплексное сравнительное рандомизированное управляемое контролируемое клинико-лабораторное исследование, которое базировалось на принципах доказательной медицины и позволило сформулировать на основе разработанной методологии и дизайна исследования выводы и практические рекомендации.

Для решения конкретных задач исследования были использованы клинические, функциональные, биохимические, цитохимические, цитоморфометрические, микробиологические, статистические, аналитические методы (анкетирование, опрос), которые позволили оценить состояние СОПЛ у пациентов с ГЩЖ до и после наложения ортопедических конструкций, выявить факторы риска развития непереносимости акриловых пластмасс, установить лабораторные маркеры-предвестники развития патологического процесса и разработать клинико-ориентированные технологии для их профилактики.

Положения, выносимые на защиту:

1. Высокая обращаемость за стоматологическим лечением дефектов зубных рядов и объём законченного лечения подтверждают необходимость совершенствования стоматологической помощи, особенно жителям сельской местности в Республике Крым.

2. У пациентов с гиперфункцией щитовидной железы в ходе лечения съёмными пластиночными протезами, изготовленными на основе акриловых пластмасс, наблюдается каскадный прогрессирующий рост всех клинико-лабораторных показателей (биохимических, цитохимических и цитоморфометрических), достигающих своего максимума к 1 и 3 месяцу после протезирования, подтверждающих усугубление непереносимости.

3. Использование способа обеспечивает повышение качества ортопедического лечения полной и частичной потери зубов у пациентов с ГЩЖ, нормализуя клинико-лабораторные показатели и снижая риск возникновения непереносимости акриловых пластмасс, вследствие отсутствия воспалительных реакций в области протезного ложа.

Степень достоверности и апробацию результатов определяли с помощью репрезентативной выборки (112 пациентов) с полным отсутствием зубов,

страдающих гиперфункцией щитовидной железы, и нуждающихся в ортопедическом лечении. Использование современных объективных клинико-лабораторных и статистических методов подтверждает достоверность полученных результатов.

Результаты диссертационной работы используются в клинической практике ГАУЗ РК «Крымский республиканский стоматологический центр», ГБУЗ РК «Симферопольская ЦРКБ», ГАУЗ «Евпаторийская стоматологическая поликлиника», ГБУЗ РК «Сакская РБ», Стоматологическая поликлиника г. Саки, стоматологического отделения №1 ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» и в стоматологической клинике (общество с ограниченной ответственностью «ЕВРО-КОСМЕТИКА» (г. Симферополь), в учебном процессе кафедр стоматологического факультета и факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и ДПО ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Медицинской академии имени С. И. Георгиевского (структурное подразделение).

Материалы диссертации доложены и обсуждены на научно-практических конференциях: «Актуальные вопросы современной стоматологии», посвященной 85-летию Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» (Симферополь, 2016); «Государственная программа профилактики стоматологических заболеваний основа системы оказания стоматологической помощи» (Ялта, 2016); «Междисциплинарные проблемы в диагностике, лечении и профилактике стоматологических заболеваний», посвященная 20-летию кафедры стоматологии (Симферополь, 2017); «Комплексный подход к решению проблемных ситуаций в стоматологии», посвященная 40-летию факультета подготовки медицинских кадров ВК и ДПО Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (Симферополь, 2018); «Пути повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения в стоматологии Крыма», посвященная 90-летию со дня рождения профессора Л.И. Урбанович (Симферополь, 2019); межвузовской конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященной 80-летию первого заведующего кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний МИ РУДН профессора В. С. Булгакова (Москва, 2019).

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 1 в Web of Science и 7 поименованных в перечне Высшей аттестационной комиссии (ВАК).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения; пяти глав, где первая глава посвящена обзору источников по данной тематике, вторая глава – характеристика материалов и методов исследования, третья и четвертая главы – описание собственных исследований, пятая глава содержит анализ и обобщение результатов исследования. В структуру диссертации также входят выводы, практические рекомендации, список использованной литературы, содержащий 227 источников, из которых 34 иностранных авторов. Работа изложена на 127 страницах компьютерного текста (Times New Roman 14), иллюстрирована 18 таблицами и 19 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 112 пациентов (69 женщин (59%) и 43 мужчины (41%)) в возрасте от 40 до 60 лет, которые имели полное отсутствие зубов на верхней челюсти – 60 человек, на нижней челюсти – 10 пациентов и на обеих челюстях – 17 больных.

Пациенты со стоматологической патологией и ГЩЖ в анамнезе были разделены на две группы по признаку требуемого ортопедического лечения: I группа – 37 разнополых пациентов, которым проводилось ортопедическое лечение с использованием съемных пластиночных протезов с жестким базисом, изготовленных по стандартной технологии (группа сравнения) и II группа – 50 пациентов, которым проводилось комплексное медикаментозное лечение и протезирование со съемными конструкциями с двухслойным базисом с использованием предложенной технологии насыщения прокладок препаратом «Эндонорм» (основная группа). В контрольную III-ю группу вошли 25 практически здоровых лиц (норма).

«Эндонорм» – смесь сухих растительных экстрактов лапчатки белой (основное действующее начало – субстанция альбинин), череды, солодки и проч., корректирует гипо- и гиперпродукцию щитовидной железы, восстанавливает ее морфологическую структуру, сертифицирован в России: СГР №RU.77.99.11.003 Е 044771.10.11 от 31. 10. 2011 г.

