

покрытием позволяет обеспечить формирование полноценного комплекса «имплантат – кость» в сроки от 3 до 4 месяцев в отличие от контрольной группы, где костеобразование по типу костной мозоли идет медленнее. Указанное выше положение позволяет утверждать следующее: бонитовое покрытие ПВХДИ обладает выраженными остеокондуктивными свойствами (активная репаративная регенерация кости в 3 и 6 месяцев) и является полностью биоинертным для организма, что позволяет использовать его в дентальной имплантации с сокращением сроков ортопедического этапа лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьянц Л. А. Использование препарата «цифран-СТ» в хирургической стоматологии для лечения и профилактики послеоперационных воспалительных осложнений / Л. А. Григорьянц, Л. Н. Герчиков, В. А. Бадалян, С. В. Сирак, А. Г. Григорьянц // Стоматология для всех. – 2006. – № 2. – С. 14–16.
2. Павлюченко И. И. Комплексная оценка состояния системы про-антиоксиданты в различных биологических средах у хирургических больных с гнойно-септическими осложнениями / И. И. Павлюченко, И. М. Быков, С. Р. Федосов (и др.) // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 6. – С. 82–83.
3. Перикова М. Г. Оценка влияния биоактивного покрытия винтовых дентальных имплантатов на сроки остеоинтеграции (экспериментально-морфологическое исследование) / М. Г. Перикова, С. В. Сирак, И. Э. Казиева, А. К. Мартиросян // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 35–35.

4. Сирак С. В. Влияние пористого титана на остеогенный потенциал клеток костного мозга *in vitro* / С. В. Сирак, А. А. Слетов, И. М. Ибрагимов, Б. А. Кодзоков // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – Т. 27. № 3. – С. 22–25.

5. Сирак С. В. Клинико-экспериментальное обоснование применения препарата «коллост» и биорезорбируемых мембран «Диплен-Гам» и «Пародонкол» при удалении ретенционных и дистопированных нижних третьих моляров / С. В. Сирак, А. А. Слетов, А. Ш. Алимов (и др.) // Стоматология. – 2008. – Т. 87. № 2. – С. 10–14.

6. Сирак С. В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов / С. В. Сирак, А. А. Слетов, К. С. Гандылян, М. В. Дагуева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Т. 21. № 1. – С. 51–54.

7. Слетов А. А. Экспериментальное определение регенераторного потенциала клеток костного мозга / А. А. Слетов, Р. В. Переверзев, И. М. Ибрагимов, Б. А. Кодзоков, С. В. Сирак // Стоматология для всех. – 2012. – № 2. – С. 29–31.

8. Способ костной пластики при непосредственной дентальной имплантации / С. В. Сирак, А. А. Долгалев, А. А. Слетов. Патент на изобретение RUS 2366378 07.04.2008.

9. Способ отсроченной дентальной имплантации / С. В. Сирак, А. А. Долгалев, А. А. Слетов. Патент на изобретение RUS 2366377 07.04.2008.

10. Способ костной пластики при удалении ретинированного зуба мудрости / С. В. Сирак, А. В. Федурченко, Т. Г. Мажаренко. Патент на изобретение RUS 2328224 05.02.2007.

Поступила 24.05.2013

И. А. СЛАВИНСКИЙ, Л. А. СКОРИКОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

*Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Ivan.A.Slavinsky@gmail.com*

У больных воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с железодефицитной анемией стандартное стоматологическое лечение оказывается неэффективным в большинстве случаев. Такие пациенты нуждаются в гематологической терапии основного заболевания и проведении курсов поддерживающего пародонтологического лечения.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, железодефицитная анемия, пародонтальные индексы.

I. A. SLAVINSKY, L. A. SKORIKOVA

THE EFFECTIVENESS OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE TREATMENT IN PATIENTS WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

*Chair of propaedeutics stomatology and preventive maintenance
of stomatologic diseases of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. E-mail: Ivan.A.Slavinsky@gmail.com*

In patients with inflammatory periodontal disease in aggregate with iron deficiency anemia standard dental treatment is ineffective in most cases. Such patients require hematologic therapy of the basic disease and the courses of supportive periodontal treatment.

