

3. Егорова С.Н., Девятаев А.М. II Российский национальный конгресс. Человек и лекарство: Тез. докл. — М., 1995. — С. 136.

4. Николаев А.И. Особенности развития и лечения кариеса зубов и пародонта у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки: Автореф. ... канд. мед. наук. — Смоленск, 1998.

5. Сойхер М.Г. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта и воспалительными заболеваниями пародонта: Автореф. ... канд. мед. наук. — Ставрополь, 1998.

6. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С. Современные проблемы стоматологии/ Сб. тез. научн. тр. — М., 1999. — С. 250—252.

7. Щербakov П.Л. Материалы VII сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. — Нижний Новгород, 1998. — С. 31—33.

Поступила 10.04.01.

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN CHILDREN WITH *HELICOBACTER PYLORI* ASSOCIATED GASTRODUODENAL PATHOLOGY

R.Z. Urazova, N.Sh. Shamsutdinov

S u m m a r y

The efficiency of specific (1% metronidazole ointment based on the therapeutic and cosmetic agent "myustela") and nonspecific (2% sodium bicarbonate solution) treatment of inflammatory diseases of parodont with *Helicobacter pylori* in combined antihelicobacter therapy of gastroduodenal pathology in children is studied. The high efficiency of using specific antihelicobacter therapy in the treatment of inflammatory diseases of parodont in children is revealed.

УДК 612.75:612.015.31]—02:16/314—089.87

ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Г.Г. Салеева

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — доц. И.М. Андреев) Казанского государственного медицинского университета

В последние годы значительно возросло внимание к заболеваниям, частота которых нарастает у женщин в постменопаузальном периоде. К таким заболеваниям относится остеопороз (ОП), характеризующийся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, которые приводят к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов. Согласно современной классификации, выделяют 5 форм ОП, и постменопаузальная среди них является наиболее распространенной [1]. Потеря минеральной плотности костной ткани (МПКТ) происходит постепенно, и заболевание диагностируется поздно, уже при наличии переломов или других осложнений. Многочисленные эпидемиологические исследования показали различную распространенность ОП не только в разных странах, но и в отдельных регионах России [2, 5—7]. Региональные, возрастные, этнические особенности формирования пика костной ткани и темпы его последующего снижения, влияние различных факторов риска обуславливают специфику развития ОП. Необходимо отметить, что нарушение костного ремоделирования оказывает влияние также на интенсивность поражения тканей пародонта, вызывает развитие кариеса зубов [3, 4].

С учетом того, что ОП является системным заболеванием, протекающим в большинстве случаев на ранних стадиях бессимптомно, мы предположили, что он может влиять на процессы остеоинтеграции при дентальной имплантации.

Целью исследования являлось изучение частоты понижения МПКТ у пациенток, которым была показана дентальная имплантация.

МПКТ исследовали на ультразвуковом денситометре "ACHILES+" фирмы "LUNAR" и количественно выражали в виде Т-критерия (отношение фактической костной плотности у данной пациентки к пиковой костной плотности у здоровых женщин в возрасте 25—30 лет), рассчитываемого в процентах и выражаемого в стандартных отклонениях (SD). Нормальными считались значения Т-критерия от 1 до -1 SD включительно, остеопению диагностировали при значениях Т-критерия от -1,1 до -2,5 SD, остеопороз при значениях менее -2,5 SD. Всего обследовано 427 пациенток в возрасте старше 35 лет, которым не была противопоказана дентальная имплантация. Обследованные были распределены по возрастным группам и по продолжительности менопаузы (см. табл.). В 22,3% случаев снижение МПКТ определялось уже в возрастной группе от 35 до 45 лет

Распределение пациенток по возрасту и продолжительности менопаузы

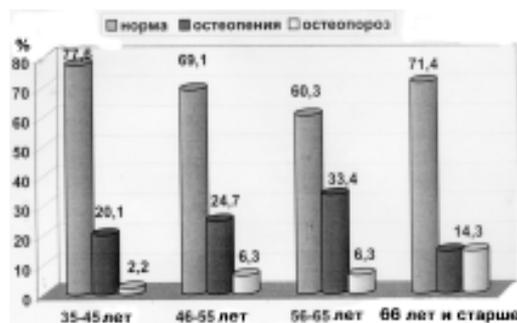
| Продолжительность менопаузы | Возраст, лет | | | | Всего |
|-----------------------------|--------------|-------|-------|-----------------|-------|
| | 35—45 | 46—55 | 56—65 | 66 лет и старше | |
| Нет | 122 | 35 | 1 | — | 158 |
| < 5 лет | 8 | 88 | 16 | — | 112 |
| > 5 лет | 4 | 92 | 27 | 1 | 124 |
| 10 лет | — | 8 | 19 | 6 | 33 |
| Всего | 134 | 223 | 63 | 7 | 427 |

