

разногласием в показателях качества жизни и социального функционирования является прогностически неблагоприятным признаком и позволяет предполагать рецидивирование. Пациенты характеризовались частыми личностными девиациями в преморбиде, что находило отражение в раннем формировании заболевания, преобладанием высоко прогрессивного течения, отсутствием ремиссий в анамнезе. В ходе стационарного лечения сохранялось длительное некупируемое влечение к ПАВ, которое проявлялось выраженными аффективными и поведенческими нарушениями. К концу стационарного лечения у большей части больных наблюдалась формальная установка на трезвый образ жизни, обращали на себя внимание выраженные изменения личности. В этой группе больных по всем показателям социальное функционирование было хуже, чем у больных первой группы ($p < 0,001$). Полученные данные подтвердили, что социальное функционирование больных ухудшается в зависимости от тяжести клинических проявлений заболевания.

Совокупность субъективных и объективных данных позволяет выделять целевые категории пациентов с определенными задачами по проведению психосоциальных (реабилитационных) мероприятий и определенных форм социальной поддержки. Особенно важное значение это приобретает в структуре реабилитационных мероприятий.

Поступила 10.09.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараненко А. В., Калиниченко О. Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинський вісник психоневрології. 2003. Т. 11, вип. 2. С. 68–71.

2. Бараненко А. В. Показатель качества жизни как критерий поддерживающей терапии при алкогольной зависимости (обзор) // Новости харьковской психиатрии 2004; Харьков, 2004. Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/articles/paper120.htm>.

3. Бурковский Г. В., Кабанов М. М., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченков А. С. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных. [Электронный ресурс].

4. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems // Eval. Prog. Plann. 1982. № 5 (1). P. 69–79.

5. Foster J. H., Peters T. J., Marshall E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // Alcohol. 2000. Vol. 22, № 1. P. 45–52.

6. Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000. Vol. 24, № 11. P. 1687–1692.

7. Kraemer K. L., Maisto S. A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A. J., Kelley M. E. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // J. Gen. Intern. Med. 2002. Vol. 17, № 5. P. 382–386.

8. Kleban M., Lowton M. P., Winter L., Ruckdeschel K. Affect and quality of life: objective and subjective. // J. Aging. Health. 1999. May, № 11 (2). P. 169–198.

9. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. 2001. Vol. 35, № 6. P. 1057–1070.

10. Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker S. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // Psychiatr. Prax. 2002. Vol. 29, № 7. P. 364–368.

А. Н. БОНДАРЕНКО, Э. В. ДРАГАН

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКТОВЕГИНА ПРИ САНАЦИИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ, ЛЕЧЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОФФЕРДАМА

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

*Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Кубанонабережная, 52/1. E-mail: dentaklass@mail.ru*

Проведенное лечение и обследование 48 стоматологических больных показали, что дополнительное включение актовегина в комплекс лечебных мероприятий при профилактической санации пародонта зубов, леченных с применением коффердама, позволило на $3,72 \pm 0,11\%$ дня сократить сроки санации, снизить на $8,33 \pm 0,5\%$ количество непосредственных и на $7,95 \pm 0,6\%$ — отдаленных осложнений и повысить суммарную эффективность проводимого лечения на $12,5 \pm 0,9\%$.

Ключевые слова: саливоизоляция, пародонт, коффердам.

A. N. BONDARENKO, E. V. DRAGAN

CLINICAL EFFICIENCY OF ACTOVEGIN APPLICATION FOR SANATION OF PARODONT WHICH ARE TEETH TREATED WITH COFFERDAM APPLICATION

Chair of stomatology Kuban State Medical University,

Russia, Krasnodar of street Kubanonaberezhnaja 52/1, e-mail: dentaklass@mail.ru

The carried out treatment and diagnostic study of 48 stomatologic patients, has shown additional inclusion of Actovegin in a complex et medical actions will prophylactic sanation et parodont which are teeth treated with cofferdam, has allowed to reduce sanation terms on $3,72 \pm 0,11\%$

of day, to reduce the quantity of direct complications to $8,33 \pm 0,5\%$ and remote complications on $7,95 \pm 0,6\%$ and finally to increase the total efficiency of carried out treatment on $12,5 \pm 0,9\%$.