Key words: gingivitis, periodontitis, iron deficiency anemia, periodontal indices.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что по распространенности воспалительные заболевания пародонта занимают 2-е место среди стоматологических заболеваний у лиц до 30 лет, а у пациентов старше 30 лет выходят на 1-е место, достигая 85–90% [1].

Воспалительные заболевания пародонта создают предпосылки к развитию в полости рта очагов хронической инфекции, утрате зубов, развитию острых и хронических заболеваний других органов и систем организма и, как результат, снижению качества жизни

и психологического состояния больных [5]. При этом ежегодно saniруется лишь 25% нуждающихся [4].

Большая роль в возникновении заболеваний пародонта принадлежит общесоматической патологии и функциональным нарушениям, которые снижают резистентность организма. К таким факторам относят эндокринные заболевания, ревматизм, гиповитаминозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитные состояния [2, 3, 6, 7].

Исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, показали тесную взаимосвязь стоматологической патологии с заболеваниями крови, в частности с железодефицитной анемией (ЖДА).

Установлено, что у больных с ЖДА появляются изменения в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета [10]. При железодефицитных состояниях снижается резистентность организма к инфекционно-воспалительным заболеваниям [8, 9].

В целом ряде исследований показано, что развитие и прогрессирование воспалительно-деструктивных процессов в пародонте обусловлены нарушенной функциональной активностью нейтрофилов [11]. Можно предположить, что нарушение защитной функции нейтрофильных лейкоцитов связано с дефицитом в организме железа, поскольку содержащиеся в цитоплазматической зернистости антибактериальные системы нейтрофилов имеют в своём составе железосодержащие ферменты.

Лечение заболеваний пародонта сопровождается участием специалистов различного профиля, является трудоемким и дорогостоящим, а при сочетании патологии пародонта с железодефицитными состояниями оно оказывается безуспешным в большинстве случаев. Все это обуславливает необходимость разработки четких критериев эффективности пародонтологического лечения у лиц с сопутствующей патологией.

Цель исследования – сравнение эффективности стандартных методов лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с нормальным уровнем гемоглобина крови и у больных с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 108 пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта. Все больные были разделены на 4 основные группы: 1-я группа – 39 больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и нормальным уровнем гемоглобина крови; 2-я группа – 34 больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и железодефицитной анемией; 3-я группа – 19 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести и нормальным уровнем гемоглобина крови; 4-я группа – 16 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести и железодефицитной анемией. Диагноз ЖДА подтвержден гематологическими анализами, а также определением уровня сывороточного железа, ферритина, насыщения трансферрина железом. Всем пациентам были проведены пародонтологическое лечение и последующая поддерживающая терапия на кафедре пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанского государственного медицинского университета и в стоматологической поликлинике № 3 г. Краснодара.

Результаты исследования и их обсуждение

До лечения пациенты 1-й и 2-й групп предъявляли жалобы на кровоточивость десен при приеме пищи и чистке зубов, боль в деснах, неприятный запах изо рта.

Больные 3-й и 4-й групп указывали на кровоточивость десен при приеме пищи и чистке зубов, изменение цвета и формы десны, неприятный запах изо рта, боли в деснах при приеме пищи и чистке зубов, подвижность и изменение положения зубов. Кроме того, больные 2-й и 4-й групп жаловались на чувство сухости слизистой оболочки полости рта, парестезии, извращение вкуса, головокружение и слабость.

При осмотре полости рта в первую очередь оценивался уровень гигиены. Для этого использовался индекс Грина-Вермильона, который до начала лечения имел следующие значения: 1-я группа – $2,04 \pm 0,03$ балла; 2-я группа – $2,08 \pm 0,17$ балла; 3-я группа – $3,58 \pm 0,07$ балла; 4-я группа – $3,44 \pm 0,15$ балла. У всех больных хроническим катаральным гингивитом были выявлены большое количество мягкого и пигментированного зубного налета, наддесневой зубной камень, а для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом было характерно значительное количество мягкого зубного налета и зубного камня на всех поверхностях зубов. Также у больных 3-й и 4-й групп были выявлены пародонтальные карманы глубиной от 3 до 5,5 мм, при пародонтите средней степени тяжести имелись подвижность зубов 1–2-й степени, смещение зубов в зубном ряду, деформации прикуса, изменение конфигурации десны.

