

одни эти мероприятия позволили полностью вылечить 18 больных. Остальным пациентам была проведена физиотерапия гелий-неоновым (40 чел.) и инфракрасным (60 чел.) лазерами.

Для воздействия ГНЛ использовали аппарат УФЛ-01, плотность мощности 100-250 мВт/см², экспозиция 120-240 сек на одно поле. Суммарное время не превышало 14 мин за сеанс, количество сеансов - 8-14. При использовании инфракрасного лазера применяли аппараты: «Узор» и «Гелиос-01-мо» с модуляцией от 1-100 Гц; частота импульса от 80 до 3000 Гц, время 120-240 сек, количество сеансов 6-10 на курс.

Облучение проводили в области междузубных десневых сосочков, моргинальной и альвеолярной десны. При гипертрофическом гингивите использовали фотогенсептицизатор - 2% раствор метилового синего.

При острой форме заболевания для полного излечения требовалось 4-5 сеансов применения ГНЛ, а при использовании ИКЛ - 3-4 сеанса. При хроническом катаральном гингивите улучшение отмечалось после 4 сеансов, полное выздоровление при воздействии ГНЛ произошло после 10-12 сеансов, а при воздействии полупроводникового лазера - после 7-9.

При гипертрофическом гингивите отечной формы проводили два курса терапии лазером. При воздействии ГНЛ первый курс состоял из 14, а ИКЛ - из 10 процедур. Состояние десен у 15 человек заметно улучшилось, из них 5 пациентам было проведено лечение ГНЛ. После второго курса облучения лазером хорошие результаты получены у 26 пациентов, из них 17 больным было проведено воздействие инфракрасным излучением. У 7 больных с фиброзной формой процесса и у 4 пациентов с отечной формой результаты лечения были неудовлетворительные.

Анализ клинических наблюдений и результаты специальных исследований показали достаточно высокую эффективность лазерной терапии в комплексной лечении гингивита.

Индекс гигиены полости рта в начале обследования составлял от 2,0 до 2,6, а после курса уроков гигиены снижался до 1,0-1,5. Индекс РМА до лечения составил от 28,3% до 78,6%, после проведения курса лазер-терапии он значительно уменьшился и составил от 6,2% до 12,1%.

Объективным подтверждением эффекта лечения явилась результаты изучения проницаемости капилляров десны. До лечения стойкость капилляров десны была ниже нормы почти в 2,5 раза. После курса лечения лазером стойкость капилляров во всех случаях заметно повышалась.

Результаты географических исследований позволили определить изменение тонуса сосудов пародонта после проведения лазер-терапии. Значительно, почти на 22%, снизилось периферическое сопротивление, что указывает на улучшение оттока и на уменьшение застойных явлений.

Таким образом, проведенные нами исследования позволяют сделать заключение о высокой эффективности проводимого комплексного лечения

гингивитов с использованием как гелий-неонового, так и инфракрасного лазеров. Последние дают лучшие результаты в более короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красносlobодиева О. А. Некоторые физические методы лечения заболеваний пародонта: проблемы разработки и применения. // Пародонтология, 1996, № 1, с.11-15.
2. Логинова Н. К., Воложин А. И. Патофизиология пародонта. - М., 1995. - 80 с.
3. Орехова Л. Ю., Кучумова Е. Д., Кыткова Т. Д. Физические методы лечения заболеваний пародонта. - Методич. рекоменд.- СПб, 1996, -21 с.
4. Прохончуков А. А., Логинова Н. К., Жижкина Н. А. Функциональная диагностика в стоматологической практике - М.: Медицина. 1980. - 271 с.
5. Соловьев А. М., Клочкива Н. П., Котирова О. Л. Роль местнодействующих экзогенных факторов в развитии гингивита у лиц молодого возраста. // Пародонтология, 1996, № 1, с.44-47.
6. Чернуха А. М., Александрова П. Н., Алексеев О. В. Микроциркуляция - М.: Медицина. 1984. - 428 с.



ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ «ДИАСТ» ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Н. Г. Давыдова, М. А. Истомин, С. Н. Драчев, Э. А. Черкашин,
М. В. Игнинев, А. М. Лебедев

Кафедра терапевтической стоматологии АИМА

Компьютерная программа «Диаст», созданная по типу автоматизированного рабочего места врача-стоматолога, предназначена для ведения медицинских карт стоматологических больных, дифференциальной диагностики заболеваний пародонта (25 наиболее часто встречающихся клинических форм), а также может быть использована для обучения студентов стоматологических факультетов и совершенствования врачей-стоматологов. Она позволяетставить первичный диагноз без рентгенологического исследования, определять «стерильные» и переходные формы заболеваний пародонта, выявлять роль факторов риска в возникновении и течении болезней тканей пародонта.

Нами проведено стоматологическое обследование 98 студентов в возрасте от 17 до 30 лет, из них 61 женщины и 37 мужчин. Распространенность карIESа в этой группе составила 94,5%, интенсивность по показателю КПУ - 7,6; при этом 78,5% приходится на пломбированные зубы и 21,5% на зубы, пораженные карIESом и требующие лечения или удаления. Показатели в группах обследованных в 1999 г. и 2000 г. мало отличались друг от друга и оставались стабильными.

