Департамент здравоохранения и социальной защиты населения
Белгородской области
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет
Стоматологическая ассоциация России
Белгородская стоматологическая ассоциация

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Труды VII Международной
научно-практической конференции

*Под редакцией*

*проф. А.В. Цимбалистова, проф. Б.В. Трифонова,
доц. А.А. Копытова*



Белгород

2014

479

***Денисова Е.Г., Соколова И.И.***

ПРОБИОТИК В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ

ГИПОПЛАЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ 105
***Дмитриенко Н.Ю., Подзорова Е.А., Сарап Л.Р., Лошкарева К.О.***

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

МЕТОДОМ ВИТЕЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ 107
***Доля Э.И., Яковлева Д.Ю.***

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ФЛЮОРОЗ В УСЛОВИЯХ ЧУГУЕВСКОГО

РАЙОНАХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 109
К ВОПРОСУ О ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭРОЗИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 112
***Елисеева О.В., Соколова И.И.***

ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО

ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 113
***Есауленко И.Э., Ведринцев В.В., Ширяев О.Ю., Кунин В.А., Бурлачук В.Т., Алексеева Д.Н., Махортова И.С., Цапина А.А.***

О ФЕНОМЕНЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ

ПРОФЕССИИ 116
***Есауленко И.Э., Кунин В.А.***

ВОРОНЕЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. ИСТОРИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

С КРАСНОЯРСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ИНСТИТУТОМ 118
***Есауленко И.Э., Кунин А.А., Кунин В.А., Харитонов Д.Ю.***

СТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВРАЧЕБНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО

ОБРАЗОВАНИЯ В ВОРОНЕЖЕ. РОЛЬ А.И. ЕВДОКИМОВА 124
***Еськов В.М., Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Глаголева Я.В.*** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ КВАЗИАТТРАКТОРОВ ВЕКТОРА СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ Г. СУРГУТА И ДЕТЕЙ – ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КМНС (КОРЕННЫЕ МАЛОЧИСЛЕННЫЕ НАРОДЫ СЕВЕРА) ЖИТЕЛЕЙ

СУРГУТСКОГО РАЙОНА 127
***Ефимов А.В., Башегуров А.Н.***

КОРРЕЛЯЦИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

С ЗАНЯТОСТЬЮ И СОЦИАЛЬНЫМ СТАТУСОМ 132
***Ефимова А.С.***

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 134
***Жмудь М.В., Иорданишвили А.К.***

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ

СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 135

113

и 34 (16,71%) женщин) или стабилизированная (329 (84,36%) человек, 165 (85,35%) мужчин и 169 (83,29%) женщин) клиническая стадия эрозии твердых тканей зубов. Эрозии начальной степени были выявлены у 205 (52,54%) человек, у 102 (52,96%) мужчин и 106 (52,09%) женщин разного возраста. Эрозии средней степени выявлены 131 (33,69%) человек разных возрастных групп, в том числе у 65 (33,68%) мужчины и 68 (33,7%) женщины. Глубокие эрозий твердых тканей зуба были диагностированы у 54 (13,77%) человек разных возрастных групп, 26 (13,36%) мужчин и 29 (14,21%) женщины. У взрослых пациентов разного возраста, страдающих эрозиями глубокой степени, были поражены как эмаль, так и поверхностные слои дентина, что требовало лечебно-профилактического вмешательства, направленного на устранение убыли твердых тканей зубов путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования.

Таким образом, в ходе клинического исследования было установлено, что у взрослых людей эрозии твердых тканей зубов встречаются в 4,64–19,47% случаев. Распространенность эрозий у взрослых людей зависит от возрастной группы и гендерных особенностей. У людей молодого и среднего возраста эрозии твердых тканей зуба встречаются реже (4,86–10,39%), чем у людей старших возрастных групп (12,39–17,04%). Как правило, у женщин эрозии твердых тканей зубов встречаются реже, чем у мужчин, за исключением молодого возраста. С возрастом снижается частота активной клинической формы течения эрозии твердых тканей зуба и увеличивается встречаемость стабилизированной формы; при этом глубина поражения твердых тканей зуба с возрастом увеличивается. У людей старших возрастных групп наиболее часто требуются лечебно-профилактические вмешательства, направленные на устранение убыли твердых тканей зубов путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования.

**ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ
НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

*Елисеева О.В., Соколова И.И.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Патологические процессы, возникающие в организме человека на фоне хронических заболеваний различного генеза, нередко имеют проявления и в периферических отделах и тканях организма, например на слизистой оболочке полости рта (СОПР), тканях пародонта. Изменения последних, зачастую являются первыми клиническими, а иногда и единственными признаками нарушений функционирования различных органов и систем. В то же время нарушения, возникающие в полости рта, могут усугублять тяжесть фонового заболевания. Именно поэтому роль стоматолога в профилактике и терапии

114

сочетанных поражений неоспорима. Красный плоский лишай (КПЛ) – одно из наиболее распространенных и манифестных по клиническим проявлениям заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) [9]. По данным специалистов [3, 10] частота выявления специфических заболеваний пародонта при красном плоском лишае полости рта варьирует от 13,0 % до 48,0%. Одним из таких заболеваний является хронический генерализованный пародонтит (ХГП). Поэтому вопрос о разработке лечебно-профилактических методов лечения ХГП при КПЛ остается актуальным [1, 6].

Цель исследования – оценить эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у больных типичной формой красного плоского лишая и красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 больных КПЛ обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом начальной и легкой степенями тяжести. Длительность заболевания у обследуемых пациентов составляла от 2 месяцев до 7-и лет. Диагноз типичной формы КПЛ подтверждался клинически и лабораторно. Для диагностики красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта использовали международную классификацию стоматологических болезней ВОЗ МКБ-3 на основе МКБ-10 (1997) [8].

