

Изменения в периапикальных тканях у пациентов 1-й группы сравнения возникали в 2,1 раза чаще и наблюдались начиная с 10 месяцев наблюдения и даже через 21, 24 и 36 месяцев, в то время как у пациентов 1-й основной группы также осложнения отмечены лишь через 12 и 18 месяцев.

При лечении пульпита девитальным методом в обеих группах наблюдения была выявлена более высокая распространённость всех видов осложнений, которая в 1,3–2,7 раза превосходила уровень аналогичных показателей у пациентов после лечения пульпита методом витальной экстирпации. Так, боли в области пролеченного зуба наблюдались в 2,4 раза чаще у пациентов 2-й группы сравнения и встречались у них в течение всего периода наблюдения, тогда как у пациентов 2-й основной группы такие осложнения были выявлены преимущественно в течение второго и третьего годов наблюдения.

Болезненность при перкуссии у пациентов 2-й группы сравнения встречалась в 2,9 раза чаще и наблюдалась примерно с одинаковой частотой в течение всех трёх лет наблюдения, тогда как у больных 2-й основной группы эти симптомы были выявлены только в течение первого года наблюдения.

Нарушение краевого прилегания пломб и повреждение реставрации зарегистрированы в обеих группах с одинаковой частотой и в равнозначные периоды наблюдения.

Распространённость случаев переломов коронки зуба наблюдалась в 1,6 раза чаще у пациентов 2-й группы сравнения, но была выявлена в аналогичные периоды наблюдения также у пациентов 2-й основной группы.

Явления рецессии десны в области пролеченного зуба, установленные в течение второго года наблюдения, отмечены в 1,4 раза чаще у больных 2-й группы сравнения, в то время как у пациентов 2-й основной группы подобные изменения были выявлены на протяжении второго и третьего годов наблюдения. Такие проявления у части пациентов обусловлены развитием у них патологии пародонта, которая также чаще (в 3,2 раза) встречалась у больных 2-й группы сравнения. Однако если у пациентов 2-й основной группы был зарегистрирован единичный случай этой патологии через 4 месяца наблюдения, то у пациентов 2-й группы сравнения данная патология была выявлена через 5, 18 и 24 месяца.

Изменения в периапикальных тканях были выявлены у пациентов 2-й группы сравнения в 3,2 раза чаще и встречались в течение всего второго и третьего годов наблюдения, а во 2-й основной группе они были зарегистрированы в период 12 и 18 месяцев после завершения лечения. Приведенные данные свидетельст-

вуют о том, что девитальная экстирпация воспаленной пульпы гораздо чаще – в среднем в 3,3 раза – приводит к развитию таких серьезных осложнений, как изменения в периапикальных тканях, повреждение пародонта и перелом корня в ближайшие и отдаленные сроки после лечения.

Таким образом, дополнение эндодонтических мероприятий индивидуализированной схемой восстановительной терапии в период активного лечения пульпита, а также проведение реабилитационных мероприятий в рамках хронологически организованного наблюдения после его завершения способствуют уменьшению числа осложнений в ближайшие и отдаленные сроки почти в 2 раза. Описанный подход к курации пациентов по окончании лечения воспалительной патологии пульпы изменяет также структуру осложнений в отдаленные сроки за счет существенной редукции развития периапикальной патологии, патологии пародонта и перелома корня зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедова Э. А., Расулов К. М. К вопросу о мониторинге осложнений лечения кариеса, пульпита и периодонтита // Новые технологии и техника в медицине, биологии и экологии. Выпуск 2. ДГТУ. – Махачкала, 2010. – С. 98–99.
2. Гиниятуллин И. И., Шайхутдинова А. И., Гиляева В. В. К вопросу о стоматологической реабилитации при кариесе зубов и его осложнениях // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2011. – № 4. – С. 47–51.
3. Гутман Дж. Л., Думша Т. С., Ловдэл П. Э. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 592 с.
4. Иванов В. С., Винниченко Ю. А., Иванова Е. В. Воспаление пульпы зуба. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 264 с.
5. Модели медицинских услуг Краснодарского края по специальности «Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия» (поликлиника: лечение взрослых) / Под технической редакцией В. И. Калиниченко. – Краснодар: КМИВЦ, 2006. – С. 104.
6. Петрин А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика: Перевод с англ. В. П. Леонова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 168 с.
7. Рекомендации по эндодонтическому лечению. Общее положение // Эндодонтия today. – 2004. – № 1–2. – С. 9–15.
8. Höller E.-M. Homöopathie für Zahnärzte // Stomatologie: Herausgegeben von österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde. – 2005. – № 4. – P. 4–14.
9. Thile L., Hickel R., Folwaczny M. Der endodontische Misserfolg – von der definition zur strategie // Deutsche zahnärztliche zeitschrift. – 2003. – № 3. – P. 144–150.

