

индекс РМА уменьшился в 6,2 раза: с $22,9 \pm 2,1\%$ до $3,65 \pm 1,10\%$ ($p \leq 0.001$), индекс Muhlermann-Cowell – в 4,6 раза: с $1,4 \pm 0,4$ до $0,3 \pm 0,1$ ($p \leq 0.001$), проба Шиллера – Писарева до лечения составляла $1,4 \pm 0,16$ балла, и после

лечения: $0,006 \pm 0,01$ ($p \leq 0.001$). Окрашивания слизистой десны в конце курса лечения практически не было выявлено (таблица 1).

Таблица 1 - показателей состояния гигиены полости рта и тканей пародонта до и после лечения

Наименование заболевания	До лечения				После лечения			
	РМА	Muhlermann-Cowell	Проба Шиллера-Писарева	Грин-Вермильона	РМА	Muhlermann-Cowell	Проба Шиллера-Писарева	Грин-Вермильона
Больные с хроническим гингивитом (n=14)	$22,9 \pm 2,1\%$	$1,4 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,16$	$3,65 \pm 1,10\%$	$0,3 \pm 0,1$	$0,006 \pm 0,01$	$0,5 \pm 0,1$

Динамика показателей гигиенического индекса, выявила значительное улучшение гигиены полости рта. До лечения индекс гигиены составил $1,3 \pm 0,16$ балла и $0,5 \pm 0,1$ ($p \leq 0.001$) после курса лечения, что свидетельствовало о значительном улучшении гигиены полости рта. Применение бальзама «Асепта» не выявило окрашивания зубов, раздражающего и алергизирующего действия препарата. Все пациенты положительно оценили бальзам. Алергической реакции не наблюдалось ни у кого.

Выводы. Таким образом, применение бальзама «Асепта» при лечении хронического катарального гингивита,

способствовало значительному улучшению состояния гигиенического состояния полости рта, уменьшению кровоточивости и воспалительных явлений в тканях пародонта. Это подтверждено существенным понижением цифровых значений индекса индексов Мюллера и РМА. Применение противовоспалительного бальзама «Асепта» позволило в короткий срок улучшить состояние пародонта у больных с хроническим катаральным гингивитом, что позволяет рекомендовать его при лечении данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кучумова Е.Д., Леонтьев А.А., Калинина О.В., Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта. //Пародонтология. - 2008. - №1(46). - С.83-86.
- 2 Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. - М.:МИА, 2004. - 79 с.

А.Т. Кумарбаева, Б.Б. Мангытаева, А.А. Нурлыбаев

«АСЕПТА»БАЛЬЗАМЫН ПАРОДОНТТЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ

Түйін. Жаңа «Асепта» адгезивті бальзамамын созылмалы катаральді гингивиті бар 14 науқасқа қолданғанда оның антибактериальді тиімділігінің жоғары екендігі анықталды. Қызыл иектің қабыну индекстерінің төмендегені және қызыл иектің қанағаштығы азайғандығы байқалды: РМА индексі 6,2 есе, Muhlermann-Cowell индексі –4,6 есе азайды, ал Шиллера – Писарев сынамағы емдеу курсының соңында қызылиек шырышты қабығының боямайтындығы анықталды. Препараттың құрамында жабықсақ адгезивті негіздің болу себебінен шырышты қабыққа осы препаратты 30 және одан көбіреу минуттарға жабыстыруға болады.

Түйінді сөздер: катаральді гингивит, «Асепта» адгезивті бальзамамы метронидазол, хлоргексидин

A.T. Kumarbaeva, B.B. Mangytayeva, A.A. Nurlybayev

APPLICATION OF BALM "ASEPTA" IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Resume: The use of the new adhesive balsam "Aseptia" in 14 patients with chronic catarrhal gingivitis revealed its pronounced antibacterial effect. A decrease in the indices of gingivitis and gingival bleeding reduction: PMA index decreased by 6,2 times, Muhlermann-Cowell index - in 4,6 times, sample Schiller - Pisarev revealed no staining of mucosal gum at the end of treatment. The preparation has a sticky adhesive backing, which allows it to be fixed for 30 minutes or more

Keywords: catarrhal gingivitis, adhesive Aseptia balsam, metronidazole, chlorhexidine.

УДК: 616.314.18 - 002.4 - 084:616.314 - 007.1

У.А. Қуватбаева

Кафедра интернатуры по стоматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

В статье приведены данные литературного обзора по факторам риска заболеваний пародонта у лиц с брекет-системами, определены наиболее значимые и ключевые позиции.

Ключевые слова: патология пародонта, брекет-системы, пациент, осложнения, профилактика.

