



30 років кафедрі хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ

1980-2010

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА СОЦІАЛЬНИХ ПИТАНЬ ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

**РЕСПУБЛІКАНСЬКОЇ НАУКОВО- ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

*“Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної
стоматології та щелепно-лицевої хірургії”*



14 жовтня 2010 року
м. Харків

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДИЕТИЧЕСКОЙ ДОБАВКИ «ЛЕЦИТИН-2» НА КОНЦЕНТРАЦИЮ КАЛЬЦИЯ И ФАКТОР АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ – ФЕРМЕНТ КАТАЛАЗУ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ

Волкова О.С., Рябоконь Е.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии, Харьковский национальный
медицинский университет г. Харьков, Украина

Целью нашего исследования явилось изучение влияния комплексного препарата «Лецитин-2», содержащего цитрат кальция и лецитин в качестве источника фосфора на степень дисбиоза полости рта у лиц с множественным кариесом зубов путем ферментативного метода.

Материалы и методы. Из контингента обследованных было выделено две группы: основная – 52 пациента с диагнозом множественным кариес, который ставили на основании данных клинического обследования; контрольная – 12 практически здоровых пациентов, без выраженной стоматологической и общесоматической патологии. Группа контроля получала только базовую терапию, которая включала плановую санацию полости рта. Пациенты основной группы кроме базовой терапии с первого дня обследования получали препарат "Лецитин-2", производства НПА "Одесская биотехнология" (ТУ У 15.8-13903778-82-2000). В состав препарата входят: подсолнечный лецитин и цитрат кальция в соотношении 1:1. Выбор добавления цитрата кальция в «Лецитин-2» обусловлен оказанием его высокого лечебно-профилактического эффекта, за счет всасываемости этой кальциевой соли лимонной кислоты в желудочно-кишечном тракте с наименьшим риском образования камней. Цитрат кальция из всех солей кальция наиболее легко усваивается и используется для устранения дефицита этого элемента в организме при нарушении процессов минерализации. Содержание кальция в соединении цитрата составляет 28,3%.

Пациенты принимали "Лецитин-2" 3 раза в день за полчаса до еды по 1 таблетке до полного рассасывания в полости рта, курс 30 дней. У пациентов в первый день обследования, а затем спустя месяц собирали нестимулированную слюну. В надосадочной жидкости определяли следующие биохимические показатели - участник системы реминерализации – кальций, один из факторов антиоксидантной системы – фермент каталаза. Для сравнения показателей использовали ротовую жидкость 12 практически здоровых, без выраженной стоматологической и общесоматической патологии.

Результаты исследования. Как показывают результаты, у больных кариесом существенно снижена в ротовой жидкости концентрация кальция,

которая после курса лечения возвращается к норме, что свидетельствует о восстановлении реминерализующей функции слюны.

У больных кариесом зубов более чем в 2 раза снижается активность одного из антиоксидантных ферментов каталазы, а после месячного курса приема "Лецитин-2" этот показатель практически возвращается к норме.

Выводы. В результате проведенных нами исследований установлено, что у больных множественным кариесом зубов наблюдаются наличие признаков воспаления, снижение уровня защитной антиоксидантной системы и снижение концентрации кальция в ротовой жидкости. Прием в течение месяца лецитин-кальциевого комплекса "Лецитин-2" полностью устранило явление воспаления, повысило до нормы уровень антиоксидантно-прооксидантной системы и концентрацию кальция в ротовой жидкости.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ ПРИ НАДМІРНОМУ НІТРАТНОМУ НАВАНТАЖЕННІ

Годованець О.І.

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна

Мультифакторність захворювань пародонта викликає необхідність вивчення механізмів формування запалення в пародонтальному комплексі у дітей, враховуючи дію певних ендо- та екзогенних чинників, що дозволить диференційовано підійти до розробки діагностичних та лікувально-профілактичних програм.

Для встановлення механізмів ураження тканин пародонта у дітей, які мешкають на нітратно забрудненій території, був проведений багатофакторний кореляційний аналіз основних симптомів гінгівіту – запалення, кровоточивості, зубного каменю, стану гігієни ротової порожнини та показників прооксидантно-антиоксидантної системи у 30 дітей віком 12 років, з яких 10 дітей мали легкий ступінь тяжкості хронічного катарального гінгівіту (ХКГ), 10 дітей – середній ступінь тяжкості та 10 дітей відносились до групи умовно здорових.

У результаті проведеного багатофакторного кореляційного аналізу були виявлені 3 основні фактори, визначення яких дозволило встановити вплив кожного з показників на розвиток патології.

Так, 1-й фактор ($r=0,758$) – відображає характер стану прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини дітей, на що вказують високого рівня кореляційні залежності майже з усіма параклінічними показниками. Він включає підвищення рівня нітрит-іону ($r=0,89$), дієвних кон'югатів ($r=0,82$), рівня загального білка ($r=0,82$) при зниженні активності каталази ($r=-0,88$), супероксиддисмутаз ($r=-0,79$), глутатіонредуктази ($r=-0,85$), глутатіонтрансферази ($r=-0,84$) та зменшенні рівня HS-груп ($r=-0,87$) і рівня відновленого глутатіону ($r=-0,95$). До цього фактору увійшли ступінь вираженості таких симптомів ХКГ як запалення ($r=0,74$) та кровоточивість

($r=0,74$), що підтверджує значну роль вище перерахованих біохімічних показників у формуванні даних ознак гінгівіту. II-й фактор ($r=0,502$) – характеризує вплив загальноприйнятих факторів виконавчої ланки розвитку гінгівіту: стану гігієни ротової порожнини ($r=0,72$), зубного каменю ($r=0,88$), результатом дії яких було запалення ($r=0,55$) та кровоточивість ясен ($r=0,51$) при зростанні рівня малонового альдегіда ($r=0,71$) як кінцевого продукту перекисидної ліпідів, що також свідчить про активацію прооксидантних механізмів альтерації в патогенезі хвороби. III-й фактор ($r=0,2$) – включав активність глутатіонпероксидази ($r=0,93$), яка має тенденцію до підвищення з урахуванням активації стрес-лімітуючої дії системи глутатіону. Низький рівень фактору щодо загального вкладу в механізми розвитку гінгівіту, мабуть, можна пояснити до деякої міри неспецифічністю вказаної системи.