и у пациенток до наступления менопаузы (см. рис.): остеопения — в 20,1%, ОП — в 2,2%. Существенным обстоятельством, по нашему мнению, является то, что ОП в этой подгруппе выявлялся у пациенток, имеющих более одного ребенка, а также при продолжительном периоде грудного вскармливания. Снижение МПКТ в подгруппе до наступления менопаузы установлено в 23 случаях: в одном — ОП, в 22 — остеопения, в подгруппе с продолжительностью менопаузы менее 5 лет в одном случае был выявлен ОП, в 2 — остеопения и при менопаузе более 5 лет в одном случае диагностирован ОП, в 3 — остеопения.

В возрастной группе от 46 до 55 лет снижение МПКТ было определено в 31% случаев (в 7 — до наступления менопаузы на стадии остеопении, в 26 — при продолжительности менопаузы до 5 лет, в 20 — на стадии остеопении, в 6 — на стадии ОП, в 33 — при продолжительности менопаузы более 5 лет, в том числе у 7 из них на стадии ОП, в 3 — при продолжительности менопаузы более 10 лет, из них в одном случае была стадия ОП).

В возрастной группе от 56 до 65 лет снижение МПКТ по Т-критерию определялось у 39,7% обследованных: у 6,4% — на стадии ОП, у 3,3% — остеопении. При этом снижение МПКТ в подгруппе до наступления менопаузы отмечалось в одном случае; с продолжительностью менопаузы менее 5 лет — в 5 случаях на стадии остеопении и в одном — на стадии ОП; с продолжительностью менопаузы более 5 лет у одной пациентки — на стадии ОП и у 8 — остеопении; с продолжительностью менопаузы более 10 лет в 7 случаях была остеопения и в 2 — ОП.

В возрастной группе 66 лет и старше снижение МПКТ определялось в 28,6% случаев; остеопения и ОП — по одному случаю с менопаузой более 5 лет и более 10 лет.



Показатели МПКТ у обследованных по возрастным группам.

Таким образом, изучение МПКТ показало, что у 29,5% обследованных пациенток после 35 лет диагностируется ее снижение (у 7,3% пациенток в пременопаузальном периоде), что может влиять на остеоинтеграцию дентальных имплантатов. Наряду с определением МПКТ системным методом, необходимо совершенствование пока еще недостаточно используемых способов оценки минерализации челюстных костей. Тем не менее наши данные дают основание рекомендовать включение в план обследования женщин старше 35 лет при дентальной имплантации определение МПКТ для выявления необходимости коррекции минерального обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марченкова Л.А. // Остеопороз и остеопатии. — 2000. — № 3. — С. 2—5.
2. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. и др. // Остеопороз и остеопатии. — 1999. — № 3. — С. 2—6.
3. Нейко Н.В., Павлюк Т.Д. и др. // Проблемы остеологии. — 1999. — № 3. — С. 89.
4. Сороцкая В.Н., Беседина Е.А. III Российский симпозиум по остеопорозу. — СПб, 2000. - С. 85.
5. Johnell O., Gulberg E. et al. // Osteoporosis Int. — 1992. — Vol. 2. — P. 289—302.
6. Lyritis G.P. et al. // Osteoporosis Int. — 1996. — Suppl. 3. — P. 11—15.
7. Schwarts A.V., Kelsey J.L. et al. // Osteoporosis Int. — 1999. — Vol. 9. — P. 242—253.

Поступила 13.03.03.

STUDY OF MINERAL DENSITY OF BONE TISSUE IN PLANNING OF DENTAL IMPLANTATION

G.T. Saleeva

Summary

The rate of decreasing of mineral density of bone tissue which can have effect on osteointegration of dental implants in patients is studied. Determination of mineral density of bone tissue in women over 35 planning dental implantation is recommended.