Критерии включения пациентов в исследование: 1. Возраст пациентов 40-60 лет. 2. Наличие у пациента ГЩЖ (тиреотоксикоз) легкой и средней степени, которая установлена врачом-эндокринологом, длительностью не более 3-х лет. 3. Наличие у пациентов включенных и концевых дефектов зубных рядов. 4. Отсутствие у пациентов декомпенсированных форм системных заболеваний и заболеваний СОР. 5. Наличие добровольного информированного согласия на участие в клиническом исследовании и согласии с предложенным планом лечения.

Критерии исключения: 1. Лица моложе 20 лет и старше 60 лет. 2. Неподтвержденный диагноз ГЩЖ или установленный гипотиреоз. 3. Отсутствие дефектов зубных рядов. 4. Наличие заболеваний СОР. 5. Тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации, гипотония. 6. Отсутствие добровольного информированного согласия на участие в исследовании и выполнении предложенного алгоритма лечения.

Для полного обследования пациентов применяли классический сценарий: сбор анамнеза, общий осмотр ротовой полости, определение состояния СОР и протезного ложа, анализ полученных данных лабораторных исследований до ортопедического лечения, через 2 недели, 1 и 3 месяца после него.

Всего было изготовлено 114 съемных пластиночных протезов из акриловой пластмассы (Фторакс), из них с двухслойным базисом по разработанной нами методике - 59.

Клинические методы исследования: определение пробы Шиллера-Писарева (Иванов В. С., 1998) и скорости саливации (Гожая Л. Д. и соавт., 2010);

лабораторные: цитохимические методы исследования активности дегидрогеназ (ЛДГ и СДГ) в качестве неспецифического признака, позволяющего определить дефект клеток и риск развития и утяжеления воспалительных процессов в СОР, исследования ферментативной активности смешанной слюны: ТПА, АТА (В.Ф. Нартикова, Т. С. Пасхина (1979)), общей АОА (Леонтьев В.К., 1976), цитоморфометрический метод (количественная и морфометрическая оценка групп клеток в цитограммах) эффективен в диагностике при установлении особенностей течения, характера, вида и степени тяжести воспалительных процессов в полости рта; для обнаружения осложнений в СОР на ранних стадиях; для определения эффективности и целесообразности проводимых мероприятий по профилактике, лечению и поддержанию гигиены ротовой полости. Возможно выяснить взаимозависимость между воспалительно-деструктивным индексом и индексом деструкции, полученными в ходе исследований, а также между характером и тяжестью развившегося патологического процесса в мягкотканых структурах (Григорьян А.С., 2002; Лепилин А.В., 2003). Микробиологическое исследование проводили для оценки количественного и качественного состояния микрофлоры ротовой полости (Жолудев С.Е., 1998). Для статистической обработки данных использовали методы программы «Statistica 10» (Stat Soft. Inc., США) и Microsoft Excel (Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., 2005).

Анализ показателей ортопедической стоматологической помощи подведомственных МЗ РК стоматологических учреждений (по данным годовых отчетов главных городских/районных стоматологов) свидетельствует о росте обращаемости за стоматологической помощью с 2015 по 2017 годы: в частности за ортопедической - 55415 случаев в 2015 г., в 2017 выросла до 63710 случаев (Рисунок 1). Число лиц, закончивших ортопедическое лечение, снизилось с 10660 до 9993 случаев, имея скачкообразный подъем в 2016 г. до 11819 человек.

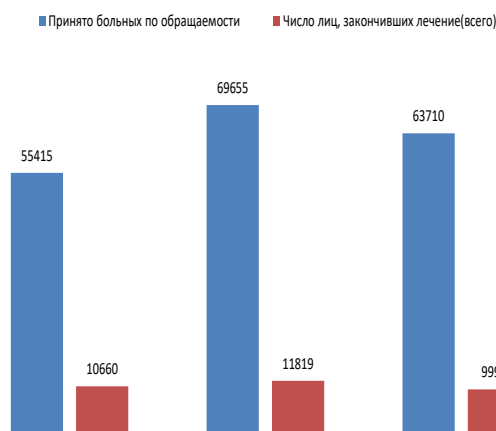


Рисунок 1 – Обращаемость и объем ортопедической стоматологической помощи населения Республики Крым

Проведенный анализ учетно-отчетной документации подтверждает достаточно высокую обращаемость за ортопедической стоматологической помощью в РК

городского населения (74,2%) по сравнению с сельскими жителями (25,8%) в 2015г. Однако, в 2017г. количество сельских жителей, получивших стоматологическую ортопедическую помощь, увеличилось на 3,4% и составило 29,2%.

По результатам опроса 203 пациентов (151 – городские жители, 52–лица, проживающие в сельской местности) более половины 120 (59,1%) опрошенных готовы оплачивать «бюджетный» вариант работы – до 10 тысяч рублей, 71 (35%) – до 20 тысяч рублей и 12 (5,9%) – до 25 тысяч рублей и выше. Отмечается уменьшение количества изготавливаемых съёмных пластиночных протезов, что свидетельствует о повышении качества стоматологических услуг, своевременном обращении за стоматологической помощью, в основном, жителей городского населения. Остается высокой потребность именно в съёмных ортопедических конструкциях у населения со средним статистическим уровнем достатка, к которому можно отнести большинство лиц, проживающих в РК в сельской местности.