Поступила 13.05.2013

С. Н. АЛЕКСЕЕНКО, Ф. С. АЮПОВА, А. Р. ВОСКАНЯН

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ОРТОДОНТОМ ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС, кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 268-09-02. E-mail: farida.sag@mail.ru

Одним из интегральных показателей, характеризующих состояние здоровья человека, считают зубочелюстные аномалии. Они имеют высокую распространённость, вариабельную структуру и положительную динамику роста, взаимосвязаны с факторами внешней среды.

Для Краснодарского края характерны чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление, значительный полиморфизм социально-экономических показателей муниципальных образований.

Проведённые ранее исследования не в полной мере раскрывают особенности распространённости зубочелюстных аномалий у детей Краснодарского края.

Выбор муниципальных образований Краснодарского края для проведения профосмотра детей ортодонтом авторами статьи осуществлён на основе внедрённой в крае с 2006 года методики индикативной оценки эффективности здравоохранения по типам муниципальных образований. Подробно описана методика организации и проведения профосмотра. Для накопления результатов обследования детей с ортодонтической патологией и статистической обработки выбраны современные программные продукты.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, дети, Краснодарский край

S. N. ALEKSEENKO, F. S. AYUPOVA, A. R. VOSKANYAN

JUSTIFICATION OF THE CHOICE OF MUNICIPALITIES AND METHODS OF HOLDING ORTHODONTIC PREVENTING CONTROLS IN KRASNODAR REGION

Department of public health of FPK and PPS, department of pediatric dentistry, orthodontics and maxillofacial surgery of GBOU VPO of Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (861) 268-09-02. E-mail: farida.sad@mail.ru

Abstract dentoalveolar abnormality is one of the integral index that reflects human health. These abnormalities have high prevalence, variable structure, improvement of increase and they are also interrelated with environmental factors.

It is very typical for Krasnodar region to have extremely branched political division, significant polymorphism of socio-economic indices of municipalities.

Researches that had already been studied didn't show the features of children's dentoalveolar prevalence in Krasnodar region.

The choice of municipalities in Krasnodar region for holding orthodontic preventing controls of children was made by authors of this article on basis of method of indicative estimate of the effectiveness of public health subject to the types of municipalities that was introduced in this region from 2006. The method of organization and holding of preventing control was described in detail. There were chosen contemporary program products for accumulation of results and statistical treatment of examination children with orthodontic abnormalities.

Key words: dentoalveolar abnormalities, children, Krasnodar region.

В проекте государственной программы «Развитие здравоохранения», утверждённой распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599 [7], текущее десятилетие (2010–2020) будет характеризоваться дальнейшим активным распространением и усилением роли механизмов, обеспечивающих недопущение или возможную раннюю коррекцию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний. Одним из интегральных показателей, характеризующих состояние здоровья человека, считают зубочелюстные аномалии. Они имеют высокую распространённость, вариабельную структуру и положительную динамику роста, взаимосвязаны с состоянием окружающей среды и состоянием здоровья индивидуума [4, 5, 8–10, 16]. Важными критериями оценки эффективности программ комплексной профилактики стоматологических заболеваний являются оценка доступности и качества ортодонтической помощи, прежде всего детскому населению. Проведённые ранее исследования [6, 14, 17] не в полной мере раскрывают особенности распространённости зубочелюстных аномалий и состояния ортодонтической помощи детям Краснодарского края.

Цель работы – методологическое обоснование выбора регионов Краснодарского края и методики проведения профилактических осмотров детей врачом-ортодонтом.

Для решения поставленных задач нами изучена литература, отражающая состояние данного вопроса.

