



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

PREVENTIVE DENTISTRY

Использование компомера
«Twinky Star»
в детской стоматологии

А.С. Бабий

Using the Compiler
«Twinky Star»
In pediatric dentistry

A. Babiy

Изолирование рабочего поля
как важный этап
эстетического реставрирования зубов

И.К. Луцкая

Isolation of the working field
as important stage
esthetic restavration of teeth

I. Lutskaya

ПАРОДОНТОЛОГИЯ

PERIODONTOLOGY

Застосування коензиму Q10
у комплексному лікуванні
хворих на генералізований пародонтит

А.В. Марков

Usage of coenzyme Q10
in the treatment of patients
with generalized periodontitis

A. Markov

Тантум Верде® в комплексній терапії
генералізованого пародонтиту
у хворих з переважанням
парасимпатичної нервової системи

А.В. Борисенко, В.М. Батіз, О.В. Іваніцька, А.Г. Дімітрова

Tantum Verde® in combined treatment
of generalized periodontitis
in patients with predominance
of the parasympathetic nervous system

A. Borysenko, V. Batiz, O. Ivanitska, A. Dimitrova

Обґрунтування профілактики ускладнень
при застосуванні різних видів скейлінгу

І.Г. Дікова, Е.О. Городенко

Substantiation of prevention of complications
in conduction of different types of scaling

I. Dikova, E. Gorodenko

Особенности планирования
объема стоматологической помощи
пациентам с генерализованным пародонтитом

А.Г. Димитрова

Especially planning
amount of dental patients
with generalized periodontitis

A. Dimitrova

БОЛЕЗНИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

DISEASES OF ORAL MUCOSA

Генетичні маркери системи P₁, MN, Le
як конфігурація детермінованості
до червоного плоского лишая
слизової оболонки порожнини рота

М.Ю. Антоненко, А.М. Парій, Н.А. Зелінська, О.А. Значкова

Genetic markers system P₁, MN, Le
how of configuration determination
of lichen planus
oral cavity

M. Antonenko, A. Pariy, N. Zelinska, O. Znachkova

А.Г. Димитрова

Особенности планирования объема стоматологической помощи пациентам с генерализованным пародонтитом

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: разработать критерии оценки состояния тканей пародонтального сегмента с целью планирования и проведения индивидуальных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Объекты и методы. Были обследованы 136 пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в возрасте 19–35 лет.

Результаты. В работе представлен новый индекс для оценки интенсивности воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта – индекс деструкции пародонта (ИДП), который позволяет планировать индивидуальный объем лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение. Разделение пациентов на группы по степени интенсивности деструктивных поражений пародонта и твердых тканей зубов является обоснованным и позволяет более четко планировать комплекс лечебных и профилактических мероприятий, индивидуально для каждого пациента.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, индекс деструкции тканей пародонта, лечебно-профилактические мероприятия.

В связи с прогрессирующим ростом стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста большое значение имеют профилактические мероприятия. Проведенные ранее эпидемиологические исследования показали, что распространенность кариеса у лиц молодого возраста составляет 92,3 %, а заболеваний пародонта – 81,5 %. Кроме того, установлена прямая зависимость между интенсивностью патологического процесса в тканях пародонта, твердых тканях зубов, особенно на аппроксимальной и пришеечной областях и состоянием гигиены полости рта. Высокая мотивация лиц молодого возраста на поддержание здоровья зубов и пародонта диктует необходимость обучения их методам гигиенического ухода за полостью рта и регулярного проведения профессиональной гигиены полости рта [1, 2, 3, 6].

В повышении эффективности профилактических мероприятий важная роль принадлежит прежде всего правильному планированию стоматологической помощи.