Отсутствие плановых эпидемиологических обследований не позволяет объективизировать нуждаемость в стоматологической помощи, в целом, и ортопедической, в частности. В будущем необходимо на уровне соответствующих министерств и ведомств активизировать данный вид деятельности, который является важным разделом профилактической стоматологии.

В группе сравнения *степень выраженности воспалительных явлений в слизистой оболочке протезного ложа*: до наложения съёмных пластиночных протезов показатель пробы Шиллера-Писарева (по ее значениям мы верифицировали воспалительный процесс) составлял $1,12 \pm 0,07$ балла, а у пациентов с соматической патологией (ГЩЖ) $1,28 \pm 0,06$ балла, что было на 14,3% ($p_1 < 0,05$) выше первого контроля (нормы), через две недели после протезирования проба Шиллера – Писарева увеличивалась на 16,9% ($p_1 < 0,05$) и составляла $1,31 \pm 0,04$ балла, при этом по отношению ко 2 контролю (до лечения) она также выросла на 12,3% ($p_2 < 0,05$).

Скорость саливации: лечение съёмными ортопедическими конструкциями стоматологических больных с ГЩЖ положительно влияет на динамику слюноотделения: до наложения протезов скорость саливации при показателях $0,74 \pm 0,036$ мл/мин статистически почти совпадала с контрольными данными ($p_1 > 0,05$), однако через 14 дней этот показатель возрос на 21,5% ($p_1 < 0,05$) и был на отметках $0,79 \pm 0,039$ мл/мин. Динамику в сторону увеличения наблюдали в последующие три месяца. Уже к концу первого месяца по отношению к первому контролю она возросла почти вдвое – на 49,2% ($p_1 < 0,01$); и на треть – на 31% ($p_1 < 0,05$) по отношению ко второму контролю.

По истечении трёх месяцев наблюдений показатели скорости саливации были на 46,1% выше показателей контрольной группы и на 24,4% выше, чем до ортопедического протезирования – они равнялись $0,95 \pm 0,042$ мл/мин.

Цитохимические показатели нейтрофилов периферической крови: в контроле (здоровые) активность СДГ составляла $1,86 \pm 0,08$ усл.ед., ЛДГ $2,28 \pm 0,12$ усл. ед. Несущественное нарушение равновесия активности СДГ и ЛДГ наблюдали у профильных пациентов с ГЩЖ в анамнезе. Для СДГ $1,64 \pm 0,07$ усл. ед., на 13,5%

($p_1 > 0,05$) ниже контроля. Активность ЛДГ была статистически очень близка с контролем – $2,46 \pm 0,10$ усл.ед. В группе сравнения она статистически значимо уменьшилась – на 17,2% по истечении 14 дней после протезирования и составляла $1,54 \pm 0,05$ усл.ед. ($p_1 < 0,05$).

Курация пациентов группы сравнения в дальнейшем, к концу 1-го и 3-го месяцев, показала, что ферментативный дисбаланс активности СДГ и ЛДГ был более контрастным. Для данных СДГ это были следующие цифры: снижение активности в первый месяц на 25,26% – это $1,39 \pm 0,11$ усл.ед.; в 3-й месяц на 31,18% – это $1,28 \pm 0,06$ усл.ед. Достоверность по отношению к контролю 1 составила $p_1 < 0,01$, к контролю 2 (до протезирования) – $p_2 < 0,02$, темпы снижения составили 15,2 - 21,9%, соответственно. Для данных по активности ЛДГ динамика была обратной: повышение в первый месяц на 23,2% – это $2,81 \pm 0,16$ усл.ед.; в третий месяц на 26,7% – это $2,89 \pm 0,18$ усл.ед. Достоверность по отношению к контролю 1 составила $p_1 < 0,05$, по отношению к контролю 2 (до протезирования) – $p_2 < 0,05$. Темпы повышения составили 14,2 - 17,5%, соответственно.

Общая антиокислительная активность смешанной слюны: положительная динамика наблюдалась в изменениях общей АОА смешанной слюны: на начало наблюдения она была $0,035 \pm 0,003$ мМоль/л у людей без патологии, $0,037 \pm 0,004$ мМоль/л у группы сравнения (достоверность по отношению к контролю 1 статистически незначимо выше на 5,4% ($p_1 > 0,05$)), через 14 дней после начала лечения показатели статистически незначимого ($p_1 > 0,05$) увеличивались. Ещё более интенсивно общая АОА возрастала через 1 и через 3 месяца наблюдений. По истечении 30 дней общая АОА равнялась $0,043 \pm 0,002$ мМоль/л, это на 22,8% ($p_1 < 0,05$) статистически достоверно выше контроля, к концу третьего месяца наблюдения она равнялась $0,047 \pm 0,003$ мМоль/л, это на 34,2% ($p_1 < 0,01$) статистически достоверно выше контроля. Достоверное увеличение общей АОА по отношению к контролю 2 было отмечено лишь через три месяца наблюдений, эти показатели составляют 27,02% ($p_2 < 0,05$).

