

модулирующий эффект препарата, поскольку отмечалась стимуляция сниженных и супрессия повышенных значений иммунологического статуса, в третьих – распределение действия на все 3 звена иммунологической реактивности-Т-В и фагоцитарных показателей.

Таким образом, использование "Имудона" повышает эффективность комплексной терапии генерализованного пародонтита.

Список литературы

1. Алексеева Е.С. Эффект интерферона альфа и бета при хроническом гингивите и пародонтите и действие интерференогенного препарата "полирем" // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2007. – № 1. – С. 36-38.
2. Адамчик А.А. Нормализация положения опорных зубов с помощью модифицированного съемного протеза / А.А. Адамчик, С.В. Полуказаков, С.В. Гордеева, Т.А. Комарова // *Клиническая стоматология*. – 2008. – №2. – С.60-61.
3. Белоусов, Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта / Н.Н. Белоусов // *Пародонтология*. – 2007. – № 3. – С. 3-6.
4. Булгакова А.И. Иммунокорректирующая терапия хронического генерализованного пародонтита с использованием комплекса иммуномодулятора и пробиотика / А.И. Булгакова, Г.Ш. Зубаирова // *Материалы Всероссийского конгресса "Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний"*. – Пермь, 2009. – С. 26-28.
5. Жулев Е.Н., Табакаева В.Г. Влияние местного применения иммуномодулятора на состояние процессов микроциркуляции слизистой оболочки протезного ложа в период адаптации к съемным протезам // *Институт стоматологии*. – 2007. – №4. – С.46-48.
6. Жестков А.В. Роль динамических изменений клеточных и гуморальных факторов иммунитета в ранней диагностике стоматологических заболеваний / А.В. Жестков, Т.В. Меленберг, Л.В. Лимарева // *Медицинская иммунология*. – Санкт-Петербург, 2004. – Т. 6, № 3-5. – С. 404.
7. Каливраджиян Э.С. Оценка эффективности применения лекарственных пленок с иммунокоректором в съемном протезировании / Э.С. Каливраджиян, Н.В. Примачева, Е.А. Лещева, Н.В. Чиркова // *Институт стоматологии*. – 2010. – №1. – С. 40-41.
8. Меленберг Т.В. Иммунотерапия в комплексном лечении больных хроническим пародонтитом // *Российский аллергологический журнал*. – 2007. – № 3. – С. 407 – 408.

УДК 616.314.16.002.9-084

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КАЛЕНДАРЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АПИКАЛЬНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ

Аксенова Т. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: tangelinax@yandex.ru

Установлена значимость ряда факторов риска для эффективности лечения хронического апикального периодонтита. Воздействие на данные факторы путем назначения пациентам индивидуализированных комплексов восстановительной терапии позволяет изменить структуру осложнений и существенно снизить их число. Обоснована необходимость организации активного диспансерного наблюдения пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, и выделены наиболее значимые сроки контрольного обследования – 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев. Хронологически корректно организованное диспансерное наблюдение данной категории пациентов способствует снижению в 2 раза уровня развития осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после лечения.

Ключевые слова: хронический апикальный периодонтит, восстановительное лечение, диспансерное наблюдение

PECULIARITIES OF FORMATION OF INDIVIDUAL PLAN OF RECOVERY TREATMENT AND THE CALENDER OF CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

Aksenova T.V.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: tangelinax@yandex.ru

The importance of a number of risk factors for chronic apical periodontitis treatment efficiency was established. The influence on these factors by prescription of the individualized complexes of recovery treatment to patients allows to change structure of complications and to reduce their number significantly. The necessity of the organization of active dispensary observation of patients with chronic apical periodontitis was proved, and the most significant terms of control investigation were selected – 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 months. The chronologically correctly organized dispensary supervision of this category of patients promotes decrease of a level of development of complications by half in the nearest and distant time after treatment.

Keywords: chronic apical periodontitis, medical rehabilitation, dispensary observation

Проблема лечения пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, несмотря на внедрение в практику результатов научных достижений и новейших технологий, остается весьма актуальной. По данным о распространенности различных стоматологических заболеваний, на долю пациентов с осложнениями кариеса в различных регионах нашей страны приходится 35-47%. В возрастной группе от 34 до 47 лет данная патология достигает 40 – 50%, а от 48 до 80% зубов удаляется по поводу хронического периодонтита [2, 4]. Консервативное лечение периодонтита дает положительные результаты в 50 – 70% случаев [4].

На исход эндодонтического лечения могут оказывать влияние многие факторы: исходное состояние пульпы и перирадикулярных тканей, анатомия каналов, ятрогенные факторы, травматическая окклюзия, патологические окклюзионные нагрузки [3, 10]. Большая роль принадлежит иммунологическому процессу, на который влияет и возраст, и здоровье пациента [8, 10].

