

Косенко Д. К.  
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕН-  
НОЙ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ**  
Одесский государственный медицинский  
университет, г. Одесса

Ортодонтическое лечение и наличие несъемного аппарата в полости рта являются дополнительным фактором риска возникновения различных патологий, т. к. при этом страдает в первую очередь уровень гигиены. При этом увеличивается количество мягких зубных отложений в местах ретенсий, усиливаются процессы перекисного окисления липидов, ухудшается антиоксидантная защита в полости рта. Известные в настоящее время методы профилактики указанных патологий не являются достаточно эффективными.

Поэтому **целью** данной работы являлось изучение в эксперименте эффективности противовоспалительного, антимикробного комплексов факторов физического воздействия и гигиенических средств.

В эксперименте было использовано 50 крыс линии Вистар месячного возраста. Животные были распределены на 5 групп: 1 – диета вивария; 2 – кариесогенный рацион; 3 – кариесогенный рацион с перекисной моделью пародонтита; 4 – кариесогенный рацион с перекисной моделью пародонтита плюс индивидуальная щетка «Радомир», представляющая собой источник миллиметровых электромагнитных волн, обладающих адаптогенным и антимикробным действием и ультрафиолетового света (антимикробное действие); 5 – группа 4 плюс гигиенический комплекс, включающий зубную пасту и зубной эликсир антимикробного и противовоспалительного действия.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженном кариеспрофилактическом эффекте комплексной терапии в группах 4 и особенно 5. При этом наблюдалось существенное повышение активности щелочной фосфатазы пульпы зубов у животных (2,  $95 \pm 0,16$  нкат/г) по сравнению с группой контроля 3 (1,  $95 \pm 0,14$  нкат/г), активности уреазы как интегрального скринингового маркера микробной обсемененности (с 0,  $84 \pm 0,05$  мккат/кг до 0,  $43$  мккат/кг), повышение уровня лизоцима (от 0,  $155 \pm 0,032$  ед/г до 0,  $280 \pm 0,022$  ед/г), активности каталазы (с 6,  $57 \pm 0,61$  мкат/кг до 9,  $03 \pm 0,31$  мкат/кг), а также снижение содержания малонового диальдегида (с 16,  $96 \pm 0,96$  до 12,  $1 \pm 0,52$  мкмоль/г).

Приведенные данные свидетельствуют о значительном антимикробном и антиоксидантном действии предложенного терапевтического комплекса, который может быть использован в ортодонтическом лечении детей.

Куцевляк В. Ф., Цыганова Н. Б., Полякова С. В.,  
Велигоря И. Е., Сирота О. Н., Пушкарь Л. Ю.  
**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ  
ГИРУДОТЕРАПИИ**

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

В связи с увеличением количества разнообразных осложнений, снижением сопротивляемости организма внешним факторам, вызываемыми практически всеми группами химиопрепаратов, все большую актуальность приобретает поиск эффективных немедикаментозных методов лечения заболеваний пародонта и СОПР, каковым является гирудотерапия.

Безусловным достоинством гирудотерапии следует назвать низкую вероятность осложнений с минимальным количеством противопоказаний.

На кафедре терапевтической и детской стоматологии ХМАПО возвратились к начатой в конце 80-х начале 90-х годов разработке методик лечения воспалительных заболеваний пародонта с применением гирудотерапии.

Нами было проведено комплексное лечение 120 больных генерализованным пародонтитом различных степеней тяжести.

При лечении воспалительных заболеваний пародонта – катаральных, гипертрофических гингивитах, генерализованном пародонтите различных степеней тяжести, особенно на стадии обострения, гирудотерапию применяли после устранения местных раздражающих факторов.

С этой целью 1- 2 пиявки ставили на область десневых сосочков, маргинальной или альвеолярной части десны. Курс лечения - 10-12 процедур ежедневно или через день. Уже после 2-3 приставок исчезают кровоточивость, гиперемия десен, зуд, жжение в альвеолярном отростке, гнойное отделяемое, подвижность зубов уменьшается на 1-2 степени, после проведения полного курса возникает стойкая длительная ремиссия.

Обследование больных проводили по общепринятой схеме.

При постановке диагноза использовали классификацию болезней пародонта Данилевского Н. Ф.

Больным обеих групп проводили комплексное лечение, состоящее из тщательного удаления зубных отложений, санации полости рта, коррекции неполноценных пломб и протезов, долговременного шинирования по необходимости, местной антимикробной, противовоспалительной терапии пародонтальных карманов.

