

суттєва різниця в становленні менструального циклу у дівчат. Є відмінність у встановленні менструального циклу при ХКГ і інтактному пародонті. Так, у дівчат з діагнозом ХКГ встановлення менструального циклу відразу (в перший місяць) складає $35,08 \pm 3,20$ % проти $54,49 \pm 3,34$ без гінгівіту ($p < 0,001$). В подальшому це співвідношення змінюється. Так, показник встановлення менструального циклу через 1-2 роки є вищим при ХКГ, у порівнянні із дівчатами, котрі не мали захворювання пародонту, що є статистично достовірно $52,03 \pm 3,35$ % проти $36,19 \pm 3,22$ % ($p < 0,01$). Не встановлений менструальний цикл, в середньому, спостерігається в $17,17 \pm 2,53$ % за наявності ХКГ проти $12,42 \pm 2,21$ % у дівчат без гінгівіту ($p > 0,05$).

Висновки. 1. Встановлений високий рівень поширеності запальних захворювань пародонта у дівчат 6-16 років, що складає, в середньому, - $60,65 \pm 1,61$ %. Хронічний катаральний гінгівіт виявлено у $59,02 \pm 1,61$ %, гіпертрофічний гінгівіт - у $0,55 \pm 0,24$ %, пародонтит початковий I ступеню діагностовано у $1,08 \pm 0,33$ %.

2. Представлені результати обстеження свідчать, що піком захворюваності на ХКГ є 12 років, високі показники поширеності виявлені також і в пре-пубертатному періоді, тому, профілактичні міроприємства слід проводити задовго до 12 років (можливо з 7-ми років) з прорізуванням постійних різців.

3. Перебіг менструального циклу у дівчат з хронічним катаральним гінгівітом та інтактним пародонтом показав, що ХКГ зустрічається частіше при порушеннях менструального циклу.

Список літератури

1. Каськова Л. Ф. Поширеність хронічного катарального гінгівіту у дітей Полтавської області / Л. Ф. Каськова, О. Е. Абрамова // Український стоматологічний альманах. – 2006. - №2. – С.51-53
2. Хоменко Л. А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики / Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко // Стоматолог. - №1-2. – С.54-57.
3. Модина Т. Н. Патология тканей пародонта и функциональное состояние организма у подростков / Т. Н. Модина, Е. В. Мамаева, О. И. Лопаткина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2006. - №1-2. – С.78-84
4. Хоменко Л. О. Взаємозв'язок гормональних дисфункцій та захворювань тканин пародонта у дівчаток (огляд) / Л. О. Хоменко, Т. О. Майборода, О. І. Остапко // Новини стоматології. – 1998. - №4(17). – С.41-45
5. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: руководство для врачей. 2-е изд. – М.: МИА, 2001. – 287 с.
6. Данилевский Н. Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта / Н. Данилевский, А. Борисенко. – К : Здоров'я, 2000. – 160 с.

Надійшла 14.05.12



УДК 616-036.8+616-08:616.314-002.4

**М. В. Анисимов, к. мед. н.,
Л. В. Анисимова, к. мед. н., О. В. Деньга, д. мед. н.**

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛУБОКОГО КАРИЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛА «БИОДЕНТИН»

Предложен алгоритм лечения острого глубокого кариеса у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом с использованием материала «Биодентин» (Септодонт). Клинические наблюдения проведены у 40 пациентов, пролечено по 30 моляров нижней челюсти в каждой группе. Клинико-рентгенологические и спектроколориметрические наблюдения подтвердили преимущества выбранного метода лечения у данного контингента стоматологических пациентов.

Ключевые слова: отягощенный аллергоанамнез, острый глубокий кариес, «Биодентин».

М. В. Анисимов, Л. В. Анисимова, О. В. Деньга

ДУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГОАНАМНЕЗОМ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛУ «БІОДЕНТИН»

Запропонований алгоритм лікування гострого глибокого карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом з використанням матеріалу «Біодентин» (Септодонт). Клінічні спостереження проведені у 40 пацієнтів, проліковано по 30 молярів нижньої щелепи в кожній групі. Клінико-рентгенологічні і спектроколориметричні спостереження підтвердили переваги вибраного методу лікування у даного контингенту стоматологічних пацієнтів.

Ключові слова: обтяжений алергоанамнез, гострий глибокий карієс, «Біодентин».

M. V. Anisimov, L. V. Anisimova, O. V. Den'ga

SE "the Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE DEEP CARIES IN PATIENTS WITH COMPROMISED ALLERGIC HISTORY WITH MATERIAL "BIODENTIN"

The algorithm of the treatment of acute deep caries in patients with compromised allergic history with material "Biodentin" (Septodont) is suggested. The clinical observations were held in 40 patients, 30 mandibular molars were treated in every group. Clinico-roentgenologic and spectrophotometric observations have proved the advantages of the chosen method of treatment in these patients.

Key words: compromised allergic history, acute deep caries, "Biodentin".

