

реализация такого контроля на практике в полном объеме невозможна. Например часть профилактики «здоровый образ жизни» доступен не всем, о чем свидетельствует мировая тенденция к росту «стоматологического неравенства». По этой причине для защиты населения от кариеса зубов на коммунальном уровне используют методы, эффекты которых могут быть получены при невысоком уровне ответственности населения за свое здоровье: автоматическая (или полуавтоматическая) профилактика при помощи фторирования необходимых компонентов рациона и/или добавления минералов в зубные пасты. Однако при этом следует также проводить тщательный мониторинг поступления фтора в организм из окружающей среды, а также учитывать состояние здоровья пациента. При выборе профилактических мероприятий предпочтительней выбирать безфторовые средства по уходу за полостью рта и не забывать об альтернативных подходах в профилактике кариеса.

Возня И. В.,

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*доцент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии
Запорожский государственный медицинский университет*

Полноценная диагностика заболевания, компетентный подбор методов лечения, обоснованное сочетание комплекса терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий определяет степень эффективности оказания лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта.

Критерием оценки эффективности является индексная оценка состояния тканей пародонта позволяющая оценить не только глубину и распространенность патологического процесса, но и контролировать динамику заболевания в течение длительного времени и эффективность проведенных методов лечения.

В течение двух лет нами проведено обследование и лечение 75 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет жителей Запорожья с воспалительными заболеваниями пародонта и дефектами зубных рядов. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от тяжести заболеваний пародонта, с первой степенью (22 человека), со второй (38 человек) и третьей (15 человек). Мужчин и женщин было поровну.

Всем пациентам на этапах ортопедического лечения применялись различные конструкции съемных и несъемных лечебных аппаратов: временные пластмассовые шинирующие каппы, лигатурное шинирование, шинирование с помощью системы «Риббонд», шинирующие имediata-протезы, цельнолитые мостовидные протезы, шинирующие бюгельные протезы и их комбинации.

Клиническое исследование пародонта проводили до лечения, после лечения и через 12 месяцев после ортопедического лечения. Состояние гигиены

полости рта, динамику образования налета и зубного камня определяли с помощью упрощенного индекса гигиены (ИГ). Степень воспаления десны определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Степень деструктивных изменений в пародонте оценивали по пародонтальному индексу (ПИ). Оценить выраженность воспаления позволил индекс кровоточивости (ИК).

Результаты исследования показывают, что ИГ у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения – $2,68 \pm 0,08$; после лечения – $1,466 \pm 0,044$ и через 12 мес. после протезирования – $1,66 \pm 0,035$. Со второй степенью пародонтита: до лечения – $2,74 \pm 0,08$; после лечения – $1,37 \pm 0,04$ и через 12 мес. после протезирования – $1,60 \pm 0,02$. С третьей степенью пародонтита: до лечения – $2,92 \pm 0,103$; после лечения – $1,57 \pm 0,11$ и через 12 мес. после протезирования – $1,70 \pm 0,05$.

Значения индекса РМА у пациентов с первой степенью пародонтита составили: до лечения – $61,15 \pm 3,23\%$; после лечения – $24,67 \pm 2,24\%$ и через 12 мес. после протезирования – $29,47 \pm 2,19\%$. Со второй степенью пародонтита: до лечения – $66,70 \pm 2,94\%$; после лечения – $24,83 \pm 1,72\%$ и через 12 мес. после протезирования – $28,63 \pm 1,21\%$. С третьей степенью пародонтита: до лечения – $82,067 \pm 2,37\%$; после лечения – $41,74 \pm 2,89\%$ и через 12 мес. после протезирования – $39,96 \pm 2,43\%$.

Значение индекса ПИ у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения – $3,125 \pm 0,17$; после лечения – $2,57 \pm 0,11$ и через 12 мес. после протезирования – $2,72 \pm 0,096$. Со второй степенью пародонтита: до лечения – $3,40 \pm 0,08$; после лечения – $2,84 \pm 0,06$ и через 12 мес. после протезирования – $2,94 \pm 0,06$. С третьей степенью пародонтита: до лечения – $4,65 \pm 0,414$; после лечения – $3,73 \pm 0,37$ и через 12 мес. после протезирования – $3,67 \pm 0,23$.

Индекс ИК у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения – $1,9 \pm 0,09$; после лечения – $0,74 \pm 0,04$ и через 12 мес. после протезирования – $1,12 \pm 0,04$. Со второй степенью пародонтита: до лечения – $2,46 \pm 0,09$; после лечения – $0,95 \pm 0,04$ и через 12 мес. после протезирования – $1,39 \pm 0,05$. С третьей степенью пародонтита: до лечения – $2,71 \pm 0,037$; после лечения – $1,01 \pm 0,11$ и через 12 мес. после протезирования – $1,54 \pm 0,09$.

Таким образом, применение комплекса терапевтических, хирургических, ортопедических мероприятий позволило добиться стойкой ремиссии заболевания.

Статистически достоверными являются различия между значениями индексной оценки до и после лечения; до лечения и через 12 месяцев после протезирования ($P < 0,05$).

Пол пациента на значения индексной оценки тканей пародонта до лечения после лечения, через 6 и 12 месяцев после протезирования существенного влияния не оказывает ($P > 0,5$).