АТА смешанной слюны у людей без патологии ниже, чем у стоматологических больных с ГЩЖ, соответственно $144,05 \pm 14,20$ ИЕ/мл и $156,18 \pm 21,30$ ИЕ/мл, что статистически близко к контролю ($P_1 > 0,05$). Лечение способствовало увеличению АТА смешанной слюны, и после 14 дней ношения съёмных протезов она равнялась $168,13 \pm 15,18$ ИЕ/мл. Этот показатель статистически не отличался от данных до начала лечения ($P_1 > 0,05$) и был на 16,7% выше контроля. Дальнейшее применение съёмных пластиночных протезов ещё больше увеличило АТА смешанной слюны.

Через 30 дней лечения были зафиксированы следующие показатели – $176,42 \pm 24,32$ ИЕ/мл, это на 22,5% выше контроля и на 12,9% ($p_1 < 0,05$) достоверно увеличивалась по отношению к показателю до начала лечения. Через три месяца ношения данных конструкций АТА смешанной слюны была $181,25 \pm 15,11$ ИЕ/мл, это на 25,8% выше контроля и на 16,05% ($p_1 < 0,05$) достоверно увеличилась по отношению к показателю до начала лечения.

Трипсиноподобная активность смешанной слюны: отмечены значительные

показатели положительной динамики: первичные данные у лиц без патологии и у больных, требующих ортопедического лечения, были соответственно такими: $47,80 \pm 1,62$ мкМоль/мл*мин (контроль) и $51,15 \pm 2,03$ мкМоль/мл*мин, что статистически неотлично от контроля ($p_1 > 0,05$). 14 дней лечения съёмными пластиночными конструкциями способствовали существенному увеличению показателей ТПА смешанной слюны. В сравнении с лицами без патологии это было выше на 32,8% ($p_1 < 0,001$) с высокой степенью достоверности. Для пациентов с показаниями к ортопедическому лечению ТПА смешанной слюны увеличилась на 24,2% ($p_2 < 0,01$) и равнялась $63,51 \pm 1,88$ мкМоль/мл*мин. Ещё больше повысились характеристики ТПА смешанной слюны через один и через три месяца наблюдений, соответственно. Показатели к концу первого месяца: $65,31 \pm 1,52$ мкМоль/мл*мин, это на 38,6% ($p_1 < 0,001$) выше контроля и на 27,6% ($p_2 < 0,001$) по сравнению с началом лечения. Показатели конца третьего месяца наблюдений: $66,84 \pm 2,03$ мкМоль/мл*мин, это на 39,8% ($p_1 < 0,001$) выше контроля и на 30,6% ($p_2 < 0,001$) по сравнению с началом лечения ($p_2 < 0,001$).

Общее микробное число и соотношение аэробы/анаэробы: показатели у здоровых лиц составляли $1,2 \pm 0,07$ усл.ед. и 9 к 1, соответственно. У пациентов группы сравнения наблюдали динамику данных характеристик в сторону некоторого увеличения, а именно: ОМЧ показывало $1,3 \pm 0,09$ усл.ед., что статистически неотлично от контроля ($p_1 > 0,05$); число анаэробных микроорганизмов было на 25% ($p < 0,05$) выше контроля и равнялось 1,25 усл.ед. 14 дней лечения съёмными пластиночными конструкциями позволило увеличить ОМЧ на 20,8% ($p_1 < 0,05$) выше контроля, теперь оно равнялось $1,45 \pm 0,06$ усл.ед. В то же время оно было неотлично от результатов до лечения ($p_2 > 0,05$), при этом аэробная флора снижалась на 22,2% ($p_1 < 0,05$) по отношению к здоровым и на 14,3% ($p_2 < 0,05$) по отношению к началу протезирования, анаэробы возрастали на 150% ($p_1 < 0,001$) по отношению к контролю и на 100% ($p_2 < 0,05$) по сравнению с показателем у ортопедических больных группы сравнения.

Мониторинг микрофлоры полости рта в дальнейшем, к концу первого и третьего месяцев, показал существенные изменения количественных и качественных характеристик. ОМЧ по сравнению с контролем увеличилось на 27,1-29,1 ($P_1 < 0,05$) против предыдущих показателей $1,53 \pm 0,11$ усл.ед. и $1,55 \pm 0,13$ усл.ед., соответственно. Аэробов стало меньше на 27,7-50,0% ($p_1 < 0,05$). Анаэробы показали прирост на 100% ($p_1 < 0,001$).

По результатам комплексного исследования ортопедических больных стоматологического профиля, имеющих в анамнезе ГЦЖ можно сделать вывод о том, что подобная соматическая патология влияет на клинические, морфометрические, цитобиохимические и микробиологические показатели, хотя эти изменения статистически не значимы.