У пациентов всех групп определялась в той или иной степени кровоточивость десен при зондировании. Для ее объективной оценки использовался индекс кровоточивости (Muhlemann), который в 1-й группе составлял $1,51 \pm 0,07$ отн. ед.; во 2-й группе – $2,26 \pm 0,15$ отн. ед.; в 3-й группе – $3,14 \pm 0,12$ отн. ед.; в 4-й группе – $3,72 \pm 0,21$ отн. ед.

С помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) оценивались интенсивность и границы воспалительного процесса в области десны. До начала лечения индекс РМА в первой группе составлял $42,2 \pm 2,2\%$; во второй группе – $54,5 \pm 1,3\%$; в третьей – $62,2 \pm 0,7\%$; в четвертой – $70,4 \pm 1,7\%$.

В качестве дополнительных методов обследования использовались прицельная дентальная рентгенография, панорамная рентгенография, компьютерная томография.

Для больных всех четырех групп была составлена комплексная программа пародонтального лечения. На первом этапе она включала в себя удаление зубных отложений ручным способом, с помощью ультразвукового скейлера и аппарата «Эйр-флоу» с последующим тщательным полированием зубов, пломбирование кариозных полостей, восстановление контактных пунктов. При наличии несостоятельных ортопедических конструкций рекомендовалась их замена. Проводилась местная противовоспалительная терапия. Профессиональная гигиена полости рта больным 1-й и 2-й групп осуществлялась в 1–2 посещения, а больным 3-й и 4-й групп – в 3 посещения. В эти же приемы проводилось обучение гигиене полости рта, рекомендовались средства индивидуальной гигиены полости рта, аппликации с гелем «метрогил дента», антисептические полоскания. На период лечения назначались поливитаминные комплексы, давались общегигиенические рекомендации: отказ от вредных привычек, рациональное питание.

Значение пародонтальных индексов до и после стандартного стоматологического лечения

№ группы	Индекс РМА, %			Индекс кровоточивости, отн. ед.		
	До лечения	Через 2 недели	Через 2 месяца	До лечения	Через 2 недели	Через 2 месяца
1	42,2±2,2	20,4±3,6	4,27±1,2	1,51±0,07	1,1±0,27	0,32±0,1
2	54,5±1,3	45±0,6	39,4±2,4	2,26±0,15	2,08±0,15	1,77±0,22
3	62,2±0,7	50±0,7	18±0,4	3,14±0,12	2,24±0,12	0,82±0,2
4	70,4±1,7	63±1,3	53±0,3	3,72±0,21	3,47±0,11	2,23±0,47

При контрольном осмотре через 2 недели после начала лечения больные 1-й группы отмечали уменьшение кровоточивости при чистке зубов и приеме пищи. Объективно наблюдалось уменьшение отека и гиперемии десневого края, индекс РМА составлял 20,4±3,6%, индекс кровоточивости был равен 1,1±0,27 отн. ед., индекс гигиены (ОHI-S) составлял 1,4±0,003 балла. Через 2 месяца у 82% больных этой группы наблюдалась ремиссия, индекс РМА составлял в среднем 4,27±1,2%, индекс кровоточивости снизился до 0,32±0,1 отн. ед., отмечался удовлетворительный уровень гигиены (индекс ОHI-S равен 1,0±0,003 балла). В повторном курсе пародонтологического лечения нуждались 18% больных, в основном лица с плохой гигиеной полости рта и не соблюдавшие все врачебные назначения.