Key words: salivaisolation, parodont, cofferdam.

Одним из важных способов повышения качества эндодонтического лечения является обеспечение проведения стоматологических манипуляций в условиях сухого операционного поля, то есть надежной саливо-изоляции зоны стоматологического вмешательства [4, 6, 7, 8, 9, 10].

Наиболее надежным средством саливоизоляции на сегодняшний день признан коффердам [10]. Однако при наличии множества безусловных достоинств (хирургическая стерильность операционного поля, ретракция и защита мягких тканей полости рта, защита пациента от аспирации инструментов и орошающих растворов, хороший обзор рабочего поля) применение коффердама имеет и ряд недостатков, которые могут не только снизить эффективность его применения, но и вызвать целый ряд дополнительных ятрогенных осложнений [1, 2, 3]. К таким осложнениям относится травма пародонта зубов, возникающая в процессе их лечения, вызванная давлением самой мембраны коффердама и накладываемых поверх нее фиксирующих пружинных кламмеров (клампов), которая может при-

вести к нарушению микроциркуляции и возникновению воспалительного процесса в тканях пародонта. Поэтому поиск эффективных методов лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта является актуальной проблемой.

Цель исследования — оценить результаты санации пародонта зубов, леченных с наложением коффердама, при дополнительном местном применении актовегина.

Материалы и методы исследования

Были проведены лечение и обследование 48 больных в возрасте 25—45 лет, которым проводилось лечение зубов с применением коффердама. Все пациенты перед началом лечения патологии пародонта не имели. Мужчин и женщин было примерно поровну: 23 и 25 человек соответственно.

Все виды лечебных манипуляций и фармакотерапии назначались и проводились исключительно по информированному добровольному согласию пациентов.

Результаты индексной оценки динамики состояния пародонта зубов у здоровых пациентов (группа 1 и 2)

Группа	Исследуемый показатель	Ед. изм	Сроки наблюдения						
			До начала лечения	Через 1 сутки	Через 3 суток	Через 7 суток	Через 14 суток	Через 28 суток	Через 12 месяцев
1-я — основная	Индекс Н. Kötzhshke	у. е.	0	$2,05 \pm 0,11^{**}$	$0,9 \pm 0,02^{**}$	$0,6 \pm 0,02^{**}$	$0,12 \pm 0,04^{**}$	0	0
	P	у. е.	0	$0,41 \pm 0,02^{**}$	$0,36 \pm 0,01^{**}$	$0,22 \pm 0,01^{**}$	0	0	0
	M	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	A	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	B	у. е.	0	$0,48 \pm 0,01^{**}$	$0,54 \pm 0,03^{**}$	$0,38 \pm 0,01^{**}$	$0,12 \pm 0,06^{**}$	0	0
	T	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	L	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	R	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	I	у. е.	0	$1,16 \pm 0,02^{**}$	0	0	0	0	0
	ИМП	у. е.	$1,00 \pm 0,04^{**}$	$1,12 \pm 0,02^{**}$	$1,14 \pm 0,07^{**}$	$0,88 \pm 0,16^{***}$	$1,00 \pm 0,04^{**}$	$1,00 \pm 0,04^{**}$	$1,00 \pm 0,04^{**}$
	R-оценка пародонта	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
2-я — сравнения	Индекс Н. Kötzhshke	у. е.	0	$4,24 \pm 0,28^{**}$	$4,74 \pm 0,61^{**}$	$3,82 \pm 0,28^{**}$	$2,92 \pm 0,09^{**}$	$2,35 \pm 0,14^{**}$	$2,07 \pm 0,16^{**}$
	P	у. е.	0	$1,10 \pm 0,04^{**}$	$1,12 \pm 0,04^{**}$	$0,86 \pm 0,02^{**}$	$0,48 \pm 0,02^{**}$	$0,32 \pm 0,02^{**}$	$0,21 \pm 0,01^{**}$
	M	у. е.	0	$1,34 \pm 0,04^{**}$	$1,42 \pm 0,03^{**}$	$1,10 \pm 0,02^{**}$	$0,96 \pm 0,02^{**}$	$0,61 \pm 0,03^{**}$	$0,32 \pm 0,01^{**}$
	A	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	B	у. е.	0	$0,64 \pm 0,02^{**}$	$0,72 \pm 0,02^{**}$	$0,52 \pm 0,03^{**}$	$0,36 \pm 0,01^{**}$	$0,38 \pm 0,02^{**}$	$0,42 \pm 0,03^{**}$
	T	у. е.	0	0	0	0	0	0	$0,12 \pm 0,01^{**}$
	L	у. е.	0	0	0	0	0	0	0
	R	у. е.	0	0	0	0	0	$0,62 \pm 0,03^{**}$	0
	I	у. е.	0	$1,16 \pm 0,02^{**}$	$1,48 \pm 0,06^{**}$	$1,36 \pm 0,08^{**}$	$1,12 \pm 0,02^{**}$	$0,42 \pm 0,03^{**}$	$0,42 \pm 0,02^{**}$
	ИМП	у. е.	$1,00 \pm 0,03^{**}$	$1,28 \pm 0,04^{**}$	$1,34 \pm 0,08^{**}$	$1,12 \pm 0,03^{**}$	$1,14 \pm 0,04^{**}$	$1,10 \pm 0,03^{**}$	$1,12 \pm 0,02^{**}$
	R-оценка пародонта	у. е.	0	0	0	0	0	0	$0,22 \pm 0,01^{**}$