Для Краснодарского края характерны чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление, значительный полиморфизм социально-экономических показателей муниципальных образований края, высокий удельный вес жителей села и значительная сеть сельского здравоохранения [1–3].

Результаты качественного и количественного анализа стоматологической помощи в крае следующие. Стоматологическая служба края представлена в 2010 году 292 стоматологическими подразделениями, в том числе 33 стоматологическими поликлиниками, обслуживающими взрослое и детское население, 6 муниципальными детскими стоматологическими поликлиниками, поликлиникой департамента здравоохранения Краснодарского края ГБУЗ «КСП», стоматологическими отделениями и кабинетами муниципальных поликлиник, больниц, предприятий и др., а также стоматологической поликлиникой ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава. По сравнению с 2009 годом отмечаются увеличение штата на 10,8% и физических лиц (на 8,5%) врачей-стоматологов общей практики и увеличение штата на 23,4% и физических лиц (на 15,8%) врачей – челюстно-лицевых хирургов. В 2010 году за стоматологической помощью первично обратилось 1,3 млн. человек взрослых, что составило 25% от населения края (в 2009 г. – 27%), всего санировано 39,5% взрослых от первично

Карта профилактического осмотра ребёнка врачом-стоматологом

№ _____ дата обследования _____

Паспортные данные:

Ф.И.О. ребёнка _____ Пол Ж М

Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____ г. Возраст: ____ лет ____ месяцев

Место проживания: город _____ село _____

Школа № _____ класс ____ детский сад № _____

Жалобы ребёнка (родителей):

Эстетические есть [], нет []

Функциональные –

Нарушение речи: есть [], нет []

Нарушение дыхания: есть [], нет []

Нарушение глотания: есть [], нет []

Нарушение откусывания: есть [], нет []

Нарушение жевания: есть [], нет []

Анамнез

Вредные привычки: есть [], нет []

Травма челюстно-лицевой области: была [], нет []

Ортодонтическое лечение: да [], нет []

Состояние мягких тканей полости рта

Уздечка верхней губы: норма [], нет []

Уздечка нижней губы: норма [], нет []

Уздечка языка: норма [], нет []

Глубина нижнего свода преддверия полости рта:
норма [], нет []

Строение языка: норма [], нет []

Слизистая оболочка: норма [], нет []

Профилактический осмотр

Общее физическое развитие

Осанка: норма [], нет []

Лицо

Симметрично: да [], нет []

Пропорционально: да [], нет []

Профиль прямой: да [], нет []

Состояние функций:

Речь: норма [], нет []

Дыхание: норма [], нет []

Глотание: норма [], нет []

Откусывание: норма [], нет []

Жевание: норма [], нет []

Период формирования прикуса:

временный [],

смешанный []

постоянный []

Верхний зубной ряд

Форма: норма [], нет []

Размеры: норма [], нет []

Симметричность: норма [], нет []

Нижний зубной ряд

Форма: норма [], нет []

Размеры: норма [], нет []

Симметричность: норма [], нет []

обратившихся (в 2009 г. – 67%), что отражает значительное (на 27,5%) снижение объёма санации в сравнении с 2009 годом.

Ортодонтическая помощь в Краснодарском крае оказывается в 5 ортодонтических отделениях стоматологических поликлиник г. Краснодара и в 31 ортодонтическом кабинете поликлиник на территории края.

Нуждаемость в лечении из числа осмотренных составляет 31,8% (в 2009 г. – 32,8%), взято на лечение 6,4% (в 2009 г. – 4%) от нуждающихся. В 16 районах края в муниципальных учреждениях здравоохранения ортодонтическая помощь не оказывается [12, 13].

