

чивается на 43,8 %, в СРЖ – в 4 раза, в периферической крови – в 2 раза. Содержание лизоцима в СРЖ уменьшено на 21 %, при стабилизации его в С. Сумма ненасыщенных жирных кислот (Σ ННЖК) снижена во всех исследуемых средах: максимально – в мембранах эритроцитов периферической крови на 38 % и минимально – в филтрате ПК на 20 %. Содержание АК во всех диагностических средах снижено: в С g. Parotis – на 49 %, в эритроцитах крови – на 24 %, что свидетельствует об активации процессов перекисидации липидов, с последовательным ферментативным активным накоплением эйкозапентаеновой ($C_{20:5}$) ЖК до 24 %. Однако, зарегистрировано повышение на 34 % содержания АК в плазме крови больных ГП.

При хроническом течении ГП в гомогенате ПК микроскопически определяется относительное уменьшение количества лимфоцитов с тенденцией к увеличению гранулоцитов, при снижении их функциональной активности: ФИ-11,71 %, ФЧ-13,85 %. В периферической крови больных ГП I-II степени, не зависимо от характера течения заболевания, не выявлено статистически достоверной разницы количества лейкоцитов, при этом ФИ составляет в среднем – 12 %, ФЧ – 8 %. Количество АК в исследуемых диагностических средах у больных ГП I-II степени хронического течения имеет направленность на увеличение, в среднем до 25 %, по сравнению с показателями при обострившемся течении заболевания.

В периферической крови пациентов ГП I-II степени хронического течения определяется менее выраженная экспрессия SLPI (увеличение на 26 %), при этом количество ЛФ продуцируется в 2 раза больше, при снижении Σ ПНЖК и увеличения насыщенности ЖК спектра за счет пальмитиновой ЖК в фосфолипидов эритроцитов и липидов плазмы крови. В содержимом ПК выявлено увеличение содержания АК до 50 %, при конкурентном снижении концентрации линолевой и линоленовой ЖК. В С g. Parotis зарегистрировано снижение АК на 52 %, при увеличении линолевой ЖК на 59% и снижении линоленовой ЖК на 60 %.

Количество ферментов в биологических средах полости рта имеет разнонаправленный вектор экспрессии: в С g. Parotis – увеличение SLPI на 20,7%, ЛФ – на 56%, при уменьшении лизоцима на 30,6 %. В СРЖ соответственно – уменьшение SLPI в 2 раза (на 92%) и увеличения ЛФ в 2 раза, уменьшение лизоцима на 69 %.

Проведенные исследования свидетельствуют о более высокой информативной диагностической значимости и динамичности ферментативных показателей, определяемых в местных биологических средах: содержимом С g. Parotis, надсадной жидкости СРЖ, в ПК и тождественном их определении в периферической крови больных ГП. Определение активности гуморальных факторов неспецифического иммунного ответа обуславливают стратегию и тактику последованости терапии ГП, состоящую в комплексности назначения антимикробных мероприятий – удаление над и поддесневых зубных отложений, микробных бляшек, целесообразности назначения антибиотиков, антиоксидантов, антимикробных ферментов, методов введения и последовательности ингибиторов протеиназ, а также нестероидных противовоспалительных средств в подавлении воспалительной реакции с помощью ингибиторов ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Изучение динамики гуморальных факторов свидетельствует об их важной роли в развитии воспаления, в изменении проницаемости гистогематологического барьера, в повреждении клеток и субклеточных структур, что обеспечивает разный уровень функциональной способности регуляторных систем (факторов неспецифического иммунитета), как на локальном уровне в местах наибольшей воспалительной реакции, так и состояния организма.



Ю. Г. Чумакова, д. мед. н., А. А. Вишневская, А. В. Островский

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ «ФЛОРИДА ПРОУБ»

Дальнейшее развитие пародонтологии диктует необходимость изыскания точных, объективных, унифицированных методов диагностики, позволяющих определить исходное состояние тканей пародонта у пациента, проводить анализ изменения клинических симптомов в динамике, оценить эффективность применяемых методов профилактики и лечения в отдаленные сроки наблюдения.