Для наблюдения и получения данных пациенты были распределены на две группы:

1-я — основная группа, в которой пациенты наряду с традиционной комплексной терапией получали дополнительное лечение актовегином в виде местных аппликаций 20%-ного геля с изоляцией препарата от слюны индивидуальной полиэтиленовой каппой; процедуры проводились 3 раза в день по 20 минут, ежедневно, в течение 10 дней.

2-я — группа сравнения, в которой комплексные лечебные мероприятия проводились по традиционной схеме.

Сбор данных и оценка эффективности и качества проведенного лечения были проведены путем мониторинга состояния пародонта леченых зубов по показателям комплексного индекса Н. Кötzhshke; интегрального показателя микроциркуляции (ИПМ) и рентгенологической оценки состояния пародонта. Мониторинг проводился отдельно по группам и подгруппам наблюдения.

Для получения суммарной оценки темпов и векторов развития изменения микроциркуляции в тканях пародонта рассчитывался интегральный показатель микроциркуляции — ИПМ, в котором количественная оценка (темп развития) представлена как соотношение результата, полученного на момент обследования, к показателям микроциркуляции в норме, которые приняты за «1»; векторы развития указывались «+» (выше нормы) и «-» (меньше нормы).

Статистический анализ результатов исследования проведен на компьютере с использованием прикладных статистических программ. За достоверные различия в сравнении средних величин в парных сравнениях использовался *t*-критерий Стьюдента при $p < 0,05$. Если распределение изучаемых параметров не соответствовало нормальному (Гауссовому) распределению, то применялся непараметрический метод и сравнение велось по критерию Уилкоксона–Манна–Уитни. Корреляционный анализ производился с использованием коэффициентов корреляции Пирсона.

При малом числе наблюдений, когда общая статистическая совокупность дробилась на группы, достоверность результатов рассчитывалась с использованием одностороннего варианта точного критерия Фишера. Различия признавались значимыми при доверительной вероятности $p < 0,05$. При составлении таблиц уровень статистической достоверности указывался условными обозначениями из различного количества *, где:

$X_{0,00 \pm x_{0,00}^*}$ — уровень значимости от контроля $p < 0,01$ по *t*-критерию;

$X_{0,00 \pm x_{0,00}^{**}}$ — уровень значимости от контроля $p \leq 0,05$ по *t*-критерию;

$X_{0,00 \pm x_{0,00}^{***}}$ — уровень значимости от контроля и исходного уровня $p > 0,05$ по *t*-критерию: такой результат оценивался как статистически не достоверный.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты мониторинга состояния пародонта зубов, леченных с применением коффердама, у пациентов группы 1 со здоровым пародонтом приведены в таблице 1, в которой использованы следующие сокращения названий показателей, составляющих индекс Н. Кötzhshke: Р — воспаление десневого сосочка; М — воспаление края десны; А — воспаление края десны; В — степень кровоточивости; Т — глубина кармана; L — степень подвижности зубов; R — степень ретракции

десны; I — йодное число Свракова; R-оценка — рентгенологическая оценка; ИМП — интегральный показатель микроциркуляции.