С каждым годом увеличивается число пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, и это количество продолжает увеличиваться [1]. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению частоты воспалительных заболеваний пародонта среди лиц более молодого возраста [2]. По данным ВОЗ, распространенность заболеваний пародонта составляет 9-10% у детей младшего возраста и достигает 81-90% у подростков [3]. По данным научного доклада ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболевания пародонта отмечен как в возрастной

группе 15-19 лет (55-99%), так и в группе 35-44 года (65-98%) [4]. По данным отчета Европейского бюро ВОЗ, собранном в 35 странах мира, отмечалась высокая распространенность заболеваний пародонта (свыше 75%) среди лиц в возрасте 35-44 лет в семи странах, высокая распространенность (40-73%) в тринадцати странах и умеренная (менее 40%) в пятнадцати странах [5]. Одной из причин увеличения числа больных с патологией пародонта среди лиц молодого возраста являются недостатки в организации пародонтологической помощи: наличие объективных социально-экономических факторов,

низкая медицинская грамотность и низкая активность населения [6].

Среди лиц молодого возраста (15–34 года) в развитии воспалительных заболеваний пародонта важное значение имеют аномалии строения мягких тканей преддверия полости рта и наследственная предрасположенность, а среди взрослого населения (старше 35 лет) – патология прикуса и соматическая отягощенность [7]. Причём начальные признаки воспалительных заболеваний пародонта выявляются уже в молодом возрасте. Так, у 15-летних подростков признаки заболевания тканей пародонта по индексу CPI регистрируются в разных городах Российской Федерации от 15,7 (г. Ижевск) до 34,0% (г. Воткинск). Причём, в данной возрастной группе, из выявленных признаков, преобладают начальные – в виде кровоточивости дёсен (59,26%) и зубного камня (33,33%), которые регистрируются в среднем в 0,92 и 0,59 секстантах зубного ряда. В молодом возрасте (15 лет) по КПИ риск развития воспалительных заболеваний пародонта выявлен у 7,70% обследованных пациентов, а у 13,83% уже диагностированы воспалительные заболевания пародонта различной степени тяжести. У молодых людей воспалительные заболевания пародонта преимущественно имеют лёгкое течение (84,62%), а количество лиц со средней степенью заболевания составляет 15,38% [8]. Результаты исследований факторов риска выявили, что у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта в 1,6 раза чаще, чем в группе сравнения, выявляются хронические соматические заболевания. Преобладающей соматической патологией в этом возрасте являются заболевания желудочно-кишечного тракта. Лица молодого возраста в 2,5–2,6 раза чаще болеют простудными заболеваниями, у большинства из них имеет место наследственная отягощенность по заболеваниям пародонта. Установлено, что среди пациентов с диагностированными воспалительными заболеваниями пародонта достоверно больше курящих и употребляющих мучную пищу, чем среди лиц, не имеющих патологии пародонта [9]. При клиническом обследовании тканей пародонта 129 больных в возрасте от 20 до 39 лет воспалительные заболевания пародонта выявлены у 95,3%: у 46,5% – хронический генерализованный катаральный гингивит, у 24,8% – хронический генерализованный пародонтит легкой степени, у 16,3% – пародонтит средней степени, у 7,7% – пародонтит тяжелой степени и только у 4,7% пациентов ткани пародонта были здоровы [10].

Авторами была выявлена распространенность заболеваний пародонта – 92%, кариеса – 93,7%. Установлено, что длительная плохая гигиена полости рта может стимулировать развитие генерализованного пародонтита. Выявлена высокая распространенность местных раздражающих факторов. Просматривается прямая корреляционная зависимость между состоянием гигиены полости рта, наличием апроксимального кариеса, распространенностью и тяжестью течения заболеваний пародонта. Высокая распространенность заболеваний пародонта обуславливает необходимость диспансерного наблюдения лиц в возрасте 15-35 лет, необходимо создание сети профилактических стоматологических кабинетов для обучения методам гигиенического ухода за полостью рта. Профессиональная гигиена полости рта должна занимать решающее место в комплексном лечении генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста [11].

На сегодняшний день широко используются ортодонтические конструкции, в частности брекет-системы [12]. Причём с каждым годом увеличивается число людей нуждающихся в оказании ортодонтической помощи не только среди детей и подростков, но и взрослого населения. Наиболее важным аспектом при оказании данного вида помощи остаётся повышение эффективности лечения, состояние органов полости рта, в частности состояния тканей пародонта.

Проблема повышения эффективности лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых остаётся актуальной вследствие вызываемого ими резкого ухудшения состояния тканей пародонта, высокого процента

осложнений в процессе и после ортодонтического лечения, большой склонности к рецидивам, необходимости адаптации пациента к несъемным ортодонтическим аппаратам, что, несомненно, ухудшает результаты и качество лечения. Ортодонтическое передвижение зубов у взрослых может вызвать патологические изменения в тканях пародонта, так как во время перемещения зубов в пародонте формируются зоны сдавливания и зоны натяжения тканей. При воздействии силы на коронку зуба происходит его наклон, в пришеечной области возникает зона сдавливания, в которой периодонтальная щель сужается, а с противоположной стороны образуется зона натяжения. Сдавливаются кровеносные и лимфатические сосуды, периодонтальные волокна, клеточные элементы и нервные окончания [13]. В связи с этим для успешного комплексного лечения болезней пародонта необходимо междисциплинарное взаимодействие пародонтолога и ортодонта [14]. На сегодняшний день около 80% пациентам проводится лечение с применением несъемной аппаратуры [15]. При этом растут риски развития осложнений.