При диспансерном наблюдении у каждого стоматологического пациента выявляется от 4 до 8 зубов с осложнениями кариеса, требующих в 60 – 70% случаев повторного вмешательства [5]. Как правило, при некачественном лечении обострение происходит в течение первого года после лечения [8]. Данное обстоятельство определяет необхо-

димость динамического наблюдения и оценку эффективности проведенной терапии в течение 2 лет [9], а по критериям Европейского эндодонтического общества – в течение 4 лет [3] с ежегодным обследованием пациента.

Таким образом, сведения о факторах риска развития осложнений и рекомендации по диспансерному наблюдению носят обобщающий характер применительно к любому эндодонтическому вмешательству.

Цель исследования – обосновать методику формирования индивидуального плана восстановительного лечения и диспансерного наблюдения пациентов с хроническим апикальным периодонтитом.

Материалы и методы исследования

Очевидно, что объем восстановительной терапии напрямую зависит от выявленных у конкретного пациента факторов риска развития осложнений, а диспансерное наблюдение должно быть организовано с учетом характера и частоты осложнений в различные сроки после проведенного лечения.

Для получения необходимых сведений был принят ретроспективный анализ 90 медицинских карт больных хроническим апикальным периодонтитом, лечение которых проводилось в 2002 – 2011 годах на базе терапевтического отделения стоматологической поликлиники Кубанского государственного медицинского университета. Изучена частота развития осложнений в зависимости от наличия фак-

торов риска, а также дана экспертно-аналитическая оценка результатов проведенного лечения.

Всего в группах наблюдения состояло 90 пациентов обоего пола в возрасте 22 – 59 лет. Проводимые методы обследования и лечения назначались исключительно на основании информированного добровольного согласия пациентов.

При проведении исследования все больные были распределены на 3 группы наблюдения в зависимости от характера проводимого лечения.

В основную группу наблюдения были включены 30 пациентов с деструктивными формами хронического апикального периодонтита, терапия которых помимо стандартного протокола эндодонтического лечения [6] включала индивидуализированные схемы восстановительного лечения. Данные схемы состояли из физиотерапевтических процедур (внутриканального йод-электрофореза, депофореза, переменного магнитного поля низкой частоты), индивидуально подобранных гомеопатических препаратов, цветочных эссенций Баха, кинезиологических упражнений [1]. После завершения этапа активного эндодонтического лечения пациенты данной группы находились на диспансерном наблюдении с обязательным обследованием через 1-2, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев.

В первую группу сравнения из 30 человек были отнесены пациенты, лечение хронического периодонтита у которых проводилось в соответствии со стандартным протоколом эндодонтического лечения. После завершения этапа активного эндодонтического

лечения пациенты данной группы также находились на активном диспансерном наблюдении с обязательным обследованием через 1-2, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев.

Во вторую группу сравнения были отнесены 30 пациентов, которым после окончания лечения хронического апикального периодонтита, проводимого в соответствии со стандартным протоколом, рекомендовалось пройти контрольное обследование через 12 и 24 месяца.

В ходе исследования были изучены наличие и частота встречаемости факторов риска развития осложнений в группах наблюдения, определен уровень их реализации в возникновении обусловленных их наличием осложнений, а также исследованы частота и виды осложнений, возникавших в различные сроки после завершения активного лечения.

Полученные данные были обработаны на персональном компьютере методами вариационной статистики по Стьюденту [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о наличии и частоте встречаемости факторов риска, частоте возникновения обусловленных ими осложнений при лечении хронического периодонтита в различных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сведения о частоте наличия факторов риска и возникновении обусловленных ими осложнений при лечении хронических периодонтитов, %

Факторы риска	Показатель осложнений	Количество случаев		
		Основная группа	1 группа сравнения	2 группа сравнения
Нарушение защитно-восстановительного потенциала одонтона	наличие фактора риска	100,0	100,0	100,0
	развилось осложнений	20,0	36,7	38,1
Нарушение защитно-восстановительного потенциала организма	наличие фактора риска	60,0	60,0	60,0
	развилось осложнений	16,7	47,1	49,0
Множественные очаги одонто-пародонтальной инфекции	наличие фактора риска	30,0	26,7	26,7
	развилось осложнений	11,1	20,0	22,3
Патология прикуса, ВНЧС, парафункции жевательных мышц	наличие фактора риска	70,0	73,3	76,7
	развилось осложнений	14,3	26,7	29,0
Нарушение психологического статуса	наличие фактора риска	53,3	50,0	46,7
	развилось осложнений	12,5	20,0	21,4

Установлено, что нарушение защитно-восстановительного потенциала одонтона, которое могло выражаться в наличии кари-

озного дефекта/дефектов, рентгенологически определяемого очага деструкции в периапикальной области причинного зуба, не-

состоятельности реставраций, наличии воспалительной патологии пародонта выявлено у всех пациентов в трех группах наблюдения. Однако количество развившихся в последующем осложнений было наименьшим у пациентов основной группы, тогда как у пациентов 1 и 2 групп сравнения оно было больше в 1,9 раза.