Результаты обследования пациентов основной группы 1 показали, что до начала лечения все исследуемые показатели индекса Н. Кötzhshke были равны 0, а интегральный показатель микроциркуляции — 1,00, что соответствовало показателям здорового пародонта.

Через сутки индекс Н. Кötzhshke возрос на 2,05 у. е. за счет повышения составляющих его показателей: Р = 0,41 у. е., В = 0,48 у. е., I = 1,16 у. е., М, А, Т, L и R = 0.

Через 3 суток индекс Н. Кötzhshke снизился на 1,15 у. е. за счет снижения показателей: Р — на 0,05 у. е. и I — на 1,16 у. е., при незначительном росте В — на 0,06 у. е. и сохранении показателей М, А, Т, L и R = 0.

Через 7 суток индекс Н. Кötzhshke продолжал плавное снижение — на 0,3 у. е. за счет снижения показателей: Р — на 0,14 у. е., В — на 0,16 у. е.; при этом остальные составляющие показатели были равны 0.

Через 14 суток индекс Н. Кötzhshke снизился еще на 0,48 у. е. и не имел как показатель статистически достоверного различия от параметров нормы.

Через 28 суток индекс Н. Кötzhshke и все составляющие его показатели были равны 0, т. е. находились в состоянии нормы.

При контрольном осмотре пациентов через 12 месяцев все показатели индекса Н. Кötzhshke были равны 0.

Анализ результатов мониторинга интегрального показателя микроциркуляции показал его незначительный рост — на 0,12 у. е. через сутки; сохраняющийся минимальный рост на 0,02 у. е. через 3 суток и умеренное снижение на 0,26 через 7 суток. После 14 суток и при контрольном осмотре через 12 месяцев интегральный показатель микроциркуляции был равен 1,00 у. е., т. е. находился в состоянии нормы.

Рентгенологические исследования пародонта леченых зубов во все сроки наблюдения признаков патологии не выявили.

У пациентов группы сравнения 2 было установлено, что до начала лечения индекс Н. Кötzhshke был равен 0, что соответствовало оценке здорового пародонта.

Но уже через 1 сутки наблюдения рост составил 4,24 у. е., что соответствовало легкой степени катарального гингивита, причем в отличие от показателей пациентов группы 1 совокупный индекс повысился за счет показателей Р — на 0,5 у. е., М — на 1,34 у. е., В — на 0,64 у. е. I — на 1,16 у. е. при сохранении уровня показателей А, Т, L и R равными 0.

Через 3 суток сохранялась тенденция к незначительному росту показателей. Так, индекс Н. Кötzhshke вырос на 0,5 у. е., хотя по отдельным показателям рост не имел статистически достоверных значений: Р — на 0,02 у. е., М — на 0,08 у. е., В — на 0,08 у. е., I — на 1,16 у. е.; остальные показатели сохранялись на нулевом уровне.

Через 7 суток отмечено плавное снижение совокупного индекса Н. Кötzhshke на 0,92 у. е., что произошло за счет относительно равномерного снижения составляющих его показателей, в том числе: Р — на 0,26 у. е., М — на 1,32 у. е., В — на 0,20 у. е.; уровень снижения показателя не имел статистически достоверного значения и был в пределах 0,12 у. е., остальные показатели сохранялись на уровне 0.