Обследуемые пациенты были разделены на группы в зависимости от патологического процесса. В 1 группу вошли пациенты с ХГП на фоне КПЛ без поражения СОПР (10 пациентов), во 2 – ХГП на фоне КПЛ СОПР (10 пациентов). В качестве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых доноров (контроль). Все обследуемые группы были сопоставимы по половому и возрастному составу.

Комплексное обследование тканей пародонта включало анализ жалоб больных, объективное стоматологическое обследование в динамике с определением гигиенического и пародонтальных индексов, а именно: упрощенный индекс гигиены по Грину – Вермильону (OHI-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA) C. Parma; пародонтальный индекс (PI) A.L. Russel; пробу Шиллера-Писарева; индекс кровоточивости MuЫemann-Saxer (PBI) [1, 2, 7].

Больным 1 и 2 групп было проведено местное лечение тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта с использованием зубного безспиртового лечебно-профилактического зубного эликсира, содержащего лизоцим, поливалентный ингибитор протеолитических ферментов овомукоид, активатор лизоцима (цетримид) и др. вспомогательные соединения (например «Лизомукоид», НПА «Одеская биотехнология», Украина), и зубной пасты с активными действующими веществами: алюминия лактат, алюминия фторид, хлоргексидин, аллантоин (например, «Лакалут актив», Германия). Данной пастой пациенты чистили зубы 2 раза в день (утром после еды и вечером перед сном). Эликсиром «Лизомукоид» полоскали ротовую полость после процедуры чистки зубов и после каждого приема пищи. Также в лечебную схему были

115

включены антисептические таблетки, в качестве которых выбрали «Лисобакт» (Босналек д.д., Босния и Герцеговина), для рассасывания в полости рта по 2 таблетки 3-4 раза в сутки, курсом 8 дней, содержащие лизоцима хлорид 20 мг и витамин В6 (пиридоксина гидрохлорид) 10 мг.

В лечебную схему 2 группы были назначены лизоцимсодержащие пленки (НПА «Одеская биотехнология», Украина), которые приклеивали на очаги поражения СОПР и десневой край 2 раза в день, после процедуры чистки зубов пастой «Лакалут актив» и ополаскивания полости рта зубным эликсиром «Лизомукоид». Курс лечения длился 2 недели. Результат лечения оценивали сразу после окончания терапии, а его отдаленные последствия – через 3 месяца.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 6.0. В качестве непараметрических методов использовали метод Манна-Уитни. Достоверность полученных результатов оценивалась с помощью критерия Вилкоксона [4].

Результаты и их обсуждение. Комплексное обследование тканей пародонта у пациентов 1 и 2 группы показало, что значения медианы упрощенного индекса OHI-S до лечения составил 2,2 и 2,5 баллов, соответственно. В группе контроля этот показатель составил 0,41 балл. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс позволяет объективно оценить степень выраженности воспаления в пародонте. Значения этого показателя в группе 1 и 2 до лечения составил соответственно 27,09% и 27,46%, в группе контроля – 2,08%. Пародонтальный индекс, характеризует тяжесть воспалительно-деструктивных изменений в пародонте. У больных 1 и 2 группы значения этого индекса составили 1,93 и 1,64 балла, в группе контроля – 0,06. До лечения значения медианы пробы Шиллера-Писарева, которая характеризует глубину воспалительного процесса десен, в группе 1 и 2 составили 1,53 и 1,6 баллов, в группе контроля – 0,12 баллов. Значения индекса кровоточивости десневых сосочков Muhlemann-Saxer в группе 1 и 2 составили 0,33 и 0,33 баллов, в группе контроля этот индекс не был выявлен.

Нами выявлен стойкий клинический эффект со статистически достоверным снижением показателей гигиенических и пародонтальных индексов. Через 14 дней после лечения у всех больных отмечено улучшение, состояние тканей пародонта: исчезла болезненность, отечность и кровоточивость десен, уменьшилась клинически определяемая глубина пародонтальных карманов. У пациентов обеих групп клинические данные были подтверждены положительной динамикой индекса гигиены и пародонтальных индексов, которые имели достоверные различия с исходными параметрами. Регистрировалось достоверное снижение индекса гигиены OHI-S в 1 и 2 группах через 14 дней после лечения - 0,33 и 0,33 баллов, а через 3 месяца – 0,63 и 0,41 баллов соответственно (p<0,05). Снижение индекс PMA в 1 и 2 группах через 14 дней после полученной терапии составил 4,65%; 4,08% и 8,51%; 6, 25% через 3 месяца (p<0,05). PI через 14 дней после лечения снизился до значений 1,72 и 1,39 баллов. А через 3 месяца – 1,73 и 1,45 баллов (p<0,05).

116

Медианы пробы Шиллера-Писарева в группе 1 и 2 через 14 дней после лечения стали 0,27; 0,24 баллов, и 0,51; 0,32 баллов через 3 месяца (p<0,05). Значения медианы индекса кровоточивости десневых сосочков Muhlemann-Saxer в группе 1 и 2 через 14 дней после лечения составили 0,03; 0,03 баллов, и 0,07; 0,05 баллов (p<0,05) соответственно.

Выводы. Проведенное исследование показывает позитивное влияние лизоцимсодержащих лекарственных средств на ткани пародонта при сочетанном течении ХГП начальной и легкой степени тяжести и КПЛ типичной формы, а также КПЛ СОПР. В комплекс лечебно-профилактических мероприятий следует включать: «Лизомукоид» та «Лисобакт».