СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С. 46–49.
2 Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 38–40.
3 Борисова Е.Н., Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном состоянии общего здоровья // Клиническая геронтология. – 2001. – № 5–6. – С. 21–26..
4 Борисова, Е.Н. Социальные и клинические аспекты заболеваний пародонта у людей пожилого возраста // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. - № 2. - С. 31-36.
5 Карлаш А. Е. Особенности клиники и патогенеза хронического генерализованного пародонтита у людей пожилого и старческого возраста.Дис…канд.мед.наук.- М.:2007. - 125с.
6 Мазур.І.П. Стуктурно-функціональний стан тканин пародонту в людей різноговіку та статі // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 48–51.
7 Beck J. &Loe H. Epidemiological principles in studying periodontal diseases // Periodontology, 2000.- №2.-P.34–35.

В.П.РУСАНОВ, У.Р. МИРЗАКУЛОВА, Р.С.ИБРАГИМОВА , Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ

ОРТА, ЕГДЕ ЖӘНЕ КӘРІ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДА ПАРАДОНТ ТІНДЕРІНІҢ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ТӘУЕЛДІЛІК ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Мақалада Алматы қаласы мен Алматы облысының орта, егде және қарт адамдарының пародонт тіндерінің жағдайларының зерттеу нәтижелері көрсетілген. Пародонт ауруларының қарқынды дамып, жайылғаны анықталды. Оған барлық жас топтарындағы ауыз гигиенасының төмендігі мен соматикалық аурулардың барлығы басты себеп болып табылады.
Түйінді сөздер: Ауыз қуысының гигенасы, пародонт, пародонт ауруы, жалпы аурулар, орта жас, егде жас, қарт адам.

V.P. RUSSANOV, U.R.MIRZAKULOVA, R.S.IBRAGIMOVA , N.A.DAULETHODZHAYEV

RISK FACTORS IN DEVELOPMENT OF THE PERIODONTAL DISEASES IN MIDDLE AGE, OLD AN ELDERLY AGE GROUPS

Resume: The article contains the research results of the periodontal tissues' condition of the elderly and old people living in Almaty and Almaty region. We have revealed high intensity and prevalence of the periodontal diseases .The predisposing cause is a low level of oral hygiene and overall somatic diseases in different age groups.
Keywords: Oral hygiene ,periodontal diseases, overall diseases, middle age, elderly, old age .

УДК 616.314.17-008.1-053.2

Б.Ж. ТАКИМЕТБЕКОВА

ГККП на ПХВ «Городская детская стоматологическая поликлиника» г.Алматы

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Ведущая роль в развитии заболеваний пародонта принадлежит микрофлоре зубной бляшки, зубного налета, а воспалительные заболевания пародонта рассматривают как оппортунистическую инфекцию, приспосабливающуюся к существованию в полости рта и вытесняющую другие.
Ключевые слова: *заболевания пародонта, зубная бляшка, зубной налетгигиенический уход.*

Актуальность. Самой большой группой заболеваний тканей пародонта являются воспалительные (гингивиты, пародонтиты). На их долю приходится 94–96 % всех заболеваний пародонта. Гингивит (катаральный или гипертрофический, отечная форма) и пародонтит имеют одинаковый причинный фактор. Заболевания пародонта у детей широко распространены. По данным ВОЗ, 80 % детей имеют те или иные заболевания пародонта. Они могут быть воспалительного, дистрофического и опухолевого характера. Это две взаимосвязанные формы заболевания. При гингивитах воспалительный процесс ограничен только десной. Распространение воспаления на другие ткани пародонта (периодонт, цемент корня, альвеолярную кость) приводит к развитию пародонтита. Распространенность гингивитов в детском возрасте составляет 80 %, пародонтитов — 3–5 %. Наиболее часто заболевания пародонта выявляются с 9–10 лет [1].

Особенности развития заболеваний пародонта у детей связаны с тем, что, во-первых, патологический процесс развивается в растущих, постоянно перестраивающихся тканях, входящих в состав пародонта, в тканях морфологически и функционально незрелых, способных неадекватно реагировать даже на незначительные повреждающие факторы. С другой стороны, патология пародонта может развиваться на фоне диспропорции роста и созревания тканевых структур как внутри системы, имеющей единые функции (зуб, периодонт, альвеолярная кость и т.д), так и в структурах и системах, обеспечивающих весь организм и приспосабливающих его к изменениям внешней среды (нервная, гуморальная, эндокринная и др.), что обусловливает возникновение заболеваний пародонта в ювенильном периоде [2].