Для оценки стоматологического здоровья и состояния зубов используются показатели распространенности, интенсивности заболеваний и потребности населения в лечении. Так, для оценки интенсивности кариеса используется индекс КПУ, который выражается в процентах лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы. Указанный индекс имеет ряд недостатков. Во-первых, он неточно отражает стоматологическую заболеваемость, так как включает только количество вылеченных и удаленных зубов. Во-вторых, этот индекс не учитывает количество аппроксимального и пришеечного кариеса. Эти деструктивные поражения твердых тканей зубов свидетельствуют об активности кариозного процесса. Поэтому такая локализация кариозных полостей должна обязательно отмечаться и учитываться при определении лечебных и профилактических мер [4, 7, 11]. В середине 40-х годов прошлого столетия в практическую стоматологию начали активно внедряться комплексные программы оценки состояния тканей пародонта, которые получили название эпидемиологических индексов. Но все эти индексы (СРITN, СРI, РМА и др.) отражают лишь распространенность патологического процесса при пародонтите и гингивите [8, 9, 10].

Цель исследования – разработать критерии оценки состояния тканей пародонтального сегмента с целью планирования и проведения индивидуальных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Объекты и методы исследования

Были обследованы 136 пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в возрасте 19–35 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных клинко-лабораторных исследований у 136-ти пациентов молодого возраста 19–25 лет с одинаковым диагнозом генерализованный пародонтит начальной–I степени была выявлена различная степень деструктивных поражений как в альвеолярной кости, так и в твердых тканях зуба (рис. 1).

Установлено, что только у 19 % пациентов диагностировано от одного до трех пародонтальных карманов, тогда как в основной массе лиц (66 %) наблюдается от четырех до девяти пародонтальных карманов.



Рис. 1. Распределение пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени по количеству деструктивных поражений зубов и альвеолярной кости.

Характеристика деструктивных изменений в пародонте по степени интенсивности

Нижняя граница, баллы	ПК+АКП	Интенсивность	ПК+АКП	Верхняя граница, баллы
0,036 ≤	1	Низкая	6	≤ 0,214
0,214 ≤	6	Средняя	11	≤ 0,393
0,393 ≤	11	Высокая	22	= 0,786 и выше

Распределение больных с генерализованным пародонтитом в зависимости от количества кариозных поражений также является неравномерным. Почти 64 % (63,97 %) обследованных имеют от двух до пяти кариозных поражений, среди них у 39 % обследованных выявлено от четырех до пяти кариозных поражений. Это в основном пришеечный и аппроксимальный кариес.

Анализируя графики распределения пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в зависимости от интенсивности деструктивных изменений альвеолярной кости и от количества кариозных поражений в пришеечной области и на аппроксимальных поверхностях, нельзя не отметить их схожесть. Очевидно, что эти два деструктивных процесса протекают синхронно, отличаясь только скоростью развития и характером тканей, в которых они протекают. В одном случае это альвеолярная кость, в другом – твердые ткани зуба.

Анализ полученных данных убедительно доказывает, что дистрофически-воспалительный процесс в пародонте уже при начальной–I степени генерализованного пародонта протекает неравномерно, его интенсивность зависит от интенсивности поражения как альвеолярной кости, так и твердых тканей зуба. Для оценки деструктивных изменений в пародонтальных карманах мы разработали индекс деструкции пародонта (ИДП), учитывая интенсивность поражения как альвеолярной кости, так и поражения твердых тканей зубов на аппроксимальных и пришеечных поверхностях [5].

При создании гигиенических и лечебно-профилактических программ необходимо учитывать степень интенсивности дистрофически-воспалительных процессов в тканях пародонта, т. е. количество кариозных полостей и пародонтальных карманов, характер распределения пародонтальных карманов (КП) и аппроксимальных кариозных полостей (АПК). Используя непараметрический метод статистического анализа – метод перцентилей, определили границы степеней интенсивности деструктивного поражения пародонта.

Для удобства работы врача-стоматолога мы создали таблицу с характеристикой деструктивных изменений в пародонте по степени интенсивности (табл. 1).

Низкая интенсивность поражения – значение ИДП находится в границах от 0,036 до 0,214 балла.

Границы средней интенсивности поражения – более 0,214 до 0,393 балла.

Границы высокой интенсивности поражения – от 0,393 до 0,786 балла и выше.