По данным Соболевой Т.Ю. (1997), из общего числа осмотренных после ортодонтического лечения пациентов при наличии высокого индекса КПУ (до 6,6) и неблагоприятного состояния тканей пародонта у 32,7 обнаружены различные поражения твердых тканей зубов. Из них у 26,3% обследованных выявлены вертикальная форма стираемости, у 31,6% – эрозии и некрозы твердых тканей зубов [16] и у 42,1% – очаговая деминерализация эмали, которая, согласно данным Banks P.A. [17], может встречаться еще чаще – у 50% пациентов. Известно, что наличие зубочелюстных аномалий у пациентов оказывает влияние на клиническое и функциональное, в том числе и гигиеническое состояние их полости рта [18]. При лечении зубочелюстных аномалий используют несъемные и съемные ортодонтические аппараты, которые вводят в полость рта на длительное время. Конструктивные элементы аппаратов – брекеты, пружины, дуги, кламмеры и др. служат ретенционными пунктами для скопления мягкого зубного налета, препятствуют процессу самоочищения, затрудняют гигиенический уход и способствуют нарушению динамического равновесия и обменных процессов в полости рта. При этом повышается риск возникновения кариеса и воспалительных заболеваний в тканях пародонта [19].

Отсутствие полноценной, регулярной и тщательной гигиены полости рта, во многом, является причиной возникновения и развития заболеваний пародонта [20], выражающихся в интенсивном образовании зубного налета, его минерализации в зубной камень, а под воздействием этих местных факторов происходит воспаление прилегающей к зубу десны, нарушение микроциркуляции в периферических сосудах пародонта, изменение трофических процессов и как их следствие, резорбция межальвеолярных и межкорневых перегородок, а также апикальная резорбция корней зубов под влиянием ортодонтических сил. Связь между апикальной резорбцией корня и ортодонтическим перемещением здоровых зубов широко освещена в зарубежной литературе [21]. Поэтому обучение пациентов правилам гигиенического ухода за полостью рта следует рассматривать как важнейший шаг на пути профилактики заболеваний пародонта [22]. Следующий этап заключается в контроле, за качеством проведения индивидуальных гигиенических мероприятий. Наряду с этим профессиональная стоматологическая гигиена является неотъемлемой частью первого и всех последующих этапов [23].

Положение о факторах риска возникновения заболеваний является важнейшим в профилактике стоматологических заболеваний. Сущность его состоит в том, что вероятность возникновения заболеваний неодинакова у различных людей, но наиболее велика у людей с факторами риска возникновения болезни. К таким факторам относятся особенности строения, физиологии, наследственности отдельных лиц, а также условия жизни, питания, быта, привычек, наклонностей, которые могут способствовать развитию заболеваний. Выявление факторов риска и их устранение при различных заболеваниях позволяют внести

в профилактику ряд принципиально новых положений. Во-первых, объективизируются признаки, на основе которых выявляются лиц, нуждающихся в профилактике в первую очередь. Во-вторых, устранение факторов риска дает возможность с высокой степенью вероятности ликвидировать заболевание. В-третьих, при работе с пациентами, у которых обнаружены факторы риска, можно резко повысить медицинскую и экономическую эффективность профилактики, снизить экономические затраты на эти мероприятия. Факторы риска различными способами участвуют в тех или иных звеньях патогенеза заболеваний, поэтому соответственно возможности возникновения конкретного заболевания их называют карисогенными, пародонтопатогенными и т.д. К факторам риска возникновения болезней пародонта относят: чрезмерное употребление мягкой пищи, повышенную склонность к отложению зубного налета и плохой гигиенический уход за полостью рта, высокую минерализующую активность слюны, склонность к щелочной реакции слюны, низкую скорость тока слюны, ее высокую вязкость [24], придесневую локализацию кариеса и нависающие края пломб, нарушение смыкания зубных рядов и нормального соотношения челюстей и окклюзионных контактов, перегрузку и недогрузку отдельных участков пародонта. Среди общих факторов, необходимо, отметить гипертонию, различные эндокринные заболевания и эндокринопатии (сахарный диабет, гипопитарный нанизм, нарушение гормональной функции половой системы) [25]; нервно-соматические заболевания, заболевания пищеварительной системы, ревматизм, туберкулез, нарушение обмена веществ, гиповитаминозы и другие факторы [26].

Кариес зубов и болезни пародонта имеют ряд общих факторов риска, что позволяет одинаковыми мероприятиями (гигиена полости рта, воздействие на слюнные железы, ликвидация аномалий и недостатков окклюзии) предупредить оба заболевания [27].

Среди местных факторов, способствующих ретенции микробного налета, колонизации микроорганизмов, важное значение имеют наличие кариозных полостей; материалы, из которых изготовлены пломбы и протезы. Помимо микробного фактора, развитию воспалительных и дистрофических изменений пародонта способствуют некоторые аномалии развития зубочелюстной системы: патология прикуса, аномалии положения зубов (тесное положение зубов в переднем отделе нижней челюсти); дистопия, а также аномалия развития мягких тканей преддверия рта (мелкое преддверие, прикрепление уздечек губ и языка, выраженные тяжи слизистой оболочки); различные травмы (физическая, химическая, механическая) пародонта и слизистой оболочки полости рта [28].