Изучение влияния на распространенность зубочелюстных аномалий уровня социально-экономического

Зубная формула:

Верхняя челюсть																
Зубы временные				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Зубы постоянные	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Нижняя челюсть																
Зубы постоянные	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Зубы временные				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Индекс

кп = КПУ=

КПУ+кп =

Гигиенический индекс

по Green-Vermillion

Смыкание зубных рядов во фронтальном отделе в направлении

сагиттальном: норма [], нет []

трансверсальном: норма [], нет []

вертикальном: норма [], нет []

**Смыкание зубных рядов в боковом отделе
справа в направлении:**

сагиттальном: норма [], нет []

трансверсальном: норма [], нет []

вертикальном: норма [], нет []

**Смыкание зубных рядов в боковом отделе
слева в направлении:**

сагиттальном: норма [], нет []

трансверсальном: норма [], нет []

вертикальном: норма [], нет []

Нуждаемость в лечебно-профилактической помощи:

лечение твёрдых тканей зубов: да [], нет []

лечение мягких тканей полости рта: да [], нет []

ортодонтическая профилактика: да [], нет []

ортодонтическое лечение: да [], нет []

логопедия: да [], нет []

консультация оториноларинголога: да [], нет []

консультация хирурга-стоматолога: да [], нет []

Степень сложности ЗЧА:

1 балл – АПЗ,

2 балла – АПЗ+АЗД,

3–5 баллов – АПЗ+АЗД+АО

в 1–3-х направлениях,

1–2 балла – нарушение функций,

1–2 балла – нарушение эстетики

развития муниципальных образований и её зависимости от рейтинга эффективности систем здравоохранения на муниципальном уровне будет проводиться нами на основе внедрённой в Краснодарском крае с 2006 года методики индикативной оценки эффективности здравоохранения по типам муниципальных образований [1–3].

В основу типизации муниципальных образований по уровню социально-экономического развития положены общепризнанные во всём мире показатели: индекс человеческого развития – human development index (ИЧР) и альтернативный ему индекс бедности, разработанные ООН для оценки качества жизни населения. Учитывая, что не все показатели для расчёта индексов доступны на муниципальном уровне, для расчёта индекса продолжительности жизни использовался стандартизованный показатель

смертности (среднее значение за трёхлетний период), а индекс образования рассчитывали как число лиц, имеющих высшее, незаконченное высшее и профессиональное среднее образование на 1000 населения соответствующего возраста. Индекс доходов рассчитан как число денежных доходов на душу населения. В результате были выделены три типа муниципальных образований:

1-й тип – столица региона Краснодар с населением более 780 тыс. человек и высоким адаптированным индексом человеческого потенциала;

2-й тип – муниципальные образования преимущественно с городским населением и средним адаптированным индексом человеческого развития;

3-й тип – муниципальные образования преимущественно или полностью с сельским населением и

низким адаптированным индексом человеческого развития [15].

Внутри каждого типа ранжирование муниципальных образований проводилось на основании критериев и показателей, являющихся общепризнанными индикаторами результативности и эффективности использования ресурсов, а также удовлетворённости населения бесплатной медицинской помощью.

Для оценки на уровне муниципальных образований использовали следующие блоки показателей:

показатели медико-социальной результативности;

показатели эффективности использования ресурсов;

социальная удовлетворённость и показатели дефектов в оказании медицинской помощи.

Вес блока показателей медико-социальной, ресурсной эффективности, социальной удовлетворённости и дефектов в оказании медицинской помощи был приравнен к соотношению 1: 0,75:0,5.

В каждом типе муниципальных образований отобранные на основе интегральной оценки структурные подразделения со средней оценкой медико-социальной эффективности. Исходя из полученных данных, для выявления распространённости, структуры зубочелюстных аномалий и нуждаемости в ортодонтической помощи считаем обоснованным проведение профилактических осмотров врачом-ортодонтом детей, проживающих в гг. Краснодаре, Новороссийске, Анапе, Апшеронском и Крыловском районах.

Планируемая клиническая часть исследования будет проводиться в условиях стационарных стоматологических кабинетов. Контингент обследуемых детей в возрасте от 3 до 15 лет.

Так как достоверность выводов и их содержательная интерпретация зависят от репрезентативности выборки, возник вопрос о предварительном определении ориентировочных размеров опытных и контрольных групп. В связи с этим численность групп наблюдения определялась путём использования формулы вычисления предельной ошибки разности показателей. Выбор числа детского населения в возрасте от 3 до 15 лет для наблюдения осуществлялся по соответствующей формуле [11, 18], при этом использовался принцип направленного отбора детей в контрольную группу с целью её уравнивания с группой больных по таким признакам, как пол, возраст и др.

