

метод исследования является информативным и может быть использован для контроля за состоянием формирующегося рубца, в том числе при сравнительном изучении эффективности различных методик лечения.

ДК: 616.314.17:616.716.1:615-085

К. Г. Бом

ГУ «КГМУ им. С.И. Георгиевского» (Симферополь)

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ АТРОФИИ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ
КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОВЯЗКИ НА
ПОСТЭКСТРАКЦИОННУЮ РАНУ**

Операция удаления зуба является самым распространенным хирургическим вмешательством в амбулаторной практике врача стоматолога-хирурга, несмотря на достижения в профилактике и лечении кариеса зубов и его осложнений. Выполнение данной манипуляции сопряжено с риском возникновения послеоперационных осложнений, наиболее распространенным из которых является постэкстракционный альвеолит. На фоне развивающегося инфекционно-воспалительного процесса деструкция костной ткани протекает особенно интенсивно, а повторные хирургические вмешательства удлиняют сроки заживления раны в 2-3 раза, тем самым способствуя прогрессированию послеоперационных атрофических процессов. Все это создает значительные трудности, при протезировании зубного ряда, в том числе с применением дентальных имплантатов.

Цель работы. Оценить влияние комбинированной лечебно-профилактической повязки на темпы течения атрофических процессов в альвеолярном отростке челюсти после операции удаления зуба.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 84 пациента обоего пола, возраст которых находился в пределах от 21 до 35 лет, без выраженной общесоматической патологии. Всем больным проводилась операция удаления зуба с использованием местного обезболивания, минимальной травмы десны и костной ткани. У 28 пациентов (1-я контрольная группа) послеоперационная рана заживала под сгустком крови, у 29 (2-я контрольная группа) - в лунку удаленного зуба вводили препарат «Коллапан Л» с последующим наложением на ее устье дентальной адгезивной пасты «Солкосерил», а у 27 (основная группа) - накладывали предложенную нами комбинированную лечебно-профилактическую повязку из препарата «Трикален» и ксенодермотрансплантата. Антропометрические измерения выполняли до оперативного вмешательства, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты измерений антропометрических показателей свидетельствуют, что достоверные различия в темпах убыли альвеолярного отростка у представителей основной и 2-й контрольной групп (где применялся аналог предложенной комбинированной повязки) определяются лишь в первые три месяца и обусловлены остеопластическим эффектом препарата «Коллапан Л». Объемы атрофии костной ткани в основной группе оцениваются как умеренные и в последующие сроки наблюдений (6 и 12 месяцев) значимых различий в группах с использованием лечебно-профилактических повязок по этому показателю не прослеживается.

Заключение. Применение комбинированных повязок, обладающих антибактериальным и антифунгицидным действием, несмотря на различия в остеопластических свойствах ингредиентов, входящих в их состав, способствует существенному замедлению темпов прогрессирования постэкстракционной атрофии.

УДК 616-08-07, 618.2-055.26, 616.31-08-039.71

М. А. Гамзаев

Азербайджанский Государственный Институт усовершенствования врачей им. А. Алиева,
Баку

**УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Г. БАКУ**

Согласно ряду публикаций, особенно негативное воздействие стоматологическая заболеваемость оказывает на течение и исход беременности. Наиболее высок уровень заболеваемости кариесом и воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП), достигающих 50-60% и более. В то же время устранение хронических одонтогенных очагов инфекции, которые, безусловно, являются очагами сенсбилизации организма, значительно улучшает общее здоровье беременных и способствует устранению опасности экстрагенитальных заболеваний или облегчению их течения, что, в конечном счете, благоприятно сказывается и на здоровье ребенка.

Цель исследования. Изучить особенности распространенности стоматологической заболеваемости и характера воздействия ее на репродуктивное здоровье женщин, а также на течение и исход беременности среди женщин города Баку.

Материал и методы. Было проведено свободное анонимное социологическое проспективное исследование среди репродуктивных женщин г. Баку. На основании международного стандартизованного вопросника WHQ, разработали азербайджанскую версию анкеты, адаптированную к местным условиям. Анкета состоит из 9 блоков вопросов (всего 98 вопросов). Анкеты раздавали родителям (женщинам) в дошкольных учреждениях, школах и детских поликлиниках нескольких районов г. Баку. В раздаче анкет и их обратном сборе активно участвовали руководители, воспитатели, учителя и медработники этих учреждений, которые сами также заполняли анкеты и вовлекали в анкетирование родственников и соседей. В общей сложности раздали 8000 анкет, обратно собрали 5233 анкеты (65,4±0,5 %), из них 2674 анкеты полностью содержали ответы на поставленные вопросы (33,4±0,5 %). Наблюдения провели за 637 беременными, отобранных случайным методом во время визитов в женскую консультацию. В анкеты дополнительно были включены вопросы, отражающие текущее и предшествующее состояние стоматологического статуса женщин и беременных, возраст которых варьировал в пределах от 17 до 42 лет. Помимо этого, в течение всей беременности во время визитов в женскую консультацию наблюдали 122 беременных, имевших в анамнезе стоматологическую заболеваемость.