На развитие гингивита у детей, кроме того, в период полового созревания влияют нарушения физического развития, гормональный дисбаланс в системе гипофиз - кора надпочечников, половых желез и др. Несомненно, помимо местных факторов в этиологии заболеваний пародонта имеют значение некоторые общие патологии, прежде всего сахарный диабет (некомпенсированный). Было доказано, что в возрасте 7 лет - распространенность зубочелюстных аномалий составляла - 72%; в 10-летнем возрасте наблюдалось снижение зубочелюстных аномалий за счет смены зубов на постоянные до 52%; в 7 классе - увеличение зубочелюстных аномалий до 60%, в 11 - до 76%. В данных возрастных группах преобладают зубочелюстные аномалии по классификации ММСИ (1990): аномалии положения зубов, аномалии формы, аномалии мягких тканей. Полученные данные говорят о недостаточном внимании родителей в дошкольном и подростковом возрасте к данной проблеме. Зубочелюстные аномалии являются фактором, вызывающим структурные изменения, функциональные нарушения, а также способствуют повышенному образованию зубного налета, вследствие увеличения количества ретенционных пунктов [29]. Следует заметить, что в клинике обычно наблюдается сочетание нескольких этиологических факторов (микробный налет, аномалия положения зубов и т.д.) [30].

По данным ВОЗ, ведущая роль в развитии заболеваний пародонта принадлежит микрофлоре зубной бляшки, зубного налета, которая представлена преимущественно грамотрицательными и грамположительными кокками, облигатными и факультативными анаэробами, актиномицетами, простейшими, фузобактериями, дрожжевыми грибами, спиролами, спирохетами, бактероидами и др. В период ортодонтического лечения ухудшаются клинические и микробиологические показатели состояния гигиены полости рта на поверхности ортодонтических аппаратов, кроме обычных представителей микробного пейзажа полости рта, вегетирует большое количество патогенных стафилококков и дрожжеподобных грибов кандиды [31]. Образование зубного налета в большом количестве наблюдается, с одной стороны, при плохой гигиене полости рта или ее отсутствии. С другой стороны, образование обильного налета и зубной бляшки связано с нарушением механизмов естественного самоочищения, которое может быть обусловлено рядом факторов, возникающих в полости рта: а) гипосаливация или вязкая слюна; б) травматическая окклюзия, которая наблюдается при скученности зубов, аномалиях прикуса в разных плоскостях, неправильно проводимом ортодонтическом лечении, раннем удалении молочных моляров, что приводит к перегрузке постоянных резцов; в) аномалии строения и прикрепления уздечек губ и языка, мелкое преддверие полости рта; г) нарушение функций жевания (ленивое или жевание на одной стороне), глотания (инфантильный тип), дыхания (ротовое, смешанный тип); д) вредные привычки; е) хроническая травма пародонта разрушенными зубами, неправильно наложенными пломбами, деталями ортодонтических аппаратов, при самоповреждениях подростками пародонта ногтями, ручками, заколками и т.д.; ж) недостаточная нагрузка жевательного аппарата, связанная с преобладанием в рационе тщательно обработанной мягкой пищи [32].

В числе причин возникновения зубочелюстных аномалий отмечаются детские вредные привычки. Под вредными привычками в стоматологии подразумевают разнообразные детские привычки, отрицательно сказывающиеся на росте и развитии челюстных и других лицевых костей и прилегающих к ним мягких тканей [33]. После установки брекет-систем возникают различные негативные процессы и в зубочелюстной системе. К таковым относятся изменения в твердых тканях зуба, тканях пародонта, костной ткани альвеолярного отростка [34]. Элементы брекет-системы затрудняют проведение качественной гигиены полости рта, изменяется минерализующая функция слюны, микро-гемодинамика в тканях пародонта [35], нарушаются местный и гуморальный иммунитет [36], увеличивается количественный состав микробной флоры. Всё это способствует накоплению мягких зубных отложений, образованию зубной бляшки, что впоследствии может дать начало развитию кариозного процесса и заболевания пародонта. Фиксация и смена различных элементов брекет-системы, протравливание, шлифовка и полировка эмали могут вызвать гиперчувствительность зубов у пациентов. Длительно существующая проблема гиперчувствительности зубов может наложить отпечаток на особенности поведения пациента (например, требование выполнить анестезию даже перед самыми простыми неинвазивными процедурами) [37]. После установки брекетов могут возникнуть такие заболевания полости рта, как гингивит и пародонтит. Развитие воспалительного процесса в тканях пародонта, как правило, связывают с ухудшением гигиены полости рта в процессе ортодонтического лечения, неправильным выбором ортодонтической конструкции, исходным состоянием тканей пародонта и твердых тканей зубов [38]. К сожалению, начальные признаки заболевания пародонта часто остаются незамеченными, что приводит к необратимым изменениям и тяжелому течению патологического процесса [39]. В последние годы врачи-ортодонты проявили интерес к психологии. Основная проблема ортодонтических пациентов - эстетика улыбки. Красивая

улыбка стала неотъемлемой частью имиджа человека и важным показателем качества жизни в обществе [40]. Пациенты идут к ортодонту за помощью в улучшении качества их жизни благодаря обретению великолепной улыбки. Психологи также работают над улучшением качества жизни людей. Для того чтобы оценить психоэмоциональный фон пациента необходима консультация психолога или проведение различных тестов, таких как тест Люшера.

