

**Ключові слова:** хронічний періодонтит, система корневих каналів, ендодонтичні інструменти, обтурація

### **TREATMENT OF CHONIC PIRIODONTITIS. MODERN METHOTS OF THEIR TREATMENT**

Isakov S.V., Isakova T.I.

**Summary.** This article diskcuis the quality of endodontic treatment of chonic piriodontitis with modern endodontic manipulation and advantage of these tecniques to the conventional methots of treatment.

**Key words:** chronic periodontitis, endodontic instruments, canal filling

*Отримано до редакції 07.03.13*

УДК 616.314-002-07:911.3

### **КАРИЕС ЗУБОВ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА**

Исакова Т.И., Жемалетдинова Р.Х., Исаков С.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Резюме.** Разработанная система профилактики создает возможность замены распространенного в настоящее время экстенсивного принципа профилактики принципом интенсивным, позволяющим сконцентрировать усилия профилактических воздействий на небольшом контингенте лиц, реально требующих превентивной индивидуализированной терапии.

**Ключевые слова:** кариес, вегетативная нервная система, витамин С

Массовая пораженность населения в индустриальных регионах вызвана недостаточностью темпов созревания регуляторных систем и длительностью сохранения инфантильного симпатотонуса. В свете сказанного представляется оправданным предположение такой последовательности причинно- следственных связей: современные условия развития детей, преобладание симпатического типа регуляции вегетативной нервной системы, низкий уровень кислотоустойчивости эмали зубов, склонность к развитию кариеса [1]. Это заболевание относится к так называемым, болезням цивилизации.

В ходе настоящего исследования разработан дифференцированный подход к профилактике кариеса, базирующийся на выделении групп риска в зависимости от восприимчивости к кариесу, предполагает при значительной информативности минимально временные и материальные затраты.

## Матеріал и методи

Для оцінки інтенсивності окрашивания ми використовували оттеночную 10-польную типографскую шкалу синього цвета. Если інтенсивність окрашивания відповідає цветовим полоскам, прийнятим за 10, 20, 30%, обстежуемого відносять к 1-й дисперсній групі з високою стійкістю зубів к карієсу, 40 или 50% – ко 2-й дисперсній групі, 60 или 70% – к 3-й групі, свйше 70% – к 4-й групі з максимальним ризиком захворювання карієсом.

Проведенні нами дослідження підтвердили зв'язь между тонуом вегетативної системи и пораженністю зубів карієсом [2, 3]. При цьому було показано, що в групі дітей з низкою кислотоустійкістю емалі зубів и з високою інтенсивністю карієса преобладає тонуо симпатического відділа вегетативної нервної системи. При здійсненні літературного пошуку було звернено увагу на фармакодинамічні властивості аскорбінової кислоти. Цей препарат в високих дозах оказувався спроможним нормалізувати тонуо вегетативної нервної системи [4].

Профілактичне лікування карієса вітаміном С по власній методикі здійснювалось в групі ризику, виділяємых на основанні теста резистентності емалі. Останній дозволяє зареєструвати зменшення кислотоустійкості емалі, передшествующе появленню каріозних порожнин. Профілактичні заходи проводились у учасних 1-10-х класів сш №23 г. Донецька, 9208 человек. Контрольна група – 168 человек. Все учасніє підверглись клініческому обстеженню з визначенням індексів КПУ, КП. Профілактичні впливи здійснювались в молодшій шкільній (1-4 класи) – 101 человек, середній шкільній групі (4-7 класи) – 47 человек, старшій шкільній групі (7-10 класи) – 60 человек.

## Результати и их обсуждение

Результати досліджень показали, що існуюче КПУп, КПУз у учасних перших класів в основній и контрольній групах достовірно не відрізнялось и відповідно складало:  $0,74 \pm 0,15$ ;  $0,67 \pm 0,08$  и  $0,52 \pm 0,11$ ;  $0,50 \pm 0,11$ . Після здійснення обстеження всім дітям во время планової санации був проведений курс лікування аскорбінової кислотою в відповідності з запропонованою методикою. Повторні курси аскорбінової терапії проводились через півроку во время планових профілактических оглядів в школах.

Після чотирьох років з початку клініческого експеримента в 11-12 років установлено, що цей показатель в контрольній групі достовірно

выше ( $3,04 \pm 0,26$ ;  $2,84 \pm 0,19$ ), чем в основной ( $2,14 \pm 0,18$ ;  $2,01 \pm 0,14$ ) ( $p < 0,01$ ).

Так, редукция кариеса через четыре года профилактики составила 30%. Анализ данных прироста кариеса показал, что в основной группе он также достоверно ниже по сравнению с контролем и составил за четыре года наблюдений соответственно:  $1,40 \pm 0,04$ ;  $1,34 \pm 0,04$  и  $2,52 \pm 0,10$ ;  $2,34 \pm 0,12$ .

Во второй группе учащихся профилактические воздействия осуществлялись, начиная с четвертого класса. Исходный показатель КПУп, КПУз в основной и контрольной группах был на одном уровне и составил  $1,85 \pm 0,19$  и  $1,70 \pm 0,17$ ;  $1,67 \pm 0,17$  ( $p > 0,05$ ).

Через три года от начала клинического эксперимента отмечалось, что в основной и контрольной группах он равнялся соответственно:  $3,95 \pm 0,28$ ;  $3,88 \pm 0,28$  и  $5,49 \pm 0,36$ ;  $5,28 \pm 0,258$  ( $p < 0,01$ ).

При этом редукция кариеса составила через два года профилактики 21,4%, а через три – 28,1%.