Результаты и обсуждение. Стоматологическая заболеваемость репродуктивных женщин оказалась довольно высокой, составив в среднем 32,3±0,9 %. Наиболее часто среди них выявляются ВЗП – 26,3±0,9 %, несколько меньше частота кариеса – 20,2±0,8 % ($t=5,00$; $P<0,001$), а уровень прочих нозоформ не превышает 1,6±0,2 % ($t=22,68$; $P<0,001$). При этом частота полинозоформ составляет 15,8±0,7 %, в подавляющем числе случаев наблюдается одновременная заболеваемость кариесом и ВЗП.

Недостаточное соблюдение гигиены полости рта приводит к адгезии патогенных микроорганизмов и тем самым запускается механизм развития стоматологической заболеваемости.

В возрастной структуре стоматологической заболеваемости репродуктивных женщин прослеживаются две закономерности. Первая из них связана с тем, что по мере увеличения возраста женщин уровень их заболеваемости кариесом последовательно снижается с 23,6±2,2 до 15,4±1,6 % ($t=3,01$; $P<0,001$). Объясняется это тем, что кариес поражает зубные ряды в молодом возрасте, сопровождается заболеванием сильными болями и пациенты обращаются к стоматологу. Больные зубы лечат и пломбируют. Лишь в запоздалых случаях, когда пациенты предпринимают самостоятельные лечебные меры, присоединяются воспалительные процессы и больные зубы удаляют.

Вторая закономерность сводится к тому, что с повышением возраста репродуктивных женщин уровень заболеваемости их ВЗП, наоборот,

последовательно возрастает с 17,9±2,2 до 33,5±2,1 % ($t=5,13$; $P<0,001$). С возрастом физиологические, иммунологические, жевательные и прочие функции пародонта ослабевают, нарушается целостность зубных рядов, увеличивается число разных типов ортопедических конструкций (коронки, мосты, протезы), чем создаются благоприятные условия для адгезии патогенных микроорганизмов, что в итоге приводит к развитию ВЗП.

Возрастная группа беременных оказалась усеченной, в частности 485 из 637 из них были в возрасте до 25 лет (76,1±1,7 %), а 311 беременных были первородящими (64,1±1,9 %). Поэтому мы их стоматологическую заболеваемость приводим в общей группе. При планировании беременности, особенно первой, женщины своевременно проходят лабораторно-клинические обследования, проводят лечение различной заболеваемости, в том числе и стоматологической. Именно это обстоятельство, наряду с более молодым возрастом, является причиной их меньшей стоматологической заболеваемости по сравнению с репродуктивными женщинами, которая составляет 24,5±1,7 % ($t=4,06$; $P<0,001$). Если уровень заболеваемости беременных почти такой же как и у репродуктивных женщин – 22,6±1,7 % ($t=1,28$; $P>0,05$), то уровень ВЗП намного ниже – 15,4±1,4 % ($t=6,57$; $P<0,001$), что подтверждают выше проанализированные закономерности.

Согласно анализу анкет 377 из 864 репродуктивных женщин со стоматологической заболеваемостью, которые за последние 3-5 лет совершили 7-12 визитов к стоматологу, отметили ряд репродуктивных нарушений (43,6±1,7 %). Перечень репродуктивных нарушений фиксировали по определению самих женщин, причем многими из них были отмечены 2 и более нарушений. Они были следующими: нарушение менструального цикла, позднее наступление беременности, отягощенная беременность, угрозы прерывания беременности, преждевременные роды, тяжелые роды, патология новорожденных, мертворождение, бесплодие и прочее. В то же время репродуктивные нарушения отметили 530 из остальных 1810 женщин, за последние 3 года не обращавшихся за стоматологической помощью (29,3±1,1 %; $t=7,08$; $P<0,001$) или в 1,49 раз меньше.

Перечисленные репродуктивные нарушения были присущи беременным до наступления беременности. Ко всему, после наступления беременности у 98 из 156 беременных со стоматологической заболеваемостью наблюдались выраженные токсикозы (62,8±3,9 %). Тогда как подобные токсикозы наблюдались всего у 176 из остальных 481 женщины без стоматологической заболеваемости (36,6±2,2 %; $t=5,85$; $P<0,001$).