Проблема профилактики заболеваний пародонта в процессе ортодонтического лечения является особенно острой также, как и проблема кариеса. Практическая значимость вопроса определяется высокой распространенностью кариеса зубов среди населения и заболеваемостью тканей пародонта (Е.В. Боровский, П.А. Леус, 1979; Г.Н. Пахомов, 1982; Э.М. Кузьмина, 1997; В.С. Иванов, 1998). Фиксированные на зубах брекетты, кольца, дуги значительно затрудняют гигиену полости рта, что приводит в 32,7% случаев к поражению твердых тканей зубов, в основном иммунных к кариесу поверхностей, и в 92% наблюдений отмечается неблагоприятное состояние тканей пародонта. Этим изменениям способствует также некачественно проведенное ортодонтическое лечение (Ф.Л.Хорошилкина, Джунан Осман, 1994; Т.Ю. Соболева, 1990, 1997). У лиц, находящихся на ортодонтическом лечении распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний проявляется значительно больше, чем у лиц, не имеющих ортодонтические конструкции [41]. После снятия брекет-системы до 55% поверхностей зубов имеют очаги деминерализации, проявляющиеся в виде белых пятен и полосок, повторяющих контуры оснований брекеттов. Деминерализации подвержены также моляры, которые являются опорными зубами в течение всего периода ортодонтического лечения [42]. Геворкян Т.В. [43] отмечает, что индекс зубной бляшки по Quigley и Hein в модификации Turesky у пациентов с брекет-системами увеличивается с $1,02 \pm 0,24$ до $1,23 \pm 0,15$ в течение первого месяца лечения с последующим снижением до $1,22 \pm 0,2$ через 6 месяцев и стабилизацией на уровне $1,15 \pm 0,23$ через 12 месяцев от начала ортодонтической коррекции. Частота воспалительных поражений пародонта при ортодонтическом лечении остается высокой (20-38%). Латентное течение на ранних стадиях воспалительных процессов в тканях пародонта у пациентов с брекет-системой затрудняет своевременную диагностику гингивита и пародонтита легкой степени тяжести, а, следовательно, отдалает проведение лечебных и реабилитационных мероприятий [44]. Ортодонтическая аппаратура приводит к физиологической перестройке пародонтальных структур, что обеспечивает необходимое перемещение зуба в заданном направлении [45]. Данная перестройка тканей физиологична только при применении оптимальной нагрузки. Может происходить перегрузка

пародонта, сопровождающаяся патологической реакцией, как его костных структур, так и тканей десны - наблюдается воспалительная реакция с явлениями отека и гиперемии с дальнейшим развитием пролиферативных процессов в эпителии и собственной пластинке слизистой оболочки полости рта. Микрофлора, вегетирующая на поверхности десны, вступает во взаимодействие с тканевыми элементами, вызывая их повреждение и запуская каскад реакций, характерных для воспалительного процесса. Наиболее важным и активным в этом отношении является *Actinobacillus actinomycesetemcomitans*, который играет важную роль в возникновении быстро текущих и агрессивных форм пародонтита [46].

Косырева Т.Ф. и соавт. [47] исследовали пациентов через два месяца с начала ортодонтического лечения и отметили явления хронического катарального гингивита у всех обследованных: вялотекущее воспаление десневого края, отечность и гиперемия десневых сосочков, кровоточивость при чистке зубов. Индекс гигиены полости рта повысился до 2,36 баллов, индекс зубного налета увеличился до 2,6 баллов, индекс гингивита увеличился на 52%, индекс кровоточивости - на 45%, что указывает на ухудшение показателей и неудовлетворительную гигиену полости рта. Индивидуальные размеры зубов в стоматологии используют при выборе методов реставрационной терапии, в ортодонтии - для диагностики и определения тактики ортодонтического лечения [48]. Ирошникова Е.А. с соавт. привели данные о размерах зубов и челюстей, толщине твердых тканей коронок зубов и так называемых зонах безопасности, имеющих большое значение при выборе конструкции протеза. Использование этих данных позволит нам составить алгоритм профилактики заболеваний пародонта для лиц с брекет-системами. Такими образом, анализ литературных данных показал, что актуальным остается проблема заболеваний пародонта, особенно среди лиц с брекет-системами. Существующие проблемы свидетельствуют о необходимости проведения комплексных профилактических мероприятий при патологии тканей пародонта до установки ортодонтических конструкций с учетом этиологических факторов, возрастных особенностей.