Нами выявлены признаки заболеваний пародонта у 15 студентов, которые были обследованы с помощью программы «Диаст». При осмотре определялись следующие индексы: упрощенный индекс гигиены Грима-Вермиллона (ИГУ), пародонтальный Рамфьесда (ИПР), ПИ-ВОЗ, Шиллер-Писарева (ИШП), ПМА и КПУ. У 92% обследованных по программе «Диаст» выявлены заболевания пародонта, причем у 8 человек (53,3%), болезни пародонта были обнаружены в начальном периоде и имели «стертую» переходную форму. После обследования нами проводился самоанализ работы, что давало возможность оценивать информативность всех диагностических признаков по отдельности, по симптомокомплексам, разделам и в общей совокупности. Для этой цели использовался метод трассировки. Трассировка - машинный способ оценки составляющих частей (в процентах) изучаемого массива, например диагностических и других признаков (факторов риска, фоновых заболеваний, факторов патогенеза).

Пример. Студент М., 30 лет, предъявляет жалобы на повышенную чувствительность щек к температурным раздражителям, обнажение корней зубов, иногда отмечает кровоточивость десен при чистке зубов. Перечисленные симптомы беспокоят пациента в течение 5 лет, частота обострений - 2-3 раза в год. Ближайшие родственники страдают заболеваниями пародонта. Из вредных привычек отмечает курение, из других заболеваний - хронический гастрит.

Объективно: десневые соосочки бледно-розового цвета, плотно прилегают к щекам зубов, конфигурация их не изменена. КПУ=5, имеются присущие дефекты в области 13, 23, 33, 43 зубов. Результаты определения индексов: ИГУ=1,1-2,0; ИПР=1,9; индекс распространенности патологического процесса (ИРПП) - 0,31-0,7; ИШП=1,9.

При компьютерной обработке получены следующие результаты:

Диагноз: хронический генерализованный пародонтоз легкой степени - 33%; хронический генерализованный пародонтоз средней степени - 25%. Следовательно, данному пациенту для определения степени тяжести пародонтоза может быть рекомендовано рентгенологическое исследование - ортопантомография. Поскольку лечение пародонта предполагает определенные трудности, нами были определены факторы патогенеза с помощью метода трассировок. Выявлено: отсутствие нарушений микроциркуляции - 87%, минимальный отек - 37%, минимальная первичная альтерация - 44%, минимальная вторичная альтерация - 52%, остаточная пролиферация - 45%, реактивность в норме - 57%, изменения костной ткани в виде деструкции первой степени - 59%.

Изучались влияние на факторы патогенеза следующих показателей: возраст пациента, кровоточивость, цвет и рельеф десны, уровень десневого края, зубной налет и зубной камень, наличие изъязвлений и некроза, частота обострений при хроническом течении, наличие фоновой патологии. Наиболее значимым показателем, влияющим на распределение диагнозов и

на факторы патогенеза в процентном соотношении, явилось наличие фоновых заболеваний, вредных привычек, характер питания и стресса. Это обстоятельство обуславливает необходимость дополнительного консультирования больных с заболеваниями пародонта у врачей общего профиля.



ИЗГОТОВЛЕНИЕ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

БЕЗ ПРЕПАРОВКИ ЗУБОВ

Д. Н. Жироб, В. А. Левкин, О. Н. Ипатов

Кафедра ортопедической стоматологии АГМА

Анализ годовых отчетов стоматологических отделений позволяет утверждать, что из числа изготовленных протезов (П) коронки и мостовидные протезы (МП) составляют 57%, съемные пластиковые - 38% и все остальные (в том числе такие трудоемкие, как дуговые, фарфоровые и т.п.) лишь 5%.

Средний срок жизнедеятельности препарированного здорового зуба составляет 5,3 года, а в пользование металлическими штампованными коронками - 4,6 года. Установлено, что из 8640 зубов, ранее покрытых полными металлическими штампованными коронками и удаленных по различным причинам, ни одна из коронок не охватывала плотно со всех сторон клиническую шейку.

По данным В. В. Пинчука, изучившего у 486 больных состояние краевого пародонта после фиксации коронок, воспаление края и соосочка отмечено в 24,3% случаев, гипертрофические изменения - в 4% и образование десневого патологического кармана - в 33% случаев. На рентгенограммах у 32,7% зубов выявлено расширение периодонтальной щели, в 28% - резорбция межзубных перегородок и в 39,3% - атрофия стенки альвеолы.

Пациенты, получая зубопротезную помощь, затрачивают время, деньги и утрачивают зубы. Таков печальный итог препарирования зубов [1].

В настоящие времена активно ведется поиск методик, позволяющих исключить этап препарирования, но, несмотря на большой интерес к этой проблеме, вопрос пока остается нерешенным.

Цель нашей работы - освоить на фантомных моделях методику изготовления МП без препарирования опорных зубов, предложенную Э. Я. Варесом, а также решить вопрос о возможности применения ее в клинике.

Материал и методика. Предложенные МП являются сборными и состоят из 4 частей:

- 1) основы, фиксирующей П к естественному зубу;
- 2) опоры для искусственного зуба, замещающего дефект в зубном ряду;

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Архангельская государственная медицинская академия

Северный научный центр РАМН

Департамент здравоохранения администрации

Архангельской области

Ассоциация стоматологов Архангельской области

**ОСНОВНЫЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ**

Сборник научных трудов

ВЫПУСК № 5

Под ред. профессора В. П. Зеновского

**Материалы региональной научно-практической конференции
СТОМАТОЛОГИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА В КОНЦЕ ХХ ВЕКА**

19-21 сентября 2000 года

**Архангельск
2000**