Исходная частота наличия нарушений защитно-восстановительного потенциала организма, под которым понималось снижение уровня репаративных процессов, связанных с возрастом пациента, состоянием соматического здоровья, а также общего иммунного ответа, была практически одинакова во всех группах наблюдения. Частота возникновения осложнений при этом была различной. Наименьшая величина установлена в основной группе - в 2,9 раза ниже, чем в группах сравнения.

Множественные очаги одонтопародонтальной инфекции (наличие в полости рта трех и более зубов с воспалительной патологией пульпы и/или пародонта, признаков воспаления в тканях пародонта) были изначально выявлены примерно у одной трети пациентов во всех группах наблюдения. Несмотря на то, что у пациентов основной группы этот фактор встречался несколько чаще, частота развития обусловленных его наличием осложнений была в 1,9 раза меньше, чем в обеих группах сравнения.

У пациентов всех групп наблюдения выявлена достаточно высокая частота фактора риска, связанного с наличием патологии прикуса, височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц - 70% случаев и более. В основной группе уровень реализации данного фактора был в 1,9 раза ниже, чем в 1 и 2 группах сравнения.

Нарушение психологического здоровья, которое связывалось с наличием у пациента хронического стресса, неврастенических реакций, выявлено примерно у половины пациентов во всех группах наблюдения. Однако уровень реализации в осложнения данного фактора у больных основной группы был в 1,7 меньше, чем в группах сравнения.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить значимость для результативности лечения хронического апикального периодонтита ряда факторов риска, которые возможно выявить в условиях амбулаторной стоматологической практики без использования дополнительных сложных методов исследования. Воздействие на данные факторы путем назначения пациентам индивидуализированных комплексов восстановительной терапии позволяет существенно снизить число обусловленных этими факторами осложнений.

На следующем этапе исследования для разработки методики формирования индивидуального календаря диспансерного наблюдения пациентов с хроническим апикальным периодонтитом были изучены частота и виды осложнений, возникавших в различные сроки после активного лечения.

Сведения о распространенности различных осложнений во все сроки после лечения хронического периодонтита приведены в таблице 2. Сопоставление величин распространенности отдельных видов осложнений в основной группе с показателями 1 и 2 групп сравнения выявило значительное, статистически достоверное (во всех случаях $p < 0,05$), различие между ними с наиболее благоприятной картиной в основной группе.

Таблица 2

Распространенность отдельных видов осложнений во все сроки после лечения хронического апикального периодонтита различными методами, %

Виды осложнений	Частота выявления		
	основная группа n=30	1 группа сравнения n=30	2 группа сравнения n=30
Боли в области пролеченного зуба	11,3	36,6	43,3
Болезненность при перкуссии	6,7	20,0	33,3
Сохранение или незначительное уменьшение очага деструкции на R-грамме	6,7	13,3	20,0
Увеличение очага деструкции	3,3	10,6	13,3
Перелом корня зуба	3,3	6,7	10,0
Воспалительные изменения пародонта	6,7	10,0	16,7
Нарушение краевого прилегания и повреждение реставрации	3,3	20,0	20,0

Сведения о частоте осложнений, возникающих в различные сроки после завершения этапа активного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита, представлены в таблице 3.

Анализ полученных данных показал, что в основной группе первый случай осложнения (повреждение реставрации) был выявлен через 6 месяцев после завершения эндодонтического лечения, в то время как во 2 группе сравнения первое осложнение (боли в области пролеченного зуба) было зафиксировано спустя 3 месяца.

В последующие сроки наблюдения в основной группе частота осложнений продолжала оставаться на уровне единичных случаев. При этом были выявлены такие осложнения, как нарушение краевого прилегания пломб, незначительное уменьшение размеров очага деструкции, болезненная перкуссия пролеченного зуба. В аналогичные сроки частота случаев осложнений в

обеих группах сравнения была выше, но при этом более высокие показатели были отмечены, начиная со второй половины первого года наблюдения, во 2 группе сравнения. Чаще выявлялись случаи боли в области пролеченного зуба, сохранение либо незначительное уменьшение в размерах очага деструкции в периапикальной области, переломы корня зуба, воспалительные изменения пародонта.

Данный этап исследования подтвердил необходимость организации активного диспансерного наблюдения пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, позволил выделить наиболее значимые сроки контрольного обследования – 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев, а также еще раз подчеркнул важность назначения адекватной восстановительной терапии, дополняющей традиционное эндодонтическое лечение данного вида патологии.