Приведенные материалы свидетельствуют о перспективности углубленного изучения состояния тканей пародонта у лиц с брекет-системами, как в период первичного обращения, так и на этапе ортодонтического лечения, особенно среди лиц молодого возраста, которые имеют социально-медицинскую значимость. Однако, несмотря на значительные достижения в области инновационных технологий установки ортодонтических конструкций, многие вопросы остаются недостаточно изученными и поэтому разработка алгоритма профилактики заболеваний пародонта для лиц с брекет-системами является актуальной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Антонова Н.М. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: автореф. ... дис.канд.мед.наук. - СПб, 2000. - 21 с.
- 2 Гриценко Е.А., Суетенков Д.Е., Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал.- 2011 №1 (том 7).- С.234-239 с.
- 3 Grossner C.G., Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41 // Sued Dent J.2007.31 (2).-С.65-74.
- 4 Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология: учебник.-М.: Медицина. 2011. - 736 с.
- 5 Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г. Обоснования и контролируемая индивидуальная гигиена полости рта-важный фактор стабилизации патологического процесса при генерализованном пародонтите//Современная стоматология.-2006.-№2.-С.46-48
- 6 Черкасов С.М. Анализ распространенности заболеваний зубочелюстной системы, формирующих спрос на стоматологические услуги//Ж. Фундаментальные исследования. - 2014. - №2. - С.186-189.
- 7 Юсупова Л.Г. Основы критериев качества диагностики и лечения гингивита // Казанский медицинский журнал, 2006. - Т. 85. - №5. - С. 393-394.
- 8 Тарасова Ю.Г. Повышение качества лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. - Пермь: 2013. - 48 с.
- 9 Тарасова Ю.Г., Кузнецова В.Ю., Любомирский Г.Б. Значимость местных и общих факторов в развитии воспалительных заболеваний пародонта у лиц разного возраста //Ж. Клиническая стоматология. - 2011. - №3. - С. 70-74.
- 10 Копецкий И.С., Побожьева Л.В. Современные лечебно-профилактические средства для индивидуальной гигиены полости рта // Ж. Лечебное дело. - 2012. - №3. - С.29-32.
- 11 Димитрова А.Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ//Современная стоматология. - 2015. - №3. - С.23-25.