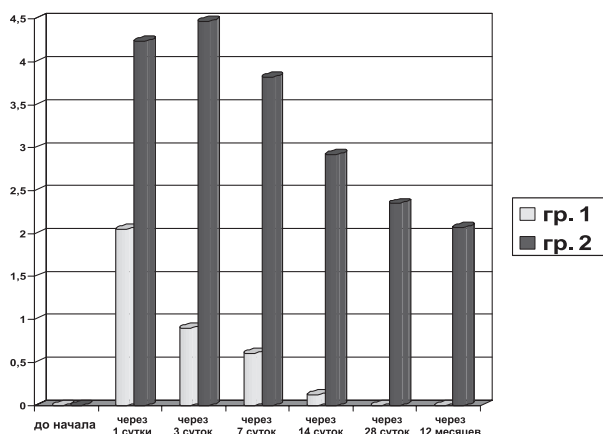


Рис. 1. Динамика состояния пародонта леченых зубов у пациентов по индексу Н. Kötzhshke

Через 14 суток тенденция постепенной нормализации показателей сохранялась. В этот период совокупный индекс Н. Kötzhshke снизился еще на 0,90 у. е. за счет снижения показателей Р — на 0,38 у. е., М — на 0,14 у. е., В — на 0,16 у. е. и I — на 0,24 у. е. при сохранении остальных показателей на уровне нуля.

Эта же тенденция сохранялась и через 28 суток. Совокупный индекс Н. Kötzhshke снизился на 0,57 у. е.; показатели Р — на 0,16 у. е., М — на 0,35 у. е., I — на 0,70 у. е.; отмечен рост показателей В — на 0,02 у. е., который не имел статистической достоверности, и R — на 0,62 у. е.

При контрольном осмотре через 12 месяцев установлено сохранение как совокупного индекса Н. Kötzhshke, так и составляющих его показателей на уровне, наблюдавшемся при окончании периода активной терапии, что свидетельствует о наличии умеренного воспалительного процесса в пародонте леченых зубов, начавшегося уже через одни сутки после проведенного лечения исследуемого зуба.

Подтверждением этому может служить и динамика темпа развития интегрального показателя микроциркуляции, при мониторинге которого выявлен прирост на 28% через одни сутки и на 34% — через 3 суток; после этого в остальные сроки наблюдения: 7, 14 и 28 суток — интегральный показатель микроциркуляции сохра-

нялся на уровне 10—14% выше нормы. Аналогичные данные получены и при контрольном осмотре через 12 месяцев наблюдения.

Проведение контрольного рентгенологического обследования выявило наличие умеренных нарушений в краевом пародонте зубов, леченных с применением коффердама, выражавшееся в основном умеренной резорбцией верхушек костных межзубных перегородок.

Проведенная сравнительная оценка динамики состояния пародонта леченых зубов по стандартному индексу Н. KÖTZSHKE выявила значительную разницу показателей у пациентов исследованных групп: основной (1) и сравнения (2), которые представлены на рисунке 1.

Представленные данные наглядно демонстрируют, что при равном исходном значении обоих показателей, равных нулю, уже через 1 сутки показатель основной подгруппы оказывается вдвое меньшим, чем в группе сравнения (2,05 и 4,24 у. е. соответственно), что свидетельствует о более благоприятном развитии воспалительного процесса у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения.

Через 3 суток наблюдения эта тенденция не только сохраняется, но и отмечается заметное снижение показателя в основной группе, в то время как в группе сравнения он незначительно возрос (0,7 и 4,74 у. е. соответственно), что свидетельствует о прекращении воспалительного процесса у пациентов основной группы и его продолжающемся развитии у пациентов группы сравнения.

Через 7 суток отмечено синхронное снижение показателей в обеих группах, однако разница показателей сохраняется существенной, и если в основной группе показатели близки к норме, то в группе сравнения они еще довольно высоки и свидетельствуют о сохранении признаков воспаления.

Через 14 и 28 суток показатели в основной группе находятся в пределах нормы, но в группе сравнения они сохраняются на повышенном уровне, свидетельствующем об умеренных признаках хронического воспаления.

При контрольном обследовании пациентов через 12 месяцев отмечены нормальное состояние тканей пародонта у пациентов основной группы и хроническое воспаление легкой степени у пациентов группы сравнения.