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, спириллами, спирохетами, бактероидами и др. [3, 4, 5].

Материал и методы исследований. Было обследовано 86 человек, находившихся на лечении в городской детской стоматологической поликлиники г. Алматы с заболеваниями

пародонта. Все больные в соответствии с возрастом, были разделены на 3 группы: 1-я группа — дети в возрасте от 5 до 9 лет; 2-я — от 10 до 14 лет и 3-я от 15 до 18 лет. Группы формировались с учетом физиологических сроков начала пубертата у здоровых детей. Всем детям проводилось стандартное стоматологическое обследование. Для объективной оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта использовали следующие методики: индекс кровоточивости (ИК,ВОЗ, 1977), пробу Шиллера-Писарева, РМА, пародонтальный индекс (PI, Russel, 1956), индекс гигиены по методике Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной (ИГ Ф-В), упрощенный гигиенический индекс OHI-S.

Результаты исследований. Результаты обследования показали, что из 86 обследованных детей, 62 ребенка имели заболевания пародонта. Частота встречаемости заболеваний пародонта у мальчиков и девочек в разные возрастные периоды была практически одинакова. Анализ данных, что у исследуемых детей в возрасте 10-14 лет встречаемость заболеваний пародонта увеличивалась в 2,5 раза и сохранялась на этом уровне у подростков 15-18 лет. Вероятно, резкий скачок частоты встречаемости патологии пародонта у детей, в пубертатный период обусловлен аритмией функционирования половых желез и неблагоприятно сказывалось на формировании пародонта при прорезывании зубов. При сравнении индексных показателей оценки состояния гигиены полости рта у детей в возрасте 5-9 лет отмечался неудовлетворительный гигиенический уход за полостью рта. В возрасте 10-14 лет эти показатели также неудовлетворительные и они увеличились по сравнению с предыдущей возрастной группой. В возрасте же 15-18 лет произошло значимое уменьшение значений индексов гигиены, что свидетельствовало об адекватной гигиене полости у подростков.

Основным методом лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта является **местное медикаментозное,** направленное на подавление специфической микрофлоры пародонтальных карманов, ликвидацию симптомов гингивита и уменьшение глубины пародонтальных карманов, стимулирование репаративных процессов. Для этой цели применяются:

- антисептики: 1% р-р йодинола, 0,1% р-р хлоргексидина биглюконат, 0,5% р-р этония, 0,1% р-р этакридина лактата, гивалекс, гистидин, 0,05% р-р декаметоксина; 2% масляный раствор хлорофиллипта и др. в виде аппликаций, инстилляций;
- протеолитические ферменты (трипсин, химопсин) — для расщепления некротизированных тканей, разжижения серозного, гнойного экссудата в виде инстилляций (5 мг на 10 мл физраствора или анестетика);
- противовоспалительные препараты: 0,1% р-р мефемината натрия, 5–10% метилурациловая мазь, 1% р-р галаскорбина, траумвель, ротокан, настойка календулы, стоматофит, стоматофит-А и др. в виде аппликаций, ротовых ванночек;
- антибактериальные средства: метрогил в виде мази или геля, 0,1% р-р гексетидина для аппликаций, инстилляций; препараты на основе триклозана для полоскания полости рта;
- антибиотики остеотропные: тетрациклинового ряда — тетрациклин, олететрин, ауремицин в виде паст, мазей для аппликаций, инстилляций; левомицетин в виде паст, мазей; паста И.В. Чижевского (метилурацил 2,0 г, левомицетин 0,4 г, тетрациклин 0,2 г, белая глина 7,5 г), которая замешивается на анестетике или масляных растворах витаминов А, Е для введения в пародонтальные карманы или аппликаций. Необходимость применения антибиотиков определяется тем, что специфическая пародонтальная микрофлора, по данным литературы, чувствительна в основном к антибиотикам тетрациклинового ряда и левомицетину;
- мягкодействующие склерозирующие препараты при гиперплазии десны: полиминерол, мараславин, бефунгин, сангвинарин, хлорофиллипт, 20% настойка чистотела и др;
- препараты для регенерации тканей пародонта при тяжелой форме пародонтита — Atrisorb, Emelogain.

