

1986. N3. С. 31-33.
2. Barkmeter W.W., Cooleu R.I. Self-shearing-pins: a laboratory evaluation of pin channel penetration before shearing// J. Am.Dent Assoc. 1979.V.99. P.476-479.
3. Eriksen H.M., Bierthess E. Sekundaekaries// Nor. Jannlaegeforen. Tid. 1990. Mar. Bd.100. n5. P.204-206.
4. Jahn K.R., Gonschorek E. Untersuchungen zur Stadreit von Fullungen//Stomatol. DDK. 1986. Vol/36. n 3. P.124-128.
5. Knight G. The Funnel Restoration// Dental Outlook. 1984. V.53. n.10. P.125-128.
6. Moffa J.R. et. al. Pins - A comparison of their referentive properties// J.Am Donf Assoc. 1969. V.78. P.529.

Е.В. Гольдштейн, Л.П. Мальчикова, Т.Н. Постникова,
Е.С. Васильева, Е.А. Вайнштейн

ПАРАЛЛЕЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ
Кафедра хирургической стоматологии

Поджелудочная железа, являясь одним из центральных органов в системе пищеварения, выполняет чрезвычайно важные функции [1,2]. Секретируемые и инкретируемые железой ферменты, гормоны и полипептиды участвуют в регуляции по типу прямой и обратной связи в координации внутри- и межсистемных реакций в метаболических процессах организма [3,4].

Однако неизученными остаются вопросы взаимосвязи и влияния нарушения функции поджелудочной железы на ткани пародонта. Целью настоящей работы явилось изучение состояния кальциевого обмена у больных с заболеванием тканей пародонта при поражении поджелудочной железы.

Нами проведено обследование и хирургическое лечение 60 пациентов с различной степенью тяжести поражения пародонта. Больные осматривались совместно с гастроэнтерологом на базе городской клинической больницы N25 г.Екатеринбурга. Исследование плазмы крови на кальций производилось в биохимической лаборатории ЦНИЛ Уральской медицинской академии и биохимической лаборатории областной клинической больницы N1. Всем больным, наряду с клинико-лабораторными исследованиями, определением состояния органов пищеварительного тракта, проводили оценку стоматологического статуса. Изучали состояние гигиены полости рта по определению зубного налета и зубного камня - индекс Грин-Вермилиона (1964), состояние тканей пародонта по усредненному индексу КПИ с оценкой интенсивности заболеваемости. Полученные данные приведены в табл.1.

При наличии нескольких признаков диагностировалось более тяжелое поражение тканей пародонта - КПИ рассчитывалось по формуле $KPI = \text{кодов} / \text{зубов}$ (обычно 6). На основании данных таблицы видно, что у 10 пациентов выявлен средний уровень интенсивности болезней пародонта при КПИ 3,6-5,0, у 20 - тяжелое поражение пародонта с патологической подвижностью зубов II и III степени.

Таблица 1

Показатели заболеваний тканей пародонта и критерии интенсивности болезней пародонта на основании данных КПИ

Коды	Признаки	Критерии	КПИ	Уровень интенсивности	Кол-во больных
0	Здоровый	Зубной налет и признаки воспаления пародонта при обследовании не определяются	0,1-1,0	-	-
1	Зубной налет	Любое количество мягкого белого налета, определяемое зондом на поверхности коронки, в межзубных промежутках или придесневой области	0,1-1,0	Риск к заболеванию	-
2	Кровоточивость	Видимое невооруженным глазом кровотечение при легком зондировании зубодесневого желобка (кармана)	1,1-2,0	Легкий	-
3	Зубной камень	Любое количество твердых отложений в поддесневой области зуба	2,1-3,5	Средний	10
4	Патологический карман	Патологический зубодесневой карман, определяемый зондом	3,6-5,0	Тяжелый	30
5	Подвижность зуба	Патологическая подвижность зуба 2-3 степени			20

Изучение рентгенограмм проводилось по индексу, разработанному Sheiham, Stuffer (1970) и предназначенному для количественной оценки заболеваний тканей пародонта. При этом анализировались отдаленные группы зубов или зубы с использованием кода и разработанных критериев (табл.2).