У больных группы сравнения (традиционное лечение) относительно группы контроля (здоровых лиц) показатель пробы Шиллера-Писарева был выше на 14,3%, скорости саливации – на 13,8%, общая АОА смешанной слюны выше на 5,4%,

показатель АТА – на 8,4%, показатель ТПА – на 7%, цитоморфометрический показатель – на 9,9%. Отмечался статистически незначимый дисбаланс цитохимических показателей нейтрофилов периферической крови: активности СДГ на 13,5% ниже, а ЛДГ – на 7,9% выше контроля. Ко 2-й неделе после протезирования изменения всего изучаемого спектра показателей приобретали статистически значимые различия, что мы расценивали, как кумулятивный эффект дисфункции щитовидной железы и негативного воздействия акриловых пластмасс. Отмечено увеличение пробы Шиллера-Писарева на 45,0%, скорости саливации на 46,1%, ферментативной активности смешанной слюны. Так показатели АТА возросли на 25,8%, для АОА это увеличение было уже на 34,2%, в наибольшей степени возросла ТПА – на 39,8%. В отдаленные сроки наблюдений 1 и 3 месяца негативный эффект прогрессирующе усиливался, что мы расценивали как развитие непереносимости к акриловым пластмассам.

У больных основной группы *проба Шиллера-Писарева*: составила $1,26 \pm 0,04$ балла, что статистически не отличалось от аналогичных показателей здоровых лиц ($p_1 > 0,05$). Через 2 недели после проведения лечебно-профилактического комплекса наблюдался статистически незначимый ($p_1 > 0,05$) рост показателей, которые по отношению к показателям до начала лечения увеличивались на 1,5%, в то время как по отношению к здоровым показатели статистически достоверно увеличивались на 16,0% ($P_1 < 0,05$) и составили $1,30 \pm 0,04$ балла (Таблица 1).

Показатели пробы Шиллера-Писарева коррелировали с контролем: к концу 1-го ($1,22 \pm 0,02$ балла) и 3-го ($1,14 \pm 0,03$ балла) месяцев мониторинга.

Таблица 1 – Динамика показателей проба Шиллера-Писарева в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, (баллы)

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	$1,12 \pm 0,07$	$1,26 \pm 0,04$	$1,30 \pm 0,04$	$1,22 \pm 0,02$	$1,14 \pm 0,03$
p ₁		$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
%			+1,5	-4,7	-10,9
p ₂			$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Примечания - p₁- достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Скорость саливации: до протезирования составляет $0,77 \pm 0,029$ мл/мин, что на 18,5% ($p_1 < 0,01$) выше контроля (Таблица 2).

После проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий через 2 недели скорость саливации незначительно снижалась, по отношению к здоровым на 16,9% ($p_1 > 0,02$), по отношению к показателю до начала лечения статистических различий не было ($p_1 > 0,05$) и составляла $0,76 \pm 0,024$ мл/мин. В следующий период наблюдений – первый и третий месяцы – не отмечалось особых изменений, она была

близка к контрольным показателям и равнялась $0,69\pm 0,035$ мл/мин и $0,67\pm 0,024$ мл/мин ($p_1 > 0,05$) соответственно.

Таблица 2 – Показатель скорости саливации в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, мл/мин

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	$0,65\pm 0,031$	$0,79\pm 0,029$	$0,76\pm 0,024$	$0,69\pm 0,035$	$0,67\pm 0,024$
p ₁		<0,01	<0,02	>0,05	>0,05
p ₂			>0,05	<0,05	<0,02

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Цитохимические показатели нейтрофилов периферической крови: у пациентов основной группы до протезирования активность СДГ составила $1,63\pm 0,09$ усл.ед., ЛДГ $2,48\pm 0,09$ усл.ед. (статистически незначимо по отношению к контролю ($p_1 > 0,05$)). Через 2 недели после протезирования активность СДГ (аэробное окисление) достоверно снижалась на 15,05% ($p_1 < 0,02$) и составляла $1,58\pm 0,06$ усл.ед., активность ЛДГ (анаэробный гликолиз) нейтрофилов периферической крови возрастала на 14,9% ($p_1 < 0,05$) и составляла $2,62\pm 0,13$ усл.ед., при этом по отношению к началу лечения СДГ активность статистически не отличалась ($p_2 > 0,05$), и активность ЛДГ аналогично, также не отличалась ($p_2 > 0,05$). В последующие сроки мониторинга (1 и 3 месяца) показатели, как СДГ, так и ЛДГ приближались к показателям нормы (здоровые) и составляли $1,75\pm 0,09$ и $1,81\pm 0,06$ усл.ед., соответственно СДГ активность и $2,35\pm 0,11$ и $2,31\pm 0,12$ усл.ед., соответственно ЛДГ активность (Таблица 3).

Таблица 3 – Цитохимические показатели нейтрофилов периферической крови в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, усл.ед.

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
СДГ (M±m)	$1,86\pm 0,08$	$1,63\pm 0,09$	$1,58\pm 0,06$	$1,75\pm 0,09$	$1,81\pm 0,06$
p ₁		>0,05	<0,02	>0,05	>0,05
p ₂			>0,05	>0,05	>0,05
ЛДГ (M±m)	$2,28\pm 0,12$	$2,48\pm 0,09$	$2,62\pm 0,13$	$2,35\pm 0,11$	$2,31\pm 0,12$
p ₁		>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
p ₂			>0,05	>0,05	>0,05

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Общая антиокислительная активность смешанной слюны: у ортопедических больных основной группы была статистически неотличима от здоровых ($p_1 > 0,05$). Её показатели равнялись $0,037 \pm 0,004$ Ммоль/л. Через 14 дней после начала лечения АОА смешанной слюны была на 14,2% ($p_1 < 0,05$) выше нормы и на 5,4% выше, чем до начала лечения. Её показатели в этот период находились уже на отметке $0,043 \pm 0,002$ Ммоль/л. Через один и три месяца мониторинга данные почти вернулись к контрольным цифрам – соответственно $0,036 \pm 0,005$ и $0,035 \pm 0,002$ ммоль/л (Таблица 4).