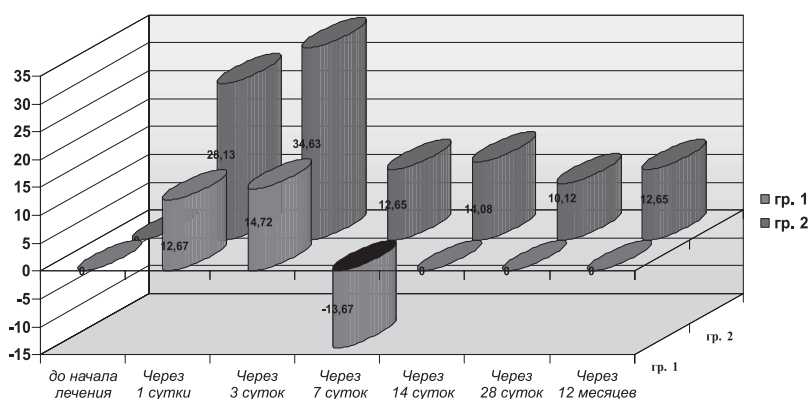
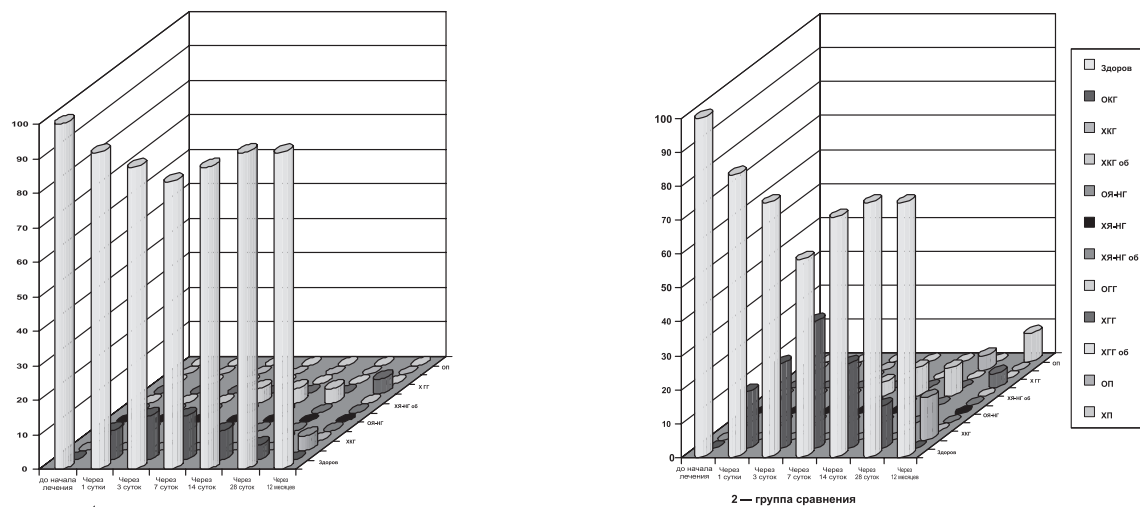


Рис. 2. Темп и векторы изменения интегрального показателя микроциркуляции в тканях пародонта леченых зубов у пациентов по результатам ЛДФ, у. е.



**Рис. 3. Структура клинического состояния пародонта
леченных зубов у пациентов групп 1 и 2, %**

Значительная разница показателей в сравниваемых группах наблюдения установлена при сравнительном анализе темпа и векторов изменения интегрального показателя микроциркуляции в тканях пародонта зубов, леченных с применением коффердама, у пациентов группы 1 с изначально здоровым пародонтом. Сведения приведены на рисунке 2.

Из приведенных сведений видно, что динамика течения процессов микроциркуляции совпадает с динамикой показателей интегрального индекса Н. Kötzhke и, по сути, является их патогенетическим обоснованием.

Так, до начала лечения и наблюдения показатели интегрального показателя микроциркуляции в обеих группах находятся в состоянии нормы, равны между собой и приняты нами за нулевую точку отсчета темпа и векторов развития. Но уже через 1 сутки наблюдения происходит их заметный рост, причем показатели в группе сравнения значительно (в 2,2 раза) выше, чем в основной группе, что свидетельствует о выраженной гиперемии тканей пародонта леченных зубов.