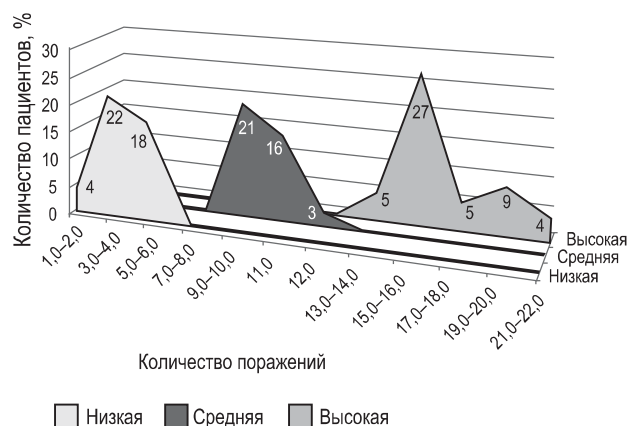


Рис. 2. Распределение больных с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в зависимости от степени интенсивности деструктивных поражений.

Распределение больных с генерализованным пародонтитом начальной–I степени по количеству сочетанных деструктивных поражений в группах с различной интенсивностью поражения приведено на рис. 2.

Как видно из приведенных данных, для границы с низкой интенсивностью наиболее характерным является наличие 3–4-х поражений, которое встречается у 50 % пациентов. В группе со средней интенсивностью – 7–8 поражений, у 52,5 %; для группы с высокой интенсивностью характерно 13–14 поражений у 51,9 % пациентов. Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности данного показателя, что дает возможность четко спланировать объем лечебных мероприятий и рассчитать время, необходимое для их реализации для каждого пациента индивидуально при одинаковом клиническом диагнозе.

Заключение

Разделение пациентов на группы по степени интенсивности деструктивных поражений пародонта и твердых тканей зубов является обоснованным и позволяет более четко планировать комплекс лечебных и профилактических мероприятий, индивидуально для каждого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терапевтическая стоматология. Том 3 / Данилевский Н.Ф. и др. – Киев: Медицина, 2011. – 616 с.
2. Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу, лікування та профілактики генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку 18–25 років: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія». – Київ. – 2006. – С. 20.
3. Димитрова А.Г. Обоснование ранней диагностики заболеваний пародонта у лиц молодого возраста 18–25 лет / А.Г. Димитрова // Материали наукової конференції «Актуальні проблеми і перспективи розвитку стоматології». Збірник наукових праць. – Полтава, 2011. – С. 102–104.

4. Димитрова А.Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ / А.Г. Димитрова // Современная стоматология. – 2015. – № 3, с. 23–25.
5. Сидельникова Л.Ф., Димитрова А.Г., Антоненко М.Ю. Ранняя диагностика заболеваний пародонту в молоді – основа профілактики та превентивного лікування генералізованого пародонтиту / Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Димитрова, М.Ю. Антоненко // Науковий вісник НМУ. – 2010. – № 4. – С. 99–102.
6. Спосіб оцінки ступеня тяжкості ураження тканин пародонту: патент на комплексну модель № 9334 / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Ткаченко // Промислова власність. – 2005. – № 9. – С. 5–121.

7. Димитрова А.Г. Контролируемая индивидуальная гигиена полости рта – важный этап противовоспалительной терапии генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста / А.Г. Димитрова // Современная стоматология. – 2015. – № 1, с. 23–26.

8. Димитрова А.Г. Эффективность місцевой етіотропної та патогенетично спрямованої терапії у комплексному лікуванні генерализованого пародонтиту в осіб молодого віку / А.Г. Димитрова // Вісник проблем біології і медицини – Полтава. – 2015. – Вип. 3, том 1 (122), с. 343–346.

9. Carranza F.A. Clinical periodontology / F.A. Carranza. – Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2010. – P. 80–89.

10. Електронний ресурс. Доступно на http://infranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/stomat_pis/lectures_stud/uk.

11. Електронний ресурс. Доступно на <http://www.32top.ru/star/259/>.