- 12 Сампиев А.Т. Влияние профилактических средств на состояние гигиены полости рта и тканей пародонта пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой. *DentalForum*, 2005. - № 3. - С. 56-58.
- 13 Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. - М: Ортодент-Инфо, 1999. - 298 с.
- 14 Денисов Ю.Л. Особенности ортодонтического лечения взрослых с патологией пародонта, Учебно-методическое пособие - Минск: 2007. - 3 с.
- 15 Оспанова Г.Б., Арсенина О.Ю. Применение композиционных материалов в ортодонтии// Новое в стоматологии 1997. - №1. - С. 25-31.
- 16 Banks P.A., Burn A., O'Brien K.A. clinical evaluation of the effectiveness of including fluoride into an orthodontic bonding adhesive // *Eur J Orthod*. 1997. № 19 (4). P. 391-395.
- 17 Соболева Т.Ю. Особенности развития и профилактики некариозных поражений зубов в процессе ортодонтического лечения Новое в стоматологии 1997. - №10 (60). - С. 120-123.
- 18 Персин Л.С., Варавина А.А. Кариез при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий. // Ортодонтия. 2004 - №2. - С. 29-34.
- 19 Михайловская В.П., Терехова Т.В. Гигиеническое состояние полости рта пациентов, находящихся на лечении у врача-ортодонта // Современная стоматология - 2000. - №1. - С. 37-38.
- 20 Benson P.E., Parkin N., Dyer F., Millett D.T., Furness S., Germain P. Fluorides for the prevention of early tooth decay (demineralised white lesions) during fixed brace treatment. *The Cprhane Database of Systematic Reviews* 2013; 12: CD003809.
- 21 DeShields R.W. A study of root resorption in treated Class II Division I malocclusions // *Angle Orthod*. 1969. - Vol.39. - P. 231-245.
- 22 Темирбаев М.А., Мухамбетжанова А.Б., Габидуллина Г.С., Сергазинова Ж.И., Темирбаев К.М. / Материалы I (IV) съезда стоматологов РК. - Алматы.-1998.-с. 349 - 353.
- 23 Орехова Л.Ю. / 3 12 М: Поли Медиа Пресс. Заболевания пародонта.- 2004.- 376 с.
- 24 Bardow a., Nyvad B., Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and com - position , and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biology* 2001; 46: 413 - 423.
- 25 Янушевич О.О., Гринин Р.М., Почтаренко В.А., Рунова Т.С. и др. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинко-диагностические и лечебные аспекты//Уч. пособие, рекомендованное УМО Минздравсоцразвития РФ и Минобразования РФ /. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 - 160 с.
- 26 Цепов, J.I.M. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям //Ж. Пародонтология. — 2010. - № 1(54). - С. 3-7.
- 27 Денисова Е.Г. Заболевания пародонта у детей // Учебное пособие для врачей - интернов стоматологического профиля.- Харьков. - 2008. - с. 19.
- 28 Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции//М.: ОАО «Стоматология». 1997. - 32 с.
- 29 Касымова Е.Ж., Белоусов Ю.Н., Джургумбаева С.К. и др. К вопросу первичной профилактики стоматологических заболеваний //Казахстанский стоматологический журнал. - 2005.-№1. - С.48-50.
- 30 Покровский В.И., Позднеева О.К. Медицина микробиология. - М.: 1998. - 183 с.
- 31 Чижевский И.В., Моисейцева Л.А., Ермакова И.Д., Забышный А.А.// Ж. «Здоровье ребенка.- Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 2008. - №12. - С. 4-7.
- 32 Сунцов В.Г., Дистель В.А., Леонтьев В.К. и др. Гигиеническое воспитание населения в системе первичной стоматологической профилактики у детей//Учебно-метод.пособие.- Омск.- 1992.- 128 с.
- 33 Нанда Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. Руководство для ординаторов, студентов медицинских вузов и практикующих врачей стоматологов - М: МЕДпресс - информ, 2009. - С. 29-42.
- 34 Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1999. - 800 с.
- 35 Брянцева Е.С., Семенов М.Г., Сатыго Е.А. Клиническая стоматология. Оценка динамики развития активности кариозного процесса у подростков 16-18 лет на этапах ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий с использованием несъемной техники// Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация.-2013. -Т. 25(168), вып. 24.- С. 262-264.
- 36 Потоцкая С.В. Влияние ортодонтического лечения с применением брекет-системы на функциональное состояние челюстно-лицевой области и позвоночника// Дис. ...канд. мед.наук.- М.- 2008.-134 с.
- 37 Вавилова В.В. Состояние пародонта при лечении ортодонтическими брекетами из различных материалов// Дис. ...канд. мед.наук.- М.- 2006. - 135с.
- 38 Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. - М.: 2004. - 320 с. при заболеваниях пародонта. - М.: МИА.- 2010. - 56 с.
- 39 Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознательность. Личность. - М.: 1975. - 75 с.
- 40 40.Децык О.Р. Оценка кариесогенной ситуации в динамике лечения зубочелюстных аномалий несъемной ортодонтической аппаратурой// Автореф. дис. канд. мед.наук. - Пермь: 2010. - 22 с.
- 41 Вавилова Т.П., Коржукова М.В. Профилактика стоматологических заболеваний при лечении современными ортодонтическими аппаратами - М.: Медицина.-1997. - 35 с.
- 42 Геворкян, Т.В. Состояние органов и тканей полости рта при коррекции зубоальвеолярных аномалий и деформаций с использованием стоматологических кап// Автореф. дис. канд. мед.наук. - Москва.- 2014. - 24 с.
- 43 Усманова, И.Н. Комплексное лечение заболеваний пародонта при ортодонтической коррекции скученного положения зубов// Автореф. дис. канд. мед.наук. - Екатеринбург: 2005. - 23 с.
- 44 Дробышева, Н.С. Оценка ортодонтического лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта://Автореф. дис. канд. мед.наук. - Москва.- 2007. - 25 с.
- 45 Беньковский, В.В. Клиническая оценка гигиены полости рта пациентов, пользующихся ортодонтическими аппаратами//Автореф. дис. канд. мед.наук. - СПб: 2011. - 22 с.
- 46 Косырева Т.Ф., Багдасарова И.В., Сафрошкина В.В. Лечение хронического катарального гингивита у ортодонтических пациентов// Вестник РУДН.- Серия медицина. - 2009. - № 4. - С.430-435.
- 47 Зубов А.А. Одонтология. Методика антропометрических исследований. - М.: Наука. - 1968. - 199 с.
- 48 Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина.- 1999. - 800 с.

У.А. Куватбаева

БРЕКЕТ-ЖҮЙЕСІН ҚОЛДАНУШЫ НАУҚАСТАРДА ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Бұл мақалада брекет-жүйелерін қолданушы науқастардың пародонт ауруларымен ауру қаупіне әдеби шолу жасалған. Анақұрлым маңызды кезеңдері белгіленген.

Түйінді сөздер: Пародонт патологиясы, брекет-жүйелері, науқас, асқыну, алдын-алу.

U. A. Kuatbaeva

RISK FACTORS OF PERIODONTAL DISEASE IN INDIVIDUALS WITH A BRACKET SYSTEM (ACCORDING TO LITERATURE)

Resume: The article presents the data of the literature review on risk factors of periodontal disease in individuals with bracket systems, identified the most important and key positions.

Keywords: pathology of the periodontal, braces, the patient, complications, prevention.