Большинство из используемых в настоящее время методов диагностики достаточно сложны в использовании, плохо воспроизводимы и, к сожалению, практическому здравоохранению недоступны. Результаты обследования больных разными специалистами плохо сопоставимы, что не позволяет объективно оценить эпидемиологическую ситуацию в разных регионах в отношении заболеваний пародонта. Практически отсутствуют методы диагностики, позволяющие определить раннюю стадию заболевания – состояние предболезни. Существуют

достаточно противоречивые мнения относительно информативности и достоверности тех или иных методов диагностики состояния пародонта.

В последние годы в Украине внедряется современная диагностическая компьютерная программа пародонтального зондирования «Флорида Проуб» (ФП), которая была разработана в 1988 году в США (штат Флорида), и получила широкое распространение во всем мире, как программа, представляющая наиболее объективную и сопоставимую информацию о состоянии тканей пародонта.

За период с января 2010 г. в отделе заболеваний пародонта с использованием компьютерной системы ФП обследовано 186 человек, у 22 больных генерализованным пародонтитом проведены повторные обследования с целью оценки эффективности лечения.

С помощью измерений специальным электронным зондом и нажатием педали у каждого пациента регистрируют следующие клинические параметры: глубину пародонтальных карманов, рецессию и гиперплазию десны, кровоточивость, гноетечение, состояние фуркаций, подвижность зубов, отмечают наличие зубных отложений и т.д.

Глубина десневой борозды и пародонтальных карманов измеряется в миллиметрах с точностью до десятых на язычной (небной) и щечной поверхностях каждого зуба в 6 точках: дистально-щечной, щечной, медиально-щечной, медиально-язычной, язычной и дистально-язычной. Также следует отметить, что при обследовании пародонта электронным зондом достигается одинаковая сила зондирования, что, в свою очередь, создает преимущество автоматизированного метода диагностики перед мануальным, так как регистрируются более точные и более объективные количественные показатели состояния тканей пародонта.

При обследовании пациента с помощью программы ФП затрачивается меньше времени, так как нет необходимости вносить данные измерений вручную в пародонтологическую карту. Контроль измерений происходит как по цифровому и графическому изображению на мониторе, так и по звуковому сопровождению, что удобно и для врача, и для пациента.

Важным преимуществом автоматизированной системы ФП является относительная простота использования, что позволяет высказать предложение о возможности передачи обследования гигиенисту зубному.



Ю. Г. Чумакова, д. мед. н., В. В. Перекрест, А. Е. Кононенко, А. А. Прийма

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ

Комплексное лечение больных пародонтитом включает различные виды стоматологической помощи – терапевтическое (общее и местное), хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, имеющие этиотропную, симптоматическую и патогенетическую направленность. У всех больных генерализованным пародонтитом (ГП) независимо от степени развития и характера течения заболевания на начальном этапе проводится консервативное лечение, включающее профессиональную гигиену полости рта, антимикробную и противовоспалительную терапию, а далее по показаниям у каждого больного определяется объем других необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

В результате комплексного клиничко-рентгенологического обследования 272 больных ГП разной степени, 22 больных юношеским пародонтитом (ЮП) и 31 больного с быстро прогрессирующим пародонтитом взрослых (БПП) установлено, что 78,1 % из них нуждается в хирургическом лечении (операциях вестибулопластики, френулопластики, гингивоостеопластики), 42,6 % - в ортодонтическом лечении и 74,0 % - в ортопедическом лечении (шинировании подвижных зубов, протезировании дефектов зубных рядов).

У обследованных больных в процессе комплексного пародонтологического лечения выполнены: 41 операция по углублению преддверия полости рта (вестибулопластика); 32 операции пластики уздечек верхней и/или нижней губы (френулопластика); у 183 больных операции гингивоостеопластики – лоскутные операции (модификация метода по Видману-Нейману-Цешинскому) – тотальные на верхней и нижней челюстях или в области отдельных зубов и фрагментов зубного ряда с использованием различных остеопластических материалов.

Ортодонтическое лечение проведено у 36 больных пародонтитом. У 10 больных применяли съемные ортодонтические аппараты, у 26 человек – несъемные аппараты (брекет-системы). У 18 больных ГП нач.-I, I, I-II степени с имеющимися зубо-челюстными аномалиями ортодонтическое лечение проводилось с целью профилактики дальнейшего прогрессирования пародонтита, а у 18 больных ГП II-III, III степени, ЮП и БПП – для устранения вторичных деформаций зубных рядов и патологии отдельных зубов, которые развились вследствие пародонтита.