Частота развития осложнений в различные сроки после лечения хронического апикального периодонтита различными методами (абсолютные значения)

Сроки наблюдения	Количество случаев осложнений		
	основная группа n=30	1 группа сравнения n=30	2 группа сравнения n=30
1 месяц	-	-	-
2 месяца	-	-	-
3 месяца	-	-	1
4 месяца	-	-	-
5 месяцев	-	1	-
6 месяцев	1	1	1
7 месяцев	-	-	-
8 месяцев	-	-	1
9 месяцев	1	-	-
10 месяцев	-	-	1
11 месяцев	-	1	1
12 месяцев	1	1	-
15 месяцев	-	-	1
18 месяцев	1	-	-
21 месяц	-	1	2
24 месяца	1	2	2
36 месяцев	1	2	2
Всего	6	9	12

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что дополнение стандартного протокола эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита назначением индивидуализированных комплексов восстановительной терапии, ориентированных на устранение конкретных выявленных факторов риска, изменяет структуру осложнений в отдаленные сроки за счет уменьшения риска персистенции и прогрессирования периапикальной патологии, патологии пародонта и перелома корня зуба. Хронологически корректно организованное диспансерное наблюдение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом способствует снижению в 2 раза уровня развития осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после лечения.

Список литературы

1. Бондаренко А.Н. Определение объема и направленности лечебно-реабилитационных мероприятий при осложнениях кариеса зубов / А.Н. Бондаренко, Т.В. Аксенова // *Стоматология для всех*. – 2011. – №4. – С. 34-37.

2. Боровский Е.В. Как улучшить стоматологическое здоровье россиян? / Е.В. Боровский // *Стоматолог*. – 2006. – № 12. – С. 5-10.
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. Дмитриева Л.А. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита / Л.А. Дмитриева, Т.В. Селезнева // *Эндодонтия today*. – 2004. – № 1-2. – С. 30-31.
5. Максимова О.П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность сегодняшней стоматологической практики / О.П. Максимова // *Эндодонтия today*. – 2005. – №2. – С. 20-24.
6. 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.
7. Петрин А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2009. – 168 с.
8. Роудз Дж. С. Повторное эндодонтическое лечение: Консервативные и хирургические методы: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 216 с.
9. Рекомендации по эндодонтическому лечению. Общие положения // *Эндодонтия today*. – 2004. – № 1-2. – С. 9-15.

УДК 616.314.17-008.1-85

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЛИЦ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ашкар С.С., Скорикова Л.А., Лапина Н.В., Осадчая Г.Н.

ГОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: prst_23@mail.ru

Множественный кариес (четыре и более полостей) протекает с осложнениями у лиц с сахарным диабетом, часто возникают рецидивы заболевания. Перед санацией и после нее в течение одного месяца рекомендовано проведение реминерализующей терапии на капках зубной пастой "Новый Жемчуг с Са". Осмотры полости рта через три и шесть месяцев, а так же через один год рецидивов заболевания не выявили. В дальнейшем рекомендовано применение комплекса средств BIOXTRA, что способствует естественной очистке зубов.

Ключевые слова: множественный кариес, первичная профилактика, сахарный диабет

HYGIENE AND PREVENTIVE MEASURES IN PERSONS WITH MULTIPLE CARIES DIABETES

Ashkar S.S., Skorikova L.A., Lapina N.V., Osadchaya G.N.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: prst_23@mail.ru

Multiple caries (four or more cavities) occurs with complications in patients with diabetes mellitus, often relapse of the disease. Before and after the readjustment C. for one month recommended holding remineralize therapy kappa toothpaste "New Pearls with Ca." Oral examinations after three and six months, as well as one year of disease relapses not identified. In the future, recommended the use of complex The funds BIOXTRA, that promotes natural teeth cleaning.

Keyword: Multiple caries, primary prevention, diabetes

В основу российского здравоохранения заложена профилактическая направленность. Высокая распространенность и большая интенсивность поражения населения основными стоматологическими заболеваниями (кариесом) выдвигают проблему профилактики в стоматологии в число особо актуальных и значимых. На современном этапе принято подразделять профилактику на первичную, вторичную, третичную [3]. Особое значение придается первичной профилактике - системе социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предотвращения забо-

леваний путем устранения причин и условий их возникновения. Практически первичная профилактика в стоматологии реализуется путем выполнения ряда задач: выяснения и оценки эпидемиологической ситуации; определения уровня здоровья населения; усиление резистентности организма и полости рта к стоматологическим заболеваниям; оценки эффективности и коррекции системы профилактики. Согласно законодательству, каждый стоматолог должен осуществлять первичную профилактику в виде плановых мероприятий, используя отведенный бюджет рабочего времени - четыре часа в месяц [1,4]. Эта работа должна проводить-