Вступлення. Проведенные ранее исследования показали, что 22,5 % стоматологических пациентов имеют отягощенный аллергоанамнез [1]. В тоже время у пациентов с аллергическими заболеваниями отмечается высокая интенсивность кариеса и низкий уровень неспецифической резистентности [2,3]. Лица с медикаментозной аллергией составляют основную группу риска при использовании местных анестетиков, многие из них отмечают непереносимость латексных платков коффердама [2, 4]. Это усложняет задачу стоматолога при лечении кариеса у данного контингента пациентов.

Цель исследования. Определение и оценка клинической эффективности предложенного алгоритма лечения острого глубокого кариеса у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом с использованием материала «Биодентин» (Септодонт).

Материалы и методы исследования. Для оценки сравнительной эффективности лечения кариеса у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом было сформировано две группы пациентов: 21 пациент в основной группе и 19 человек в группе сравнения. В каждой группе было пролечено по 30 моляров нижней челюсти.

Работа выполнялась одним врачом. В группе сравнения лечение кариеса проводилось оперативно-восстановительным методом в соответствии с протоколом. В качестве лечебной прокладки использовали «Calcimol LC» (VOCO), изолирующей прокладки – СИЦ «Vitrebond» (3M), восстановление коронки зуба проводили композитом «Grandio» (VOCO) и адгезивной системы «Futurabond NR» (VOCO).

Лечение острого глубокого кариеса в основной группе было двухэтапным. В первое посещение пациенту (без обезболивания) проводилось препарирование кариозной полости в соответствии с принципом профилактического пломбирования. После орошения полости дистиллированной водой и высушивания ватным тампоном в нее вносился «Биодентин» (Септодонт) не менее, чем на 48 часов. Во второе посещение удалялся верхний слой «Биодентина» (2-3 мм) и зуб окончательно реставрировали композитом «Grandio» (VOCO), расположенные рядом фиссуры и слепые ямки заполнялись герметиком «Fissurit» (VOCO).

Учет осложнений и дефектов пломб проводился на основе жалоб пациентов, инструментального осмотра и контактной рентгенограммы зуба.

Для оценки изменения степени минерализации твердых тканей зуба при лечении острого глубокого кариеса с применением «Биодентина» (Септодонт) использовали спектроколориметрический метод О.В.Денга [5]. Все оптические и цветовые параметры фиксировались в координатах цвета в виде спектрального распределения коэффициентов отражения света твердыми тканями зуба.

Результаты исследования. При стоматологическом лечении пациентов с отягощенным аллергоанамнезом в своей практике мы наблюдали неоднократные случаи непереносимости латексных платков коффердама, раствора гипохлорита натрия, тимолола, фармокрезола и других препаратов.

Учитывая, что наибольшее количество неудовлетворительных результатов наблюдалось при лечении

кариеса без обезболивания [6], поэтому такие случаи требуют усовершенствования общепринятых алгоритмов лечения.

При лечении кариеса у пациентов с медикаментозной аллергией был предложен алгоритм, предусматривающий два посещения с профилактическим пломбированием фиссур, который предусматривает щадящее препарирование твердых тканей зуба в пределах видимо измененных тканей эмали и дентина с последующей герметизацией фиссур и слепых ямок. Этот момент для нас особенно важен, так как многие пациенты-аллергики имеют противопоказания к использованию МА, а использование общего обезболивания является не всегда клинически оправданным.

В качестве материала, замещающего дентин, мы использовали гипоаллергенный и высокотехнологичный материал «БиодентинTM» (Септодонт). Его выбор был основан на свойствах материала, который содержит минеральные ингредиенты без мономеров. Исходя из информации фирмы производителя, «Биодентин» можно наносить непосредственно на зуб без предварительной очистки поверхности от кальцифицированных тканей, его использование создает хорошие условия для поддержания витальности пульпы путем плотного «запечатывания» поверхности дентина.

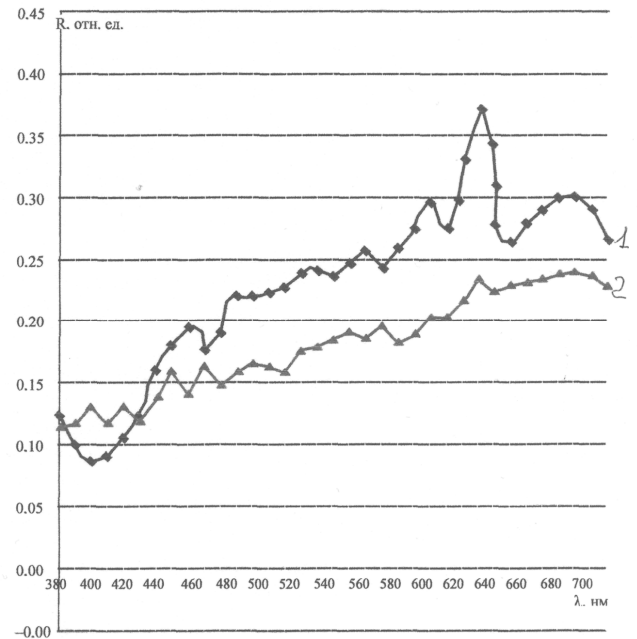


Рис. 1. Спектральное распределение коэффициента отражения света 46 зубом (кривая 1 – до лечения, кривая 2 – через 1 год после лечения).