УДК: 616, 318-089, 163-08 (574.51)

Н.Т. Байназарова, М.К. Искакова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры по стоматологии

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

В практической стоматологии, на сегодняшний день, к наиболее сложному виду лечения относится эндодонтическое лечение, используемое при лечении осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит). Актуальность изучаемой проблемы основывается на том, что с каждым годом увеличивается число пациентов с осложненными формами кариеса, особенно среди лиц молодого возраста

Ключевые слова: Качества, эндодонтия, осложнения кариеса, не качественное пломбирование корневого канала, корневой канал

Актуальность: Оценка качества эндодонтического лечения приобретает актуальность в связи с увеличением числа пациентов с осложненными формами кариеса, сложностью проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после проведения эндодонтического лечения. Эндодонтическое лечение, является одним из сложных методов лечения в терапевтической стоматологии.

В практической стоматологии, на сегодняшний день, к наиболее сложному виду лечения относится эндодонтическое лечение, используемое при лечении осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит). Актуальность изучаемой проблемы основывается на том, что с каждым годом увеличивается число пациентов с осложненными формами кариеса, особенно среди лиц молодого возраста. Кроме того, сложности проведения ряда лечебных манипуляций, зачастую, приводят к различным ошибкам и осложнениям во время на этап и после проведения эндодонтического лечения.

Пульпит и верхушечный периодонтит являются следствиями кариеса. Частота гибели пульпы зубов у людей - важный предмет исследования. Эпидемиологические аспекты эндодонтии по сравнению с эпидемиологией кариеса пломбирование корневого канала и заболеваний пародонта разработаны недостаточно [1,2,3,4].

Данные результатов исследования авторов показали, что у 715 (79,4%) обследованных были выявлены деструктивные изменения у верхушки корня и (или) наблюдалось пломбирование корневого канала. Интенсивность осложненного кариеса на каждого обследованного составила в среднем 3,17 зуба. Полноценная obturation корневого канала имела место в 40,4% случаях. Полученные данные демонстрируют огромный масштаб эндодонтических проблем. Потребность в перелечивании каналов зубов почти в 2,5 раза превышает потребность в их первичном лечении [5,6,7,8,9,10].

Нелеченные или некачественно леченые дентальные очаги инфекции являются причиной удаления зубов, развития одонтогенных гайморитов, хронического сепсиса, которые приводят к временной утрате трудоспособности; воспалительным процессам в челюстно-лицевой области, иногда приводящих к летальному исходу [11].

Одной из основных проблем в эндодонтической практике остаются сложности топографии корневого канала, которые приводят к называемым «проблемным каналам» [12,13]. В клинической практике врача-стоматолога нередко встречаются ситуации, когда после лечения зубов по поводу пульпита сохраняется чувствительность зуба на температурные раздражители. Пациенты иногда предъявляют жалобы на самопроизвольную боль или боль при накусывании на зуб, которые могут продолжаться

значительное время после эндодонтического лечения. Такую симптоматику врачи-стоматологи чаще объясняют реакцией на пломбирование каналов, что может быть индивидуальной чувствительностью к компонентам [12]. Корневые пломбы данных Аксамит Л.А. с соавт. (2015 г). Зачастую подобная ситуация может предполагать также: дополнительный корневой канал с сохранившейся пульпой; остатки пульпы в запломбированном корневом канале; наличие дельты. Дополнительный корневой канал чаще всего является следствием отсутствия своевременной диагностики структуры зубов и неполным раскрытием полости зуба [14]. Наиболее проблемными являются первые моляры верхней челюсти (медиальный щечный корень), резцы нижней челюсти, где регистрируются дополнительные каналы [15].

Установлено, что очень сложные типы строения корневых каналов не позволяют в полной мере очистить и качественно обработать всю поверхность стенок корневого канала. При формировании каналов некоторые участки остаются недообработанными, что негативно влияет на качество эндодонтического лечения [16]. Также было установлено, что почти 50% поверхности стенок дентина корневого канала может оставаться вне контакта с эндодонтическими инструментами [17,18].

Наличие в системе корневого канала боковых ответвления (93% зубов) и ответвлений апикальной дельты (96% зубов), которые находятся в концевых трех миллиметрах корня, а также у моляров еще и дополнительных канальцев в области бифуркации ставит под сомнение возможность тщательного удаления тканей пульпы [11,19].

Выделяют следующие ошибки, обусловленные сложной анатомией корневых каналов: в 40% нижние резцы имеют два корневых канала, в 58% - второй премоляр верхней челюсти имеет два корневых канала, в 31% - первый премоляр нижней челюсти имеет два корневых канала, в 20% - фронтальных зубов имеют боковые ответвления от основного корневого канала [20].

Другой важной проблемой является наличие микроорганизмов в корневой системе. Микроорганизмы, вызывающие эндодонтические заболевания и на 90% состоящие из облигатных анаэробов, инфицируют не только мягкие ткани пульпы, но и пристеночный предентин корневого канала на глубину до 1,2мм [21]. По данным статистики основной причиной неэффективности эндодонтического лечения является недостаточное уничтожение бактерий в системе корневых каналов - 76%, неправильное определение показаний к лечению - 22%, отказ от проведения рентгенографии также является одной из причин неэффективности эндодонтического лечения. Более лечению, т.е. перелечиванию подлежат повторно [22]. Удаление патогенной микрофлоры из эндодонта - это