Для регистрации, создания электронной базы и статистической обработки результатов стоматологического обследования детей нами созданы оригинальная карта и программное обеспечение. Карта профилактического осмотра ребёнка врачом-стоматологом включает паспортные данные, жалобы, анамнез, данные общего физического развития ребёнка, данные осмотра лица и полости рта, состояния функций дыхания, глотания, жевания и речи, зубную формулу, характеристику формы, размеров и симметричности зубных дуг, их смыкания во фронтальном и боковых отделах.

Программа для ЭВМ позволяет накапливать данные анкет обследования пациентов с ортодонтической патологией, редактировать их и представить в удобном для дальнейшей обработки виде.

Результаты исследования позволяют определить нуждаемость в профилактической и/или лечебной ортодонтической помощи, логопедии и консультации других специалистов.

Таким образом, на основании проведённых исследований изучение распространённости зубочелюстных аномалий у детей и нуждаемости их в лечении считаем обоснованным в муниципальных образованиях (гг. Краснодар, Новороссийск, Анапа, Апшеронский и Крыловский районы), имеющих среднюю оценку медико-социальной эффективности здравоохранения внутри каждого типа муниципальных образований. Разработанная карта стоматологического обследования позволит полноценно отразить состояние зубочелюстной системы обследуемых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. Н. Показатели оценки эффективности функционирования системы здравоохранения Краснодарского края в разрезе муниципальных образований / С. Н. Алексеев, Е. И. Антонова, И. Т. Рубцова, А. Н. Редько // Сборник трудов. Департамент здравоохранения Краснодарского края. Медицинский информационно-аналитический центр. – Краснодар, 2006. – 46 с.
2. Алексеев С. Н. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края / Под ред. С. Н. Алексеев, А. Н. Редько, И. Т. Рубцовой. – Департамент здравоохранения Краснодарского края, 2007; ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 2007. – 65 с.
3. Алексеев С. Н. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края / Под ред. С. Н. Алексеев, Н. Н. Карякина, А. Н. Редько. – Департамент здравоохранения Краснодарского края, 2008; ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 2008. – 72 с.
4. Алимский А. В. Возрастная динамика роста распространённости и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников // Стоматология. – 2002. – № 5. – С. 67–71.
5. Анохина А. В. Раннее выявление и реабилитация детей с нарушениями формирования зубочелюстной системы: Монография. – Казань: Медицина, 2004. – 184 с.
6. Волобуев В. В. Стоматологическая заболеваемость детей детских садов ст. Северной Краснодарского края (эпидемиологическое обследование) / В. В. Волобуев, А. В. Арутюнов, К. К. Гаспарян, А. Ф. Верапатвелян, И. К. Севастьянова, А. Р. Восканян, О. В. Гуленко // Реализация программ профилактики стоматологических заболеваний. Актуальные вопросы стоматологии (сб. науч. тр.). Кубан. гос. мед. ун-т (и др.); отв. за вып. Л. А. Скорикова). – Краснодар: Совет. Кубань, 2012. – С. 115–118.
7. Государственная программа «Развитие здравоохранения в РФ» (проект). <http://www.rosminzdrav.ru/health/61>.
8. Даминов Т. О. Роль общих факторов в патогенезе развития деформаций зубочелюстной системы у детей / Т. О. Даминов, Р. К. Якубов, И. Р. Мавлянов, Д. И. Ахмедова, В. Я. Пигарев, Д. З. Досмухамедова и др. // Стоматология. – 2002. – Т. 81. № 4. – С. 57–60.
9. Кузьмина Э. М., Смирнова Т. А. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 2. – С. 34–35.
10. Легович М. Изучение ортодонтических аномалий в молочном и постоянном прикусе во временном аспекте / М. Легович, А. Новосел, А. Легович // Стоматология. – 2001. – № 5. – С. 54–55.
11. Мерков А. М. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.
12. Редько Е. Н. Статистический бюллетень здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Краснодарского края за 6 месяцев 2010 года по оперативным данным / Под ред. Е. Н. Редько, М. А. Вартазарян, С. Н. Стриханова, С. А. Коровашкина. – Краснодар: ГУЗ МИАЦ, 2010. – 87 с.