Вычисление прироста интенсивности кариеса после трех лет клинических наблюдений показало, что он также достоверно ниже в основной группе ( $2,10 \pm 0,06$ ;  $2,20 \pm 0,06$ ) по сравнению с контрольной ( $3,79 \pm 0,18$ ;  $3,42 \pm 0,17$ ) ( $p < 0,01$ ). Отмечалась максимальная редукция прироста интенсивности кариеса через два года наблюдений после проведенной профилактики – 49,2%.

Апробация данного метода проводилась также в группе подростков 14-17 лет. Исходные данные индекса КПУп, КПУз у учащихся 7-х классов были следующие: в основной группе –  $4,74 \pm 0,44$ ;  $4,54 \pm 0,35$  и в контрольной –  $4,95 \pm 0,33$ ;  $4,85 \pm 0,33$  ( $p > 0,05$ ).

Следующее обследование, проведенное через два года в 16 лет и через три года – в 17 лет показало, что у детей получавших профилактические воздействия показатель КПУп, КПУз был достоверно ниже, чем у детей контрольной группы:  $6,45 \pm 0,45$ ;  $6,03 \pm 0,42$  и  $8,18 \pm 0,40$ ;  $8,41 \pm 0,40$ ;  $7,52 \pm 0,45$ ;  $7,28 \pm 0,42$  и  $10,15 \pm 0,37$ ;  $9,86 \pm 0,37$ .

### **Выводы**

Таким образом, редукция кариеса после трех лет наблюдений составила 25,9%.

Анализ данных прироста интенсивности кариеса свидетельствовал о том, что этот показатель был достоверно ниже в основной группе ( $2,73 \pm 0,007$ ;  $2,54 \pm 0,06$ ), чем в контрольной ( $5,20 \pm 0,20$ ;  $5,11 \pm 0,17$ ) ( $p > 0,001$ ). Редукция прироста кариеса – 49,3%.

Таким образом, клиническими исследованиями установлено, что падение кислотоустойчивости эмали, предшествующее кариесу, связано с преобладанием активности симпатического тонуса вегетативной нервной системы. Коррекция вегетотонуса ведет к восстановлению оптимального уровня кислотоустойчивости эмали и к кариеспрофилактическому эффекту.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И. А. Аршавский. – М., 2004 – С. 239.
2. Ворошина А. Е. Некоторые показатели состояния нервной системы у больных хроническим катаральным гайморитом и кариесом зубов / А. Е. Ворошина, П. А. Ворошин // Вопросы реактивности и адаптации в стоматологии. – Смоленск, 2010. – Т. 55. – С. 25–29.
3. Веретинская А. Г. Корректирующее влияние аскорбиновой кислоты на состояние симпатико-адреналовой системы / А. Г. Веретинская. – М., 2003. – С. 20–22.

#### КАРИЕС ЗУБІВ І ШЛЯХИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Ісакова Т.І., Жемалетдінова Р.Х., Ісаков С.В.

**Резюме.** Розроблена система профілактики створює можливість зміни поширеного в теперішній час екстенсивного принципу профілактики принципом інтенсивним, який дозволяє сконцентрувати зусилля профілактичних дій на невеликому контингенті осіб реально потребуючих превентивної індивідуалізованої терапії.

**Ключові слова:** карієс, вегетативна нервова система, вітамін С

#### CARIES OF A TEETH AND WAYS OF ITS PREVENTIVE MAINTENANCE TO CONDITIONS OF INDUSTRIAL REGION

Isakova T.I., Zhemaletdinova R.H., Isakov S.V.

**Summary.** The developed system of preventive maintenance creates an opportunity to replace a distributed extensive principle of preventive maintenance by an intensive principle, allowing to concentrate efforts of preventive influences to a small contingent of the persons really demanding a preventive individualized therapy.

**Key words:** caries, vegetative nervous system, vitamin of C

*Отримано до редакції 01.03.13*

УДК 616.314.18-002.4-031.81-036.17-079

## **КОЭФФИЦИЕНТ ДЕСТРУКЦИИ ПЛОЩАДИ КОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ**

Ищенко П.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

***Резюме.** В статье показано практическое применение коэффициента деструкции площади кости при определении стабилизации процесса у пациентов, страдающих генерализованным пародонтитом. Описана и продемонстрирована методика его вычисления и использования. Коэффициент позволяет судить о правильности выбора ортопедической конструкции.*

***Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, коэффициент деструкции площади кости, ортопедические конструкции*

Генерализованный пародонтит – заболевание зубочелюстной системы, которое в возрасте от 30 до 60 лет встречается у 80-96% населения [1]. Это процесс, который требует как комплексного лечения и содействия терапевтов-стоматологов, ортопедов, хирургов-стоматологов, так и общетерапевтического лечения [2]. Особое место отводится и диагностике процесса, а также анализу состояния после лечебных мероприятий [3]. Для этого существуют всевозможные индексы и пробы: ИГ, РМА, ИПП по Копейкину, проба Кулаженко, определение поражения пародонта по Дедовой с помощью индекса периферического кровообращения и т.д. [4].

### **Материал и методы**

В работе занимались шинированием и восстановлением зубного ряда у пациентов, которые прошли терапевтический и хирургический курс лечения генерализованного пародонтита. Применяли показатели стабилизации процесса, основываясь на площади корней зубов у пациентов, расположенных в костной структуре. Задействовали новые конструкции шин и традиционные. Наблюдали, насколько стабильной оставалась площадь корней зубов в кости при разных конструкциях: заявленных и традиционных. Определили это с помощью коэффициента деструкции площади кости.

### **Результаты и их обсуждение**

Применяли миллиметровую сетку, нанесенную на пластмассовую пленку, которую прикладывали к ортопантограмме пациента. Такое мероприятие с пациентом проводили на момент исследования первично, потом через 3, 6 и 12 месяцев. В эти