Особенности планирования объема стоматологической помощи пациентам с генерализованным пародонтитом

А.Г. Димитрова

Мета: розробити критерії оцінки стану тканин пародонтального сегменту з метою планування і проведення індивідуальних схем лікувально-профілактичних заходів.

Об'єкти й методи. Обстежено 136 пацієнтів з генерализованим пародонтитом початкового–І ступеня у віці 19–35 років.

Результати. У роботі представлений новий індекс для оцінки інтенсивності запальних та деструктивних процесів у тканинах пародонта: індекс деструкції пародонту (ІДП), який дозволяє планувати індивідуальний обсяг лікувально-профілактичних заходів.

Висновок. Поділ пацієнтів на групи за ступенем інтенсивності деструктивних уражень пародонту та твердих тканин зубів є обґрунтованим і дозволяє більш чітко планувати комплекс лікувальних і профілактичних заходів індивідуально для кожного пацієнта.

Ключові слова: генерализований пародонтит, індекс деструкції тканин пародонту, лікувально-профілактичні заходи.

Especially planning amount of dental patients with generalized periodontitis

A. Dimitrova

Objective: to develop criteria for the assessment of periodontal tissue segment for the purpose of planning and carrying out individual schemes of treatment and preventive measures.

Objects and methods. We examined 136 patients with generalized periodontitis initial–I degree at the age of 19–35 years.

Results. This article presents a new index to estimate the intensity of inflammatory and destructive processes in periodontal tissues: the destruction of periodontal index (IDP), which allows to plan individual volume treatment and preventive measures.

Conclusion. The division of patients into groups according to the degree of intensity of destructive lesions of periodontal and hard tissues of the teeth is reasonable and allows to plan more precisely the complex of therapeutic and preventive measures for each patient individually.

Key words: generalized periodontitis, index of destruction of periodontal tissue, treatment and preventive measures.

Димитрова Алла Григорьевна – канд. мед. наук,

доцент кафедри терапевтической стоматологии Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца.

Адрес: 03057, г.Киев, ул.Зоологическая, 1. Тел.: +38044-483-13-20. E-mail: a_dimitrova@ukr.net.

НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ ▪ НОВОСТИ

ЗУБНЫЕ ТЕХНИКИ ПОДВЕРЖЕНЫ ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ РАЗВИТИЯ МЕЗОТЕЛИОМЫ

Итальянские исследователи пришли к выводу, что зубные техники могут подвергаться повышенному риску развития рака, вызванного контактом с асбестом. Согласно полученным ими результатам, давний контакт с материалами, ранее использовавшимися при изготовлении зубных протезов, может спустя долгие годы спровоцировать развитие злокачественной мезотелиомы – вида рака, наиболее часто затрагивающего легочную плевру, и реже брюшину.

Асбест, являющийся причиной развития рака, широко использовался в строительной индустрии, особенно в 1960–1970-х годах. В стоматологии он использовался как связующее вещество в пародонтальных повязках и как футеровочный материал для литья.

Итальянские исследователи, эксперты в области гигиены окружающей среды и гигиены труда, проанализировали данные о более чем 5000 пациентах с мезотелиомой плевры за период с 2000 по 2014 год. Они выявили четыре случая, при которых пациенты контактировали с асбестом только на работе, будучи зубными техниками.

«Трое мужчин работали зубными техниками и контактировали с асбестом в течение 10, 34 и 4-х лет, а одна женщина помогала мужу на протяжении 30-ти лет в производстве зубных протезов», – сообщают авторы исследования. Мужчины сообщили, что применяли асбест как футеровочный материал для опокowych колец, в то время как женщина не смогла подтвердить его использование.

Зубные техники, которые в прошлом работали с асбестом, могли вдыхать микроскопические волокна этого канцерогенного материала, и это могло спровоцировать развитие мезотелиомы спустя многие годы.

Исследование «Случай развития злокачественной мезотелиомы плевры у зубных техников» было опубликовано 13 апреля 2017 года в журнале «American Journal of Industrial Medicine».