Основной группе больных, помимо вышеназванных мероприятий, проводили курс гирудотерапии с использованием 8 – 12 пиявок. Пиявки приставляли к слизистой оболочке десен по одной, реже - двух за сеанс. Сеансы проводили ежедневно. Уже после 2 – 3 приставок больные основной группы отмеча-

ли исчезновение зуда, жжения в деснах, отсутствие отделяемого из карманов и кровоточивости десен. Нормализовывались показания пробы Шиллера-Писарева, гигиенического индекса, амидопириновой пробы (объективных показателей). Исчезали отек и гиперемия десен.

Больные основной группы, кроме полного клинического благополучия в пародонте, отмечали нормализацию сна. У больных гипертонической болезнью наблюдалось стойкое снижение артериального давления, у больных сахарным диабетом - уменьшение количества сахара в крови. Все пациенты основной группы отмечали значительное повышение работоспособности и улучшение общего состояния.

Состояние пародонта у больных контрольной группы после проведенного лечения также значительно улучшалось, однако показатели объективного обследования были значительно ниже.

Больным генерализованным пародонтитом всех степеней обеих групп проводили профилактический осмотр после проведенного курса два раза в год.

Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом первой степени основной группы составила 20 - 32 месяца, в контрольной группе - 12-16 месяцев.

Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом второй степени тяжести составила 18 - 24 месяца, в контрольной - 6-10 месяцев. Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом третьей степени основной группы составила 8 - 10 месяцев, 4-8 месяцев - в контрольной.

При проведении повторного курса лечения подавляющее большинство больных предпочло гирудотерапию химиотерапевтическим методам.

Учитывая имеющийся многолетний клинический опыт лечения больных генерализованным пародонтитом методом гирудотерапии в комплексе традиционного консервативного лечения, мы можем заключить, что гирудотерапия является весьма эффективным альтернативным методом лечения воспалительных заболеваний пародонта и может с успехом применяться в клинике терапевтической стоматологии.

**Лемєнев П. О.**

### **СТРУКТУРА КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Київський медичний університет  
Української асоціації народної медицини, м. Київ

Висока поширеність карієсу і специфічні умови пломбування каріозних порожнин при захворюваннях пародонта, підвищення стандартів лікування та вимог пацієнта до його якості вимагають застосування якісніших пломбувальних матеріалів. Вони повинні мати високі фізико-механічні та косметичні якості, не подразнювати пульпу зуба і тканини пародонта. Вибір пломбувального матеріалу залежить від характеру

перебігу каріозного процесу, локалізації і класу каріозної порожнини, стану тканин пародонта.

Для більш точного визначення обсягу необхідної стоматологічної допомоги, вибору методу препарування та пломбування каріозної порожнини необхідно більш точно визначення виду каріозних порожнин у пацієнтів із захворюваннями пародонта.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами проведено комплексне обстеження 50 хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів віком 20-30 років. У ролі групи порівняння було обстежено 50 пацієнтів аналогічного віку без клінічно виражених захворювань пародонта (17 пацієнтів), у решти було діагностовано хронічний катаральний гінгівіт. Вивчали стан твердих тканин зубів для виявлення наявності каріозного ураження і типу каріозних порожнин.

Клінічними методами дослідження визначали локалізацію і клас каріозних порожнин. Оцінювали наявність місцевих подразнювальних чинників (зубна бляшка), стан гігієни порожнини рота. Вогнища демінералізації емалі визначали шляхом фарбування 2% розчином метиленового синього.

### **Результати та їх обговорення**

У пацієнтів контрольної групи було виявлено 239 каріозних і запломбованих зубів. Залежно від класу каріозної порожнини за Блеком розподіл зубів був таким. Каріозні порожнини I класу склали 87 випадків (36, 40%); II класу - 97 (40, 59%), III класу - 48 (20, 08%) і V класу - 7 зубів (2, 93%). У цій групі пацієнтів переважали каріозні порожнини II класу, а найменшу кількість складали каріозні порожнини V класу.

У пацієнтів основної групи, хворих на генералізований пародонтит, усього було виявлено 343 каріозних і запломбованих зубів. Розподіл каріозних порожнин залежно від класу за Блеком: I клас - 94 порожнини (27, 41%); II клас - 135 порожнин (39, 36%); III класу - 68 порожнин (19, 82%) і V клас - 46 випадків (13, 41%). Співвідношення структури каріозних порожнин відповідає показникам у контрольній групі: переважають каріозні порожнини II класу і рідко діагностують карієс V класу. Проте привертає увагу зростання відсотка каріозних порожнин V класу в осіб основної групи Також у загальній структурі каріозних порожнин у хворих на генералізований пародонтит зростає сумарна кількість порожнин II і V класів - до 52, 77%.

**Висновок.** Результати проведених досліджень дають можливість зробити висновок, що у хворих на генералізований пародонтит збільшується кількість складніших для лікування каріозних уражень. Це вимагає раціональнішого підходу до методики пломбування і виду пломбувальних матеріалів порожнин цих класів у хворих на генералізований пародонтит.