Следует отметить, что лекарственные вещества, вводимые в пародонтальные карманы в виде паст, взвесей, инстилляций или ирригаций, в условиях полости рта быстро вымываются из зоны действия, что снижает лечебный эффект. Поэтому в последнее время для устранения бактерий над- и поддесневого зубного налета получает широкое распространение введение в пародонтальные карманы лекарственных препаратов, иммобилизированных на определенной основе — полоски, нити из различных полимеров, микрогранулы, нестойкие полимерные матрицы из желатина, липидов и др. Они самостоятельно рассасываются и не требуют удаления.

При наличии аномалий отдельных зубов, зубных рядов и прикуса проводится **ортодонтическое лечение**. При хроническом течении заболеваний пародонта это лечение необходимо сочетать с противовоспалительной терапией. Противопоказано ортодонтическое лечение лишь при наличии острого воспаления (острый катаральный, острый язвенно-некротический гингивит). Ортодонтическое лечение должно предусматривать устранение у ребенка вредных привычек и парафункций. У ребенка, закончившего ортодонтическое лечение, должны правильно протекать функции дыхания, глотания, жевания, речевой артикуляции. Пародонтолог должен уделить этому должное внимание.

Хирургические методы лечения: кюретаж при глубине пародонтальных карманов от 3 до 5 мм, коррекция прикрепления мягких тканей (пластика уздечек языка, губ, углубление преддверия полости рта). Гингивотомия, гингивэктомия и сложные лоскутные операции у детей и подростков применяются редко.

Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта в детском возрасте применяют ограниченно, в основном пальцевый, гидро-, вакуум-массаж, электрофорез 1% р-ра гласкорбина, 5% р-ра аскорбиновой кислоты, 5–10% р-ра глюконата кальция.

Общее лечение предусматривает:

– лечение фоновых заболеваний совместно с педиатром, эндокринологом, гематологом, детским гинекологом, иммунологом и другими специалистами;

– общеукрепляющую терапию с назначением витаминов группы С, Р, В, аскорутина, рациональное и сбалансированное питание. Пища не должна подвергаться значительной кулинарной обработке. Она должна быть грубой, жесткой, с ограничением углеводов;

– назначение препаратов кальция, фосфора (лактат кальция, глюконат кальция в возрастной дозировке 3 раза в день в течение мясяца);

– гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты в возрастной дозировке в течение 7–10 дней;

– при агрессивных быстропрогрессирующих формах пародонтита показано системное назначение препаратов тетрациклинового ряда по 250 мг 3–4 раза в день и левомицетина по 0,5 г 3 раза в день в течение 10 дней. При более длительном приеме антибиотиков необходимо обеспечить профилактику дисбактериоза кишечника и предупредить родителей о возможном изменении у ребенка цвета эмали зубов. Возможно назначение вышеназванных антибиотиков в сочетании с метронидазолом по 0,25 г 3 раза в день в течение 10 дней;

– учитывая роль иммунной системы в развитии воспалительных заболеваний пародонта, назначение в тяжелых случаях иммуномодуляторов — декариса, иммудона, элеутерококка.

Заключение. Анализ течения воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков дает возможность рекомендовать комплекс вышеуказанных методов лечения как эффективное средство, обладающее выраженным антибактериальным, противовоспалительным, регенерирующим свойствами. У обследуемых детей и подростков гигиеническое состояние полости рта ухудшалось в возрасте 10-14 лет, и заметно улучшалось в 15-19 лет. В настоящее время воспалительные заболевания пародонта рассматривают как оппортунистическую инфекцию, приспосабливающуюся к существованию в полости рта и вытесняющую другие, менее патогенные микроорганизмы. Эта инфекция зависит не только от присутствия патогенных специфических бактерий, но и от среды, способствующей их

размножению, — локальных изменений pH, анаэробной ниши (десневые бороздки, карманы), а также от изменения резистентности организма.