Пациенты 2-й группы через 2 недели после начала лечения отмечали сохраняющиеся кровоточивость и боли в деснах, объективно сохранялись выраженный отек и гиперемия десневого края, индекс РМА снизился незначительно – до 45±0,6%, индекс кровоточивости составил 2,08±0,15 отн. ед., индекс гигиены ОHI-S – 1,6±0,01 балла. Через 2 месяца наблюдений отсутствие ремиссии наблюдалось у 83% больных этой группы даже при удовлетворительном уровне гигиены.

У больных 3-й группы через 2 недели отмечались уменьшение кровоточивости десен (индекс Muhlemann 2,24±0,12 отн. ед.), улучшение уровня гигиены (индекс ОHI-S составлял 1,8±0,003 балла), индекс РМА снизился до 50±0,7%, зубодесневые сосочки были физиологической конфигурации. При этом сохранялись пародонтальные карманы глубиной от 2 до 5,5 мм, подвижность зубов 1–2-й степени у больных пародонтитом средней степени тяжести.

В 4-й группе пародонтологическое лечение показало слабый эффект, даже на фоне улучшения уровня гигиены полости рта ОHI-S = 1,75±0,034 балла. Индекс кровоточивости остался на высоком уровне (3,47±0,11 отн. ед.), индекс РМА составил 63±1,3%.

Больным 3-й и 4-й групп было продолжено лечение: повторная профессиональная гигиена, противовоспалительная терапия, кюретаж пародонтальных карманов, при необходимости – ортопедическое лечение, шинирование подвижных зубов.

При осмотре через 2 месяца после начала лечения у 89,5% больных 3-й группы наблюдалась ремиссия, слизистая оболочка десны розового цвета, зубодесневые сосочки физиологической конфигурации, уменьшение глубины пародонтальных карманов, уменьшение подвижности зубов, индекс гигиены ОHI-S составил 1,2±0,03 балла, индекс РМА – 18±0,4%, индекс кровоточивости – 0,82±0,2 отн. ед.

У 73% пациентов 4-й группы через 2 месяца наблюдений отсутствовал стойкий эффект от проводимого лечения. Индекс кровоточивости снизился незначительно – до 2,23±0,47 отн. ед., индекс РМА в этой группе составил 53±0,3% (таблица).

Больные 2-й и 4-й групп с ЖДА были направлены на лечение основного заболевания у гематологов, также им был проведен повторный курс пародонтального лечения.

При осмотре через 4 месяца после начала лечения препаратами железа у 91% пациентов 2-й группы наблюдалась ремиссия патологии пародонта: отсутствовали признаки воспаления десневого края, индекс РМА составил 3,16±10,3%, индекс кровоточивости был равен 0,37±0,01 отн. ед.

В 4-й группе через 4 месяца лечения ЖДА ремиссия хронического генерализованного пародонтита была у 88% пациентов, наблюдалось уменьшение или отсутствие пародонтальных карманов, уменьшение признаков воспаления десны, индекс РМА был равен 14±0,3%, индекс кровоточивости снизился до 0,74±0,31 отн. ед.

Таким образом, эти данные свидетельствуют о неэффективности стандартного лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц с железodefицитными состояниями. Добиться положительного результата и стойкой ремиссии у таких больных возможно только при комплексной терапии, включающей лечение основного заболевания (ЖДА) врачом-гематологом и пародонтологическое лечение. Диспансерное наблюдение таких больных следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца с контролем основных пародонтологических индексов и обязательным проведением поддерживающей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян А. С., Грудянов А. И., Рабухина Н. А., Фролова О. А. Болезни пародонта. – М.: МИА, 2004. – 97 с.
2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 2009. – 336 с.
3. Кочкоян Т. С., Гаспарян А. Ф., Ладутько А. А., Быков И. М., Шалаева Г. В., Быкова Н. И. Процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной системы ротовой жидкости при различных степенях вторичной адентии // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 2 (116). – С. 46–50.
4. Леонтьев В. К. Структурные свойства смешанной слюны у лиц с ранними формами воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 2003. – № 4. – С. 32–34.
5. Образцов В. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 41–43.
6. Павлюченко И. И., Басов А. А., Орлова С. В., Быков И. М. Изменение активности ферментов антирадикальной защиты

как прогностический критерий развития и прогрессирования сахарного диабета // International journal on immunorehabilitation. – 2004. – Т. 6. № 1. – С. 14–19.