13. Редько Е. Н. О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2010 году / Под ред. Е. Н. Редько, Н. В. Босак, М. А. Вартазарян, С. А. Глыжко, А. Н. Редько и др. – Краснодар: ГУЗ МИАЦ, 2011. – 271 с.

14. Романов Д. О. Сравнительная оценка распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей отдельных районов Краснодарского края // Современные технологии в стоматологии: Сборник научных трудов. – Москва – Краснодар, 2006. – С. 140–143.

15. Рубцова И. Т. Опыт типизации муниципальных образований Краснодарского края на основе социально-экономических факторов развития // Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Управление здравоохранением в современных усло-

виях: проблемы и поиски решений». – Краснодар, 2006. – С. 194–197.

16. Сунцов В. Г. Факторы риска в возникновении зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Республики Алтай / В. Г. Сунцов, В. А. Дистель, А. В. Лосев // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 46–48.

17. Турьянская М. В. Стоматологический статус детей Краснодарского края // Dental forum. – 2011. – № 4. – С. 31–34.

18. Шиган Е. Н. Статистические исследования в клинических условиях. – М.: Медицина, 1987. – 128 с.

Поступила 11.04.2013

М. Г. АММАЕВ, Р. К. ФАТТАЛЬ, В. В. ТАИРОВ, С. В. МЕЛЕХОВ

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА

Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79186586671. E-mail: dr.ammaev@mail.ru

Проведенное исследование подтверждает возможность применения спектрофотометрии для оценки эффективности лечения начальных форм кариеса. Оптимальной флуоресцентной контрастностью в свете стоматологической полимеризационной лампы обладает водный раствор родамина С, что позволяет провести визуальное флуоресцентное контрастирование.

Ключевые слова: спектрофотометрия, люминесценция, кариес.

M. G. AMMAEV, R. K. FATTAL, V. V. TAIROV, S. V. MELEKHOV

ADVANCED WAY OF THE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF INITIAL CARIES

Department of therapeutic dentistry GBOU VPO KubSMU, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. +79186586671. E-mail: dr.ammaev@mail.ru

The conducted research confirms possibility of application of a spektrofotometriya for an assessment of efficiency of treatment of initial forms of caries. Optimum fluorescent contrast in the light of a stomatologic polymerization lamp 1% water solution of rhodamine C that allows to carry out visual fluorescent contrasting of all surfaces of tooth possesses.

Key words: spektrofotometriya, luminescence, caries.

За последние несколько десятилетий с развитием представлений о патогенезе кариозного процесса менялись подходы к лечению начальных форм кариеса. Общеизвестны методы аппликации и электрофореза препаратами кальция и фтора в ткани эмали. На сегодняшний день наиболее современной и эффективной считается методика глубокого фторирования твердых тканей зуба. Кроме того, концептуально новым подходом лечения начальных форм кариеса является инфльтрационный метод системы Icon, с помощью которого производится заполнение зон деминерализации в эмали [2, 4, 5, 8, 9].

Все эти методы преследуют восстановление целостности структуры эмали [7]. Но индивидуальный характер интенсивности течения кариозного процесса, особенности минерального состава твердых тканей зубов, многообразие лекарственных форм препаратов для реминерализующей терапии могут изменять предполагаемые сроки стабилизации состояния твердых тканей зубов, что требует оценки эффективности проведенного лечения.

Известно несколько способов диагностики начальных кариозных поражений. Широкое распространение

в стоматологической практике получил метод витального окрашивания с применением растворов анилиновых красителей. Новыми и перспективными являются оптические методы диагностики, основанные на таких свойствах твердых тканей зуба, как светопроводимость и флуоресценция [6]. Но эти методы эффективны не во всех клинических ситуациях и/или требуют наличия специальных приборов. Некоторые красители обладают флуоресценцией, которая является одним из их характерных физических свойств и используется для диагностических целей в некоторых областях биологии и медицины.

Для исключения погрешностей в диагностике необходима, как правило, комбинация методов. В связи с чем наиболее целесообразно сочетание витального окрашивания и люминесцентного метода, при котором диагностическое значение имеет флуоресценция красителя в поляризованном свете, соответствующем спектру излучения, например стандартной лампы для полимеризации композитов [1].

Проведенный ранее спектрофотометрический анализ распространенных анилиновых красителей показал, что наиболее оптимальной флуоресцентной