Таблица 4 – Показатели общей антиокислительной активности смешанной слюны в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, ммоль/л

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	$0,035 \pm 0,003$	$0,037 \pm 0,004$	$0,043 \pm 0,002$	$0,036 \pm 0,005$	$0,035 \pm 0,002$
p ₁		>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
p ₂			>0,05	>0,05	>0,05

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Антитриптическая активность смешанной слюны: на начало лечения показатели АТА смешанной слюны статистически были близки к показателям здоровых людей – $156,18 \pm 25,30$ ИЕ/мл ($p_1 > 0,05$). 14-дневное комплексное проведение лечебных мероприятий привело к некоторому увеличению показателей АТА смешанной слюны. Если сравнивать со здоровыми людьми, то показатель роста был 15,0% ($p_1 < 0,05$), а по сравнению с данными до начала лечения – 6,1% ($p_2 < 0,05$) или $165,73 \pm 15,10$ ИЕ/мл. В последующий период мониторинга, первый и третий месяцы соответственно, показатели АТА смешанной слюны несколько урегулировались, приблизившись к контрольным показателям ($p_{1,2} > 0,05$). В относительных цифрах это выглядит следующим образом: 1 месяц – $148,37 \pm 21,84$ ИЕ/мл, 3 месяц – $145,24 \pm 10,81$ ИЕ/мл (Таблица 5).

Таблица 5 – Показатели антитриптической активности смешанной слюны в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, ИЕ/мл

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	$144,05 \pm 14,20$	$156,18 \pm 21,30$	$165,73 \pm 15,10$	$148,37 \pm 21,64$	$145,24 \pm 10,81$
p ₁		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
p ₂			>0,05	>0,05	>0,05

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Трипсиноподобная активность смешанной слюны: у здоровых людей ($47,80 \pm 1,62$) и у профильных больных ($51,17 \pm 2,08$ мкмоль/мл*мин) до проведения лечебных мероприятий для последних статистически не отличались ($p_1 > 0,05$). 14-дневный курс комплексного лечения ортопедических больных с ГЦЖ спровоцировал небольшое увеличение ТПА смешанной слюны. Процент роста составил 22,0% ($p_1 < 0,05$) по отношению к здоровым людям и 14,05% ($p_2 < 0,05$) по отношению к показателям на начало лечения (Таблица 6).

Таблица 6 – Трипсиноподобная активность смешанной слюны в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, (мкмоль/мл*мин)

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезирования	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	47,80±1,62	51,17±2,03	58,34±1,75	50,26±1,75	48,65±2,14
p ₁		>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
p ₂			<0,05	>0,05	>0,05

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

Следующие месяцы лечения стабилизировали показатели, приблизив их к норме: 1 месяц – $50,26 \pm 1,75$ мкмоль/мл*мин, 3 месяц – $48,65 \pm 2,14$ мкмоль/мл*мин ($p_{2-1} > 0,05$).

Цитоморфометрические показатели: ИПД у ортопедических больных основной группы ИПД был выше на 9,9% ($P_1 < 0,02$) по сравнению со здоровыми и составлял $13,63 \pm 0,32$ усл.ед. Через 2 недели после протезирования и комплексной медикаментозной терапии ИПД увеличивался по отношению к здоровым лицам на 14,35% ($p_1 < 0,001$), а по отношению к началу лечения на 20,0% ($p_2 < 0,02$) и составлял $14,98 \pm 0,28$ усл.ед. При проведении мониторинга ИПД в более отдаленные сроки 1 и 3 месяца после протезирования на фоне комплексной терапии он снижался и в большинстве своем приближался к норме, составляя $12,67 \pm 0,41$ и $12,55 \pm 0,33$ усл.ед., соответственно ($p_{2-1} > 0,05$).

Таблица 7 - Индекс пародонтальной деструкции в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, усл.ед.

Показатель	Контроль (здоровые)	До протезиро- вания	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
M±m	12,40±0,25	13,63±0,32	14,98±0,28	12,67±0,41	12,55±0,33
P ₁		<0,02	<0,001	>0,05	>0,05
P ₂			<0,02	>0,05	<0,05

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ -

достоверность по отношению к контролю 2.

Общее микробное число и соотношения аэробы/анаэробы: до протезирования ортопедических больных с ГЦЖ ОМЧ составляло $1,3 \pm 0,09$ усл.ед., что было статистически неотличимо от здоровых ($P_1 > 0,05$), при этом аэробная флора составляла 8, что статистически неотличимо ниже, чем до лечения ($P_1 > 0,05$), анаэробная флора 1,25, что на 25% ($P_1 < 0,05$) выше контроля. После проведенных комплексных ортопедических и медикаментозных мероприятий показатель ОМЧ увеличивался на 16,6% ($P_1 < 0,05$) и составлял $1,4 \pm 0,05$ усл.ед., при этом по отношению к показателям до начала лечения ОМЧ достоверно не отличалось ($P_2 > 0,05$), аэробы достоверно снижались на 16,6% ($P_1 < 0,05$), анаэробы увеличивались на 50% ($P_1 < 0,001$), составляя 7,5 и 1,5, соответственно (Таблица 8).