Применение преимущественно одного метода лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей зависит от формы, сроков начала заболеваний, индивидуальных особенностей организма больного. Как правило, использование нескольких методов лечения в комплексе приводит к стойким и устойчивым позитивным изменениям вплотб до полного выздоровления ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Безрукова И.В., Грудянов А.И. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. — 2002. — № 5. — С. 45-47.
2 Попович З.Б., Рожко М.М., Безвушко Е.В. Рентгендіагностика захворювань зубів та тканин пародонту у дитячому та підлітковому віці. — 2001. — 214 с.
3 Ральер Мазур. Местная антимикробная терапия активных пародонтальных карманов // Новое в стоматологии. — 2000. — № 4. — С. 78-81.
4 Дмитриева Л.А. Пародонтит. — М.: МЕДпресс-информ, 2007 — 500 с.
5 Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматолог. — 2006. — № 6. — С. 37-48.

Б.Ж. ТӘКІМЕТБЕКОВА

БАЛАЛАРДЫҢ ПАРОДОНТ ТІНДЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

Түйін: Пародонт тіндерінің аурулары даму жолында басты себепші болып тіс қағы, тіс түйіртпегі болып саналады, ал пародонттың қабыну ауруларын ауыз қуысындағы енгізілген оппортунистикалық жұқпа деп табылады. Балалар стоматологиялық емханада кездескен
Түйінді сөздер: пародонт аурулары, тіс қағы, тіс түйіртпегі, гигиеналық күтім

B.ZH.TAKIMETBEKOVA

INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES IN CHILDREN

Resume: Leading role in the development of periodontal diseases belongs to the microflora of dental platelet, dental plaque, and inflammatory periodontal diseases are treated as an opportunistic infection which adapts to the existence in the oral cavity and displaces other.
Keywords: periodontal diseases, dental platelet, hygienic care.

УДК 616.314-002-053.2(574.1)

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, Р.Б. НУРЛЫ, Г.А. КАРКИМБАЕВА, Г.А. КУРМАНГАЛИЕВА, Г.С. КИСМЕТ
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,
Мангистауский областной стоматологический центр

ДИНАМИКА ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

С целью оказания стоматологической помощи детям Мангистасукой области организован научный проект на 2012-2014 годы. Ранее было проведено обследование 595 детей в возрасте от 2 до 18 лет, у которых за один год наблюдения отмечается прирост кариеса на 0,9%. Оказана стоматологическая помощь 92 детям с использованием инновационных методов лечения кариеса зубов и его осложнений и проведены профилактические мероприятия.
Ключевые слова: *дети, зубы, кариес, профилактика, стоматологическая помощь*

Актуальность. Одним из крупнейших промышленных регионов Казахстана является Прикаспийский регион. В Мангистауской области расположены богатейшие месторождения нефти и газа. Прогнозные ресурсы углеводородного сырья составляют более 30 млрд т, а извлекаемые запасы нефти оцениваются в 12 млрд т. Как известно, приоритетной в области является нефтедобывающая промышленность, обеспечивающая высокий уровень социально-экономического развития, объема производства.

До настоящего времени отсутствовали научные исследования по комплексной гигиенической оценке влияния освоения нефтегазовых месторождений Мангистауской области на окружающую среду и здоровье населения данного региона, что и определило актуальность планируемых исследований.

Актуальное значение имеют значение территориальные особенности среды обитания, такие как социальные условия, урбанизация, особенности промышленной специализации, тенденции изменения социального состава общества, медико-демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие детей и подростков.

По результатам проведенных ранее исследований в структуре заболеваемости населения Мангистауской области болезни органов пищеварения занимают второе место среди всех классов болезней. Так как, болезни полости рта являются наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта, необходимо установить причинно-следственные связи качества объектов окружающей среды и стоматологического здоровья населения, особенно детского, нефтегазовых регионов Мангистауской области. Требуется разработать модели зависимости отдельных нозологических форм данного класса болезней от уровня загрязнения объектов окружающей среды, определить необходимые мероприятия.

Как следует из эпизодических ранних сообщений, повсеместно в Мангистауской области уровень стоматологического здоровья всего населения, в том числе и детей, очень низкий: распространенность кариеса составляет 90% и выше.