7. Павлюченко И. И., Быков М. И., Федосов С. Р., Басов А. А., Быков И. М., Моргоев А. Э., Гайворонская Т. В. Комплексная оценка состояния системы про-антиоксиданты в различных биологических средах у хирургических больных с гнойно-септическими осложнениями // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 6. – С. 82–83.

8. Сафуанова Г. Ш., Чепурная А. Н., Бакиров А. Б. Результаты исследования рецепторов активации иммунитета (HLA-DR, CD25, CD71), апоптоза (CD95) и стволовых клеток (CD34) у больных железодефицитной анемией // Клини. лаб. диагностика. – 2002. – № 10. – С. 15.

9. Сторожук П. Г., Сторожук А. П., Быков И. М. Свойство эритроцитов подавлять рост и размножение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (Открытие. Диплом № 251.) // В кн.: Потоцкий В. В. Регистрация научных открытий. – М., 2004. – С. 276–277.

10. Ekiz C., Agaoglu L., Karakas Z., Gurel N., Yalcin I. The effect of iron deficiency anemia on the function of the immune system // J. hematol. – 2005. – V. 5. № 7. – P. 579–583.

11. Havens A. M., Chiu E., Taba M., Wang J., Shiozawa Y., Jung Y., Taichman L. S. Stromal-derived factor-1alpha (CXCL12) levels increase in periodontal disease // J. periodontol. – 2008. – V. 79. № 5. – P. 845–853.

Поступила 03.05.2013

А. Г. ТИМОШЕНКО, Е. А. БРАГИН

СТРУКТУРА НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕВОМ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел. 8-928-321-78-04. E-mail: Ana-Timoshenko@yandex.ru

С целью изучения структуры нуждаемости лиц, проживающих в условиях 3 отделений геронтологического центра, в зубопротезировании выработали алгоритм оказания стоматологической помощи данному контингенту с подключением смежных специалистов.

Ключевые слова: структура, зубопротезирование, геронтологический центр.

A. G. TYMOSHENKO, E. A. BRAGIN

STRUCTURE TESTED IN ORTHOPEDIC DENTAL CARE OF PERSONS LIVING IN THE STAVROPOL REGIONAL GERONTOLOGY CENTER

Department of prosthodontics GBOU VPO «Stavropol state medical university» of the Ministry of health and social development, Russia, 355017, Stavropol, str. Mira, 310, tel. 8-928-321-78-04. E-mail: Ana-Timoshenko@yandex.ru

To study the structure of needs of persons living in 3 offices gerontology center in prosthetic dentistry persons allowed to develop algorithm of this category of dental care to connect related professionals.

Key words: structure, in prosthetic dentistry, gerontology center.

Актуальность

В соответствии с происходящими в мире демографическими процессами наблюдается резкое постарение населения. Если в 50-х гг. прошлого столетия доля лиц пожилого и старческого возраста составляла в нашей стране немногим более 15%, то в настоящее время она возросла до 25–30% [1]. Если процесс старения будет идти такими же темпами, к середине текущего столетия доля пожилых людей, по прогнозам, превысит в нашей стране 50%. В этой связи чрезвычайно актуальным становится вопрос сохранения здоровья, в том числе стоматологического, значительной части населения Российской Федерации.

Важной его составляющей, естественно, являются улучшение показателей ортопедического стоматологического статусов пожилых людей, восстановление целостности зубов и зубных рядов. Вполне понятен в

связи с этим интерес исследователей к данной проблеме, особенно проявившийся в последние годы. В проведенных исследованиях [2, 3, 4] поднимаются вопросы совершенствования оказания различных видов стоматологической, в том числе ортопедической, помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Цель исследования – разработать алгоритм оказания стоматологической помощи в условиях геронтологического центра.

Материалы и методы исследования

В краевом геронтологическом центре функционируют 3 отделения:

– отделение социальной адаптации, где проживают люди, способные к самообслуживанию и по мере возможности привлекаемые к трудотерапии;