Таблица 8 - Показатели общего микробного числа и соотношения аэробы/анаэробы в процессе лечения у ортопедических больных основной группы, (усл.ед.)

Показатель ОМЧ и соотношение аэ/ан	Контроль (здоровые)	До протезирован ия	Сроки наблюдений		
			2 недели	1 месяц	3 месяца
ОМЧ	$1,2 \pm 0,07$	$1,3 \pm 0,09$	$1,4 \pm 0,05$	$1,25 \pm 0,09$	$1,2 \pm 0,06$
p ₁		$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$
p ₂			$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
аэ	$9 \pm 0,67$	$8 \pm 0,12$	$7,5 \pm 0,49$	$6,5 \pm 0,58$	$6 \pm 0,76$
p ₁		$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$
p ₂			$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$
ан	$1 \pm 0,002$	$1,25 \pm 0,12$	$1,5 \pm 0,19$	$1 \pm 0,24$	$1 \pm 0,26$
p ₁		$<0,05$	$<0,001$	$>0,05$	$>0,05$
p ₂			$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Примечания - p₁ - достоверность по отношению к контролю 1, p₂ - достоверность по отношению к контролю 2.

В более отдаленные сроки наблюдений 1 и 3 месяца анализ цитоморфометрических показателей, а также соотношение аэробы/анаэробы показал, что весь спектр изучаемых микробиологических показателей нормализовался и приближался к показателям нормы, так ОМЧ составляло $1,25 \pm 0,09$ и $1,2 \pm 0,06$ усл.ед. ($p_{1-2} > 0,05$), а соотношение аэробы/анаэробы 8,5 и 9, соответственно ($p_{1-2} > 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Выявлена высокая обращаемость за ортопедической стоматологической помощью в Республике Крым городского населения (74,2%) по сравнению с сельскими жителями (25,8%) в 2015г. Число сельских жителей, получивших стоматологическую ортопедическую помощь в 2017г., увеличилось на 3,4% и составило 29,2%. Уменьшилось количество изготавливаемых полных и частичных съемных пластиночных протезов, что свидетельствует о повышении качества стоматологических услуг, своевременном обращении за стоматологической помощью, в основном, жителей городского населения.

2. Установлено повышение пробы Шиллера-Писарева на 14,3%, скорости саливации на 13,8%, общей антиокислительной, антитриптической и трипсиноподобной активности смешанной слюны на 5,4%, 8,4% и 7%, соответственно, индекса пародонтальной деструкции на 9,9% у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы и полной или частичной потерей зубов. Выявлен статистически незначимый дисбаланс цитохимических показателей нейтрофилов периферической крови: активность СДГ на 13,5% ниже, а ЛДГ - на 7,9% выше.

3. Определено повышение пробы Шиллера-Писарева на 45,0%, ферментативной активности смешанной слюны – АТА на 25,8%, АОА на 34,2%, ТПА на 39,8%, а также скорости саливации на 46,1% у стоматологических пациентов с коморбидной патологией после наложения им съёмных ортопедических конструкций. Это доказывает общее негативное воздействие на протезное ложе акриловых пластмасс и заболеваний щитовидной железы.

4. Выявлен выраженный цитохимический дисбаланс: снижение активности СДГ на 25,3-31,2% и рост ЛДГ на 23,2-26,7%; увеличение индекса пародонтальной деструкции на 30,8% и общего микробного числа на 29,1% с превалированием анаэробной флоры на 100%, что свидетельствует о негативном влиянии акрилатов как на слизистую оболочку протезного ложа локально, так и на весь организм в целом у ортопедических больных с сочетанной дисфункцией щитовидной железы.

5. Подтверждён положительный эффект комплексной ортопедической и медикаментозной терапии с использованием препарата «Эндонорм», что способствует нивелированию негативного влияния акрилатов на слизистую оболочку протезного ложа у больных с гиперфункцией щитовидной железы, о чем свидетельствует весь спектр изучаемых показателей, которые приближаются к показателям нормы к 1-му и 3-му месяцу после ортопедического лечения.

6. Обосновано использование лечебно-профилактического комплекса с патогенетическим механизмом действия, включающего препарат «Эндонорм», для предупреждения непереносимости к акрилатам у больных с гиперфункцией щитовидной железы, что подтверждается снижением частоты воспалительных явлений слизистой оболочки протезного ложа на 28,7%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При протезировании съемными пластиночными протезами из акриловых пластмасс ортопедических больных с гиперфункцией щитовидной железы для оценки первых проявлений синдрома непереносимости рекомендуется проведение мониторинга цитоморфометрического показателя.

2. Для снижения риска развития нежелательных осложнений при лечении съемными пластиночными протезами, а также ускорения процессов адаптации рекомендовано использовать прокладки, насыщенные препаратом «Эндонорм» из расчета на 5 грамм акриловой массы 10% препарата.