Оценка клинической эффективности проводилась в течении года. Клинико-рентгенологические наблюдения подтвердили преимущества выбранного метода лечения у данного контингента стоматологических пациентов. В основной группе не было зарегистрировано ни одного случая неэффективного лечения кариеса.

В группе сравнения вторичный кариес наблюдался в трех случаях, нарушение краевого прилегания пломбы - также в трех случаях, выпадение пломбы – в одном случае. Осложнений в виде пульпита и периодонтита не наблюдалось.

Исходное состояние минерализации твердых тканей зубов, составляло $-(10 \pm 1) \times 10^{-4} \text{ gradR, nm}^{-1}$. Анализ спектрального распределения коэффициента отражения света в исследуемых зубах показал, что минерализация твердых тканей существенно возросла и через 12 месяцев составила $(3,8 \pm 2) \times 10^{-4} \text{ gradR, nm}^{-1}$. Коэффициент градиента отражения света при длине волны ($\text{grad R} = \frac{\Delta R}{\Delta \lambda}$) в области 450-580 нм уменьшился в 2,6 раза (рис. 1).

Выписка из истории болезни.

Пациентка Н., 1985 г.р. обратилась с жалобами на быстропроходящую боль от химических и термических раздражителей. Зуб беспокоит более месяца.

В анамнезе анафилактический шок у стоматолога около 5 лет назад с выраженной второй стадией. Была проведена лабораторная диагностика: ИФА спец. – Артикаин 2,16 МЕ/мл, Мепивакаин – 3,23 МЕ/мл, Лидокаин – 1,16 МЕ/мл. Использование МА противопоказано.

Объективно: в 46 зубах на жевательной поверхности имеется кариозная полость в пределах околопульпарного дентина с узким входным отверстием, выполненная рыхлым слабопигментированным дентином. Реакция на холодовой раздражитель быстропроходящая, зондирование – безболезненно, перкуссия – безболезненна. ЭОД: 5,8 мкА (аппарат PULPEST).

Диагноз: Острый глубокий кариес 46 зуба.

Ход лечения: Без анестезии произведено щадящее препарирование кариозной полости (рис. 2). Полость промыта дистиллированной водой, высушена ватным тампоном. В полость внесен «Биодентин» (рис. 3). На повторное посещение пациентка явилась только через восемь месяцев. Жалоб не было. На контрольной рентгенограмме отчетливо определялся «дентинный мостик» на дне восстановленной полости (рис. 4). Далее был удален верхний слой «искусственного дентина» в пределах толщины эмали (рис. 5) и проведена окончательная реставрация коронки 46 зуба композитом «Grandio» (VOCO) (рис. 6).



Рис. 3. 46 зуб запломбирован «Биодентином».



Рис. 4. Рентгенограмма 46 зуба через 8 месяцев. Определяется «дентинный мостик» на дне восстановленной полости зуба.



Рис. 2. Острый глубокий кариес 46 зуба.



Рис. 5. Удален верхний слой «Биодентина».



Рис. 6. Вид 46 зуба после лечения.

Выводы. Клинико-рентгенологические и спектроколориметрические наблюдения подтвердили преимущества выбранного метода лечения у данного контингента стоматологических пациентов. В течение года не было зарегистрировано ни одного случая неэффективного лечения кариеса у данной группы пациентов, а минерализация твердых тканей зуба значительно увеличилась: с $(10 \pm 1) \cdot 10^{-4} \text{ grad R}$, нм-1 до $(3,8 \pm 2) \cdot 10^{-4} \text{ grad R}$,

нм-1 для коэффициента градиента отражения света при длине волны ($\text{grad R} = \frac{\Delta R}{\Delta \lambda}$) в области 450-580 нм.

Список литературы

1. **Анісімов М. В.** Розповсюдженість алергічних реакцій при використанні місцевих анестетиків / М. В. Анісімов, Л. В. Анісімова // Матер. конф. «Наукові та практичні аспекти індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота у дітей та дорослих». – Одеса, 2009. – С. 9-10.
2. **Адмакин О. И.** Состояние полости рта у детей и подростков с аллергической патологией / О. И. Адмакин, Н. А. Геппе, Ад. А. Мамедов, Д. А. Байсангурова // Dentalforum. – 2005. – № 4. – С. 30-35. Адмакин О.И.
3. **Ахмерова А. Ф.** Особенности клинического течения и профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей с аллергозами: дис. канд. / А. Ф. Ахмерова. – Казань, 2001. – 133 с.
4. **Вебер В. Р.** Местная анестезия у стоматологических пациентов с сопутствующей патологией: учебное пособие / В.Р. Вебер, Б.Т. Мороз. – СПб.: Человек, 2004. – 80 с.
5. **Деньга О. В.** Адаптогенні профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. В. Деньга. – К., 2001. – 32 с.
6. **Анісімов М. В.** Эффективность лечения кариеса и пульпита у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом в зависимости от метода обезболивания / М. В. Анісімов // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 46-50.

Поступила 04.07.12