Таким чином, абсолютні величини коефіцієнтів факторів математичної моделі свідчать, що найбільше значення при формуванні ХКГ у дітей за умов нітратного навантаження має I-й фактор, тобто системні дисметаболічні зміни, що сприяють розвитку запалення та кровоточивості ясен.

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Денисова Е.Г.,

Кафедра стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет г. Харьков, Украина

Зубной налет является этиологическим фактором развития основных стоматологических заболеваний - кариеса и заболеваний пародонта. Для его выявления на терапевтическом приёме, как правило, применяют один или два гигиенических индекса, которые не всегда дают полную картину уровня гигиены полости рта у индивидуума. Спектр же гигиенических индексов в стоматологии достаточно велик. Поэтому целью исследования явилось определение наиболее информативной комбинации индексов гигиены полости рта для контроля выполнения пациентом гигиенических мероприятий.

Материалы и методы: было обследовано 30 добровольцев из числа врачей-интернов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 23 лет. При оценке стоматологического статуса использовали традиционное исследование (жалобы, анамнез, осмотр). Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью индексов: индекс гигиены Ю.А.Федорова - В.В. Володкиной, ОНІ-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), Approximal-Plaque-Index (API, Lange et al., 1978), индекс скорости образования зубного налета (PFRІ; Axelsson 1990).

Исследование гигиенических индексов проводили через 3 - 4 часа после последнего приема пищи. Только скорость образования зубного налета определяли через 24 часа после профессиональной чистки зубов.

Результаты. Стоматологический статус пробандов был следующим: у 5 была диагностирована системная гипоплазия (пятнистая форма), кариозных полостей не было выявлено, значение индекса КПУ - $2 \pm 0,5$, слизистая оболочка

полости рта без видимых изменений, проба Шиллера-Писарева отрицательна, т.е. исследуемые лица были практически здоровы.

При обследовании было установлено, что значение индекса Федорова - Володкиной у 21 лиц составило $1,3 \pm 0,4$ и у 9 - $1,7 \pm 0,38$, что соответствовало хорошему и удовлетворительному уровню гигиены.

При оценке зубного налета с помощью индекса ОНІ-S ситуация несколько изменилась: у 16 человек цифры составили $0,7 \pm 0,18$ и у 14 - $1,6 \pm 0,37$ (удовлетворительная гигиена полости рта).

Результаты гигиенического исследования с применением индекса API были следующие: только у 8 человек уровень гигиены был достаточный и составил $37 \pm 0,89\%$, у 22 человек - удовлетворительный ($67 \pm 1,01\%$).

Значения индекса PFRІ практически совпадало с показателями индекса API: у 8 человек значение индекса составило $19 \pm 0,75\%$, у 22 человек - $25 \pm 1,06\%$ (повышена вероятность развития кариеса).

Таким образом, в целом все гигиенические индексы показали, что исследуемые лица проводят гигиену полости рта, но ее объем не достаточный в области апроксимальных поверхностей зубов, что обуславливает появление кариозного процесса именно на этих поверхностях. Гигиенический индекс Федорова - Володкиной, который традиционно используется в клинике терапевтической стоматологии, не отражает состояние дистальных отделов зубного ряда.

В беседе с каждым испытуемым был дан анализ результатов исследования и индивидуальные рекомендации по выбору средств и предметов гигиены (акцент был сделан на применении флоссов и интердентальных щеток).

Повторные исследования были проведены через 2 недели. Значение индексов Федорова - Володкиной и ОНІ-S у всех лиц составил соответственно $1,2 \pm 0,24$ и $0,5 \pm 0,12$, что в обоих случаях обозначало хороший уровень гигиены. Цифры индекса API тоже изменились: у 9 лиц был определен оптимальный уровень гигиены ($25 \pm 0,15\%$), а у 11 - достаточный ($39 \pm 0,36\%$). Из этих 11 человек восемь отметили некоторые трудности использования флоссов в области дистальных отделов зубного ряда. Значения индекса PFRІ колебалось в пределах 10-20%.

Выводы. Проведенные исследования показали, что применение одного гигиенического индекса не всегда полно отражает уровень гигиены полости рта. Для комплексной оценки гигиенического состояния полости, на наш взгляд, необходимо сочетать гигиенический индекс, определяющий зубной налет вестибулярной (оральной) поверхности с индексом апроксимальных поверхностей и индексом, определяющим скорость образования зубного налета. Спектр таких индексов велик, что позволяет врачу выбрать оптимальное сочетание по своему усмотрению. Такой комплексный подход к определению гигиены полости рта и оценке уровня гигиенических навыков особенно важен у лиц молодого возраста в аспекте ортодонтического лечения, профилактики кариеса и заболеваний пародонта.