3. С целью оптимизации ортопедической реабилитации больных с гиперфункцией щитовидной железы целесообразно использовать разработанный лечебно-профилактический комплекс с патогенетическим механизмом действия, что позволяет снизить частоту воспалительных явлений полости рта на 28,7% через месяц после наложения протезов.

4. Целесообразно определять нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи путем проведения плановых профилактических ортопедических обследований врачом-ортопедом не менее 2-х раз в год и объективизировать данный показатель с помощью мониторинга полученных данных.

5. Рекомендовать введение в программы обучения ординаторов и врачей-ортопедов на факультете ДПО изучение диагностики и лечения синдрома непереносимости у больных с патологией щитовидной железы с целью оптимизации профилактики данной патологии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Куликов, А. С. Изучение показателей антиокислительной и трипсиноподобной активности смешанной слюны у ортопедических пациентов с гипертиреозом и с синдромом непереносимости при проведении комплексной терапии / А. С. Куликов // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17, № 2 (66). – С. 83–86.

2. Куликов, А. С. Изучение показателей антиокислительной и трипсиноподобной активности смешанной слюны у ортопедических больных с дисфункцией щитовидной железы и синдромом непереносимости к акриловым пластмассам А. С. Куликов // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17, № 3 (67). – С. 49–51.

3. Куликов, А. С. Изучение показателей антитриптической активности смешанной слюны у ортопедических пациентов с гипертиреозом и синдромом непереносимости при проведении комплексной терапии / А. С. Куликов, К. Г. Кушнир, С. К. Северинова // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2015. – Т. 5, № 1 (17). – С. 21–24.

4. Куликов, А. С. Особенности ортопедического лечения непереносимости

акриловых пластмасс у больных с нарушением функции щитовидной железы / А. С. Куликов, С. И. Жадько, К. Г. Кушнир // Современная стоматология : сборник науч. тр., посвящ. 125-летию основателя кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессора И. М. Оксмана. – Казань, 2017. – С. 262–266.

5. Обоснование лечебно-профилактического комплекса для предупреждения явлений непереносимости к акрилатам у больных с гиперфункцией щитовидной железы / А. С. Куликов, С. И. Жадько, О. Л. Ирза [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20, № 3. – С. 68–71.

6. Исследование клинических показателей у больных с гипертиреозом на фоне непереносимости к акриловым пластмассам / А. С. Куликов, О. Л. Ирза, О. А. Непрелюк, [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. – 2018. – № 29. – С. 8–12.

7. Изучение микробиологических параметров ротовой полости у ортопедических больных с гипертиреозом и с синдромом непереносимости / А. С. Куликов, И. Г. Романенко, С. И. Жадько, К. Г. Кушнир // Крымский терапевтический журнал. – 2018. – № 3. – С. 44–47.

8. Study of microbiological parameters of the oral cavity in orthopedic patients with plastic intolerance syndrome and hyperthyroidism / A.V. Sevbitov, A. S. Kulikov, S. N. Mirinov [et al.] // Indo American journal of Pharmaceutical Sciences. – 2019. – P. 6410–6413.

9. Романенко, И. Г. Динамика ферментативной активности смешанной слюны у больных с гиперфункцией щитовидной железы / И. Г. Романенко, С. И. Жадько, А. С. Куликов // Вестник медицинского института «Реавиз» («Реабилитация, врач и здоровье»). – 2019. – № 4 (40). – С. 90–95.

10. Романенко, И. Г. Динамика микробиоценоза полости рта у больных с гипертиреозом в процессе ортопедического лечения / И. Г. Романенко, А. С. Куликов, С. И. Жадько // Стоматология славянских государств : сб. тр. XII Междунар. науч.-практ. конф. – Белгород : ИД «БелГУ» НИУ «БелГУ», 2019. – С. 308–311.

11. Романенко, И. Г. Динамика скорости саливации в процессе ортопедического лечения при дисфункции щитовидной железы / И. Г. Романенко, С. И. Жадько, А. С. Куликов // Актуальные вопросы стоматологии : материалы межвузовской конф., посвящ. 80-летию первого заведующего кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний МИ РУДН проф. Всеволода Сергеевича Булгакова (Москва, 27 ноября 2019 г.). – Москва, 2019. – С. 143–145.

12. Романенко, И. Г. Динамика воспаления у больных с гиперфункцией щитовидной железы в процессе лечения съемными пластиночными акриловыми протезами / И. Г. Романенко, С. И. Жадько, А. С. Куликов // Актуальные вопросы стоматологии : сб. Всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Киров, 2020. – С. 207–211.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АН – анаэробы
АОА – антиокислительная активность (общая)
АТА – антитриптическая активность
АЭ – аэробы
ВДИ – воспалительно-деструктивный индекс
ГЩЖ – гиперфункция щитовидной железы
ИД – индекс деструкции
ИЕ – ингибиторная единица
ИПД – индекс пародонтальной деструкции
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
мг – миллиграммы
мин – минута
мл – миллилитры
ММА – метилметакрилат
ОМЧ – общее микробное число
РК – Республика Крым
СДГ – сукцинатдегидрогеназа
СМ – стоматологические материалы
СО – слизистая оболочка
СОПЛ – слизистая оболочка протезного ложа
СОР - слизистая оболочка рта
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ТПА – трипсиноподобная активность