Аналогичное соотношение показателей наблюдается и через 3 суток наблюдения, но при этом происходит их умеренный рост в пределах 10–15%.

Через 7 суток наблюдения происходит кардинальное изменение картины за счет резкого, трехкратного снижения интегрального показателя микроциркуляции — как в основной группе с отрицательным вектором его развития, так и в группе сравнения с сохранением у него положительного вектора.

На 14 и 28 суток в основной группе интегральный показатель микроциркуляции полностью возвращается к состоянию физиологической нормы, а в группе сравнения средний интегральный показатель микроциркуляции хотя и незначительно превышает показатели физиологической нормы, но происходит это в основном за счет более высоких показателей у 25% больных, т. е. у 70–75% пациентов эти показатели находятся в пределах физиологической нормы.

Сохраняющееся при контрольном обследовании через 12 месяцев повышенное среднее значение интегрального показателя микроциркуляции также связано с разницей показателей у лиц со здоровым пародонтом (75,0%) и наличием его патологии (25%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии изменений кровотока в пародонте зубов, леченных с применением коффердама, в течение практически всего периода наблюдения. Такие изменения могут, с одной стороны, служить признаком наличия в тканях пародонта нарушений кровоснабжения, а с другой, сами явиться основой патогенеза развития патологии пародонта.

Аналогичные результаты получены при исследовании структуры клинического состояния пародонта зубов, леченных с помощью коффердама.

Полученные данные показали, что в основной группе 1 (рис. 3) во все сроки наблюдения у подавляющего большинства больных патологии пародонта леченных зубов не установлено, о чем свидетельствует количество здоровых — 100,00% до начала лечения; $91,67 \pm 4,1\%^{**}$ — через 1 сутки; $87,50 \pm 5,2\%^{***}$ — через 3 суток; $83,33 \pm 5,9\%^{**}$ — через 7 суток; $87,50 \pm 5,3\%^{**}$ — через 14 суток; $91,67 \pm 4,9\%^{**}$ — через 28 суток.

В этой группе случаи осложнений были единичными и носили преимущественно характер острого катарального гингивита; $8,33 \pm 0,4\%^{**}$ — через 1 сутки; $12,50 \pm 0,8\%^{**}$ — через 3 суток; $12,50 \pm 0,8\%^{**}$ — через 7 суток; $8,33 \pm 0,4\%^{**}$ — через 14 суток и $4,17 \pm 0,7\%^{***}$ — через 28 суток.

Был отмечен единичный случай ($4,17 \pm 1,1\%^{***}$) заболевания острым гипертрофическим гингивитом, который был зарегистрирован на 7, 14 и 28-е сутки наблюдения.

При контрольном осмотре через 12 месяцев установлено, что $91,67 \pm 3,2\%^{**}$ пациентов были здоровы; в $4,17 \pm 1,1\%^{***}$ случаев был поставлен диагноз «хронический катаральный гингивит» и в аналогичном количестве — «хронический гипертрофический гингивит».

Анализ показателей пациентов группы сравнения 2 выявил большее количество разнообразных осложнений в пародонте леченных зубов. Так, количество лиц со здоровым пародонтом, составлявшее до начала лечения 100,00%, затем начало снижаться и составило по срокам наблюдения: $8,33 \pm 3,2\%^{**}$ — через 1 сутки, $75,00 \pm 3,8\%^{**}$ — через 3 суток; $58,33 \pm 3,1\%^{**}$ — через 7 суток; $70,83 \pm 4,9\%^{**}$ — через 14 суток и $75,00 \pm 3,9\%^{**}$ — через 28 суток.

Соответственно выше было и количество случаев заболеваний тканей пародонта леченых зубов. Так, через 1, 3, 7, 14 и 28 суток были отмечены случаи острого катарального гингивита ($16,67 \pm 1,1\%^{**}$, $25,00 \pm 1,7\%^{**}$, $37,50 \pm 1,9\%^{**}$, $25,00 \pm 1,7\%^{**}$, $12,50 \pm 0,9\%^{**}$ соответственно).