Таблица 2

Показатели количественной оценки рентгенограмм при заболеваниях тканей пародонта

Код	Критерии	Количество больных
0	Изменений нет	-
4	Имеется нарушение кортикальной пластинки гребня межзубной кости, расширение периодонтальной щели	-
5	Потеря альвеолярной кости до 1/3 длины корня зуба	18
6	Потеря кости от 1/3 до 2/3 длины корня зуба	32
7	Потеря кости более 2/3 длины корня зуба	10

Из данных таблицы видно, что у обследуемой группы больных наиболее часто деструкция костной ткани при заболевании пародонта достигает от 1/3 до 2/3 длины корня зуба, в меньшей степени - до 1/3 длины корня зуба и наиболее редко - более 2/3 длины корня зуба. При распределении больных хронич-

ческим панкреатитом использовалась видоизмененная классификация А.Л. Гребнёва [5-8]. По нозологическим формам были выделены следующие группы пациентов: 1. Хронический панкреатит в сочетании с хроническим гастритом и выраженной секреторной недостаточностью желудка. 2. Хронический панкреатит в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 3. Хронический панкреатит в сочетании с билиарной патологией (желчно-каменной болезнью, некалькулезным холециститом, дискинезией желчного пузыря). 4. Хронический первичный панкреатит (без выраженной сопутствующей патологии). Распределение больных хроническим панкреатитом в зависимости от поражений тканей пародонта и уровня кальция в плазме крови [9] приведено в табл. 3.

Таблица 3
Изменение тканей пародонта в зависимости от формы панкреатита

Формы панкреатита	К-во больных	Код индекса рентгенограмм	Код интенсивности болезней пародонта	Уровень Са в плазме крови, ммоль
1. Хронический панкреатит в сочетании с гастритом	14	5-6	3-4	2,03-2,26
2. Хронический панкреатит в сочетании с язвенной болезнью	16	5-7	4-5	1,91-2,2
3. Хронический панкреатит в сочетании с билиарной патологией	10	6	4	2,14-2,36
4. Хронический первичный панкреатит	5	5	3	2,1-2,42
5. Контрольная группа	15	5	3	2,32-2,72

Как следует из данной таблицы, среди больных преобладали лица с хроническим панкреатитом в сочетании с язвенной болезнью, где и показатели стоматологического статуса значительно выше, а уровень кальция заметно ниже нормальных единиц. Вторую группу по численности составили пациенты с хроническим панкреатитом в сочетании с гастритом, где показатели кода индекса рентгенограмм и интенсивности болезней пародонта указывали на тяжелую патологию тканей пародонта, хотя уровень кальция в плазме крови был незначительно ниже или имел нижние показатели нормы. У больных с хроническим панкреатитом в сочетании с билиарной патологией показатели кода индекса рентгенограмм и интенсивности болезней пародонта указывают на среднюю степень заболевания тканей пародонта. Наименьшие изменения показателей стоматологического статуса

выявлены у пациентов с хроническим первичным панкреатитом и в контрольной группе (куда вошли практически здоровые люди). У них и показатели уровня кальция в крови в норме.

Таким образом, обследованная группа больных является достаточно представительной, что позволило выявить особенности заболеваний тканей пародонта при указанных выше состояниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев Н.Н., Черкезова-Кетова Е.Р. Патология пищеварительной системы при экспериментальном панкреатите. М. : Медицина. 1979. 200 с.
2. Климов П.К. Поджелудочная железа в системе органов пищеварения//Клин.мед. 1980. №2. С.11-18.
3. Климов П.К. "Поведение" органов пищеварительной системы //Физиол. журнал СССР. 1982. №2. С.178-186.
4. Коротько Г.Ф. Ферменты пищеварительных желез в крови. Ташкент. 1983. 212 с.
5. Леус Н.А. Комплексный периодонтальный индекс //Стоматология. 1988.№1. С. 48-51.
6. Гребнев А.Л. Хронический панкреатит //Клин.мед.1982. №4. С.99-106.
7. Васильева Е.С. Основные аспекты диагностики и лечения поражений слюнных желез и органов полости рта у больных хроническим панкреатитом: Автореф. дисс. канд.мед.наук. Екатеринбург, 1995.20 с.
8. Постникова Т.Н. К оценке функциональных изменений поджелудочной железы при хронических панкреатитах: Автореф. дисс. -канд.мед.наук. Свердловск, 1969. 20 с.
9. Меньшикова З.В. Лабораторные методы исследования в клинике. М.: Медицина. 1987. 265-266 с.