Помимо этого, нами наблюдались в течение всей беременности 122 беременные, у которых в период ее планирования имелась стоматологическая заболеваемость. Всем им настоятельно была рекомендована необходимость лечения стоматологической заболеваемости и неукоснительное соблюдение гигиены полости рта в период беременности. Каждая беременная до родов совершала от 4 до 11 визитов в женскую консультацию. Анализ данных последнего визита показывает, что 74 беременные до наступления беременности провели эффективное лечение стоматологической заболеваемости. Остальные 48 женщин подобное лечение не провели из-за

боязни подвергнуться стоматологическим процедурам, либо из-за опасений их негативного воздействия на течение беременности, причем у 11 из них лечение стоматологической заболеваемости (в основном ВЗП) оказалось не эффективным. Среди первых выраженные токсикозы наблюдались у 19 беременных ($25,7 \pm 5,1$ %), среди вторых – у 30 беременных ($62,5 \pm 7,1$ %; $t=4,21$; $P<0,001$). Различные репродуктивные нарушения среди первых наблюдались у 5 беременных ($6,8 \pm 3,0$ %), среди вторых – у 11 беременных ($22,9 \pm 6,1$ %; $t=2,37$; $P<0,05$).

Заключение. Стоматологическая заболеваемость широко распространена среди женщин и отягощающе воздействует на их репродуктивное здоровье и течение беременности. Во многом оно связано с недостаточной информированностью женщин о стоматологической заболеваемости и недостаточным развитием службы их стоматологического обслуживания. В то же время эффективное лечение стоматологической заболеваемости снижает частоту репродуктивных нарушений и оказывает благотворное влияние на течение беременности.



УДК 616.62-003.7:616.314.17-008.1

Л. В. Гончарук

Одесский национальный медицинский университет

О МЕХАНИЗМАХ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Проблема лечения воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта (ЗП) обусловлена их широкой распространенностью, что в значительной степени определяется патогенетической связью ЗП с патологическими процессами в организме, сформировавшимися на фоне различных соматических заболеваний. Существенное влияние на изменение метаболических процессов, в частности минерального обмена в тканях пародонта и состав ротовой жидкости может оказывать также мочекаменная болезнь (МКБ), которая является системным заболеванием, протекающим с патологическими процессами в различных органах и системах организма, о чем свидетельствуют данные об идентичном составе и строении зубных, желчных и почечных камней, полученные у больных сочетанной МКБ и желчекаменной болезнью. В тоже время механизмы влияния метаболических нарушений, сформировавшихся в организме больного с МКБ на возникновение и течение воспалительных и дистрофически-воспалительных ЗП изучены недостаточно. С целью уточнения возможной значимости нарушений минерального обмена у больных МКБ на течение ЗП проведено изучение содержания кальция, фосфора и магния в ротовой жидкости больных МКБ и ЗП. У 23 пациентов с МКБ (10 человек без ЗП и 13 человек с наличием ЗП) изучены показатели содержания кальция, фосфора и магния в ротовой жидкости. Полученные данные сравнивались с результатами обследования контрольной группы (12 человек без МКБ и ЗП). Результаты исследования показали, что у пациентов с ЗП отмечается достоверное повышение содержания фосфора ($p<0,05$) и тенденция ($0,01>p>0,05$) к достоверному снижению соотношения кальций/фосфор по сравнению с контрольной группой и группой больных МКБ без ЗП. Полученные данные позволили выдвинуть гипотезу, что негативное влияние на состояние тканей пародонта у больных МКБ обусловлено, главным образом, нарушениями минерального обмена в различных средах организма (кровь, ротовая жидкость, моча и др.). В связи с этим, было проведено изучение содержания кальция, фосфора и магния в различных биологических средах организма (кровь и моча) у 52 больных МКБ с ЗП и 24 пациентов с МКБ без ЗП. В моче больных МКБ без ЗП отмечается достоверное повышение содержания фосфора, по сравнению с показателями контрольной группы. Однако, при наличии ЗП содержание фосфора в моче достоверно не отличается от аналогичного показателя у здоровых, а остальные показатели (содержание кальция, магния и соотношение кальций/фосфор в моче) у больных МКБ достоверно не отличаются от соответствующих показателей контрольной группы. Сравнительный анализ содержания данных минеральных элементов в крови также показал отсутствие достоверных различий между контрольной группой и группами больных с МКБ без ЗП и наличием ЗП. Содержание кальция, фосфора и магния, а также соотношение кальций/фосфор существенно не отличалось по сравнению с контрольной группой, что, по-видимому, обусловлено тем, что у пациентов с ЗП отсутствуют значительные нарушения минерального обмена в организме.

Таким образом, у больных МКБ с наличием и отсутствием ЗП не выявлено четкой взаимосвязи между изменением содержания минеральных элементов в ротовой жидкости и в других биологических жидкостях (кровь и моча), что не подтверждает предположение о наличии у них нарушений общего минерального обмена в организме. Следовательно, в основе негативного влияния на состояние тканей пародонта у больных МКБ лежат более сложные и вероятно поликомпонентные нарушения гомеостаза биологических жидкостей.