Кроме того, через 7, 14 и 28 суток были выявлены пациенты с острым гипертрофическим гингивитом ($4,17 \pm 0,9\%^{***}$, $8,33 \pm 0,7\%^{**}$ и $8,33 \pm 0,6\%^{**}$ соответственно), а через 28 суток был выявлен случай возникновения острого локального пародонтита.

При контрольном обследовании через 12 месяцев было установлено, что число лиц со здоровым пародонтом зубов, леченных с применением коффердама, в основной группе (получавшей дополнительное лечение актовегином) выше на $16,67 \pm 1,9\%^{**}$, чем в группе сравнения; кроме того, помимо $12,50 \pm 0,7\%^{**}$ случаев хронического катарального гингивита и $4,17 \pm 1,0\%^{***}$ случаев хронического гипертрофического гингивита было выявлено $8,33 \pm 0,6\%^{**}$ пациентов с хроническим локальным пародонтитом.

Таким образом, проведенное исследование показало, что дополнительное включение актовегина в комплекс лечебных мероприятий при профилактической санации пародонта зубов, леченных с применением коффердама, позволило на $3,72 \pm 0,11\%^{**}$ дня сократить сроки санации, снизить на $8,33 \pm 0,5\%^{**}$ количество непосредственных и на $7,95 \pm 0,6\%^{**}$ — отдаленных ос-

ложнений и повысить суммарную эффективность проводимого лечения на $12,5 \pm 0,9\%^{**}$.

Поступила 10.09.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Балин В. Н., Иордановиц А. К., Ковалевский А. К. Практическая периодонтология. СПб: Питер, 1995. 275 с.
2. Барер Г. М., Лемецкая Т. И. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение: Учебно-методическое пособие. М., 1996. 86 с.
3. Грудянов А. И. Болезни пародонта, их лечение и профилактика // Стоматология для всех. 1997. № 1. С. 21—23.
4. Дубова М. А., Салова А. В., Хиора Ж. П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. СПб, 2005. 110 с.
5. Маланин И. В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта: Монография. Краснодар: издательский дом «Плехановец». 2004. 144 с.
6. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. Смоленск: СГМА, 1999.
7. Радлинский С. В. Восстановление длины передних зубов // Дент Арт. 2003, № 1. С. 34—40.
8. Чиликин В. Н. Новейшие технологии в эстетической стоматологии. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 200 с.
9. Фишер Д. Защищать, нейтрализовать, покрывать, изолировать // Клин. стомат. 2004, № 3. С. 69.
10. Козн С., Бернс Р. Эндодонтия. СПб: Интерлайн. 2000. 450 с.

А. Н. БОНДАРЕНКО, Э. В. ДРАГАН

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ «САЛИВОИЗОЛИРУЮЩЕЙ КАППЫ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ

*Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул.Кубанонабережная, 52/1*

Полученные в процессе лечения и обследования 80 стоматологических больных данные показали высокую эффективность разработанного устройства. Установлено, что при его применении на 15,6—27,6% снижается количество побочных реакций и на 1,3—28,0% уменьшается количество воспалительных осложнений.

Ключевые слова: саливоизоляция, пародонт, коффердам, саливоизолирующая каппа.

A. N. BONDARENKO, E. V. DRAGAN

THE RESULTS OF CLINICAL APPLICATION OF IMPROVED «SALIVAISSOLATION CAPPA» WITH TREATMENT OF TEETH

*Chair of stomatologye Kuban State Medical University
The Department of Stomatology. The Faculty of Post-Educational Training and Professional Retraining of Dentists.
Kuban State Medical University.*

Kubano-Naberezhnaya Street 52, Krasnodar, Russia, 350000 email: dentaklass@mail.ru

The received data have shown the high efficiency of the developed device during the treatment and diagnostic study of 80 stomatologic patients. It is determined, that the quantity of collateral reaction is reduced on 15,6—27,6% and the quantity of inflammatory complications is decreased on 1,3—28,0% with its application.

Key words: salivaisolation, parodont, rubberdam, salivaisolation cappa.