

чество дней на лечение одного зуба — 1,9; в стадии обострения: посещений — 2,2; число дней — 3,7. Количество посещений при лечении хронических гранулирующих в стадии обострения составило 1,5; количество дней — 1,8; хронических гранулематозных: посещений — 1,9; число дней — 3,2.

Клиническое улучшение после пломбирования в группе с хроническими фиброзными периодонтитами отмечено у 88,3 % больных.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о возможности применения препарата «Эраконд» для медикаментозной обработки корневых каналов при лечении периодонтитов.

Влияние гипофункции яичников на количественный и качественный состав слюны

Т. М. Еловикова, Т. Н. Витенко
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено влияние дисфункции половых гормонов на рост и развитие организма, на функцию СО желудка, процессы формирования зубов и околозубных тканей [1, 4]. Эстрогены могут усиливать размножение клеток тканей десны, а, с другой стороны, тестостерон и прогестерон снижают их пролиферативную активность. Имеется предположение о влиянии фолликулина на усиление роста клеток соединительной ткани десны при ее воспалении [1]. В эксперименте при удалении яичников у животных отмечено развитие гингивита, а затем и периодонтита с выраженной резорбцией межальвеолярных перегородок, а также остеопороз в альвеолярной кости и уменьшение плотности коллагеновых волокон в периодонте, в дальнейшем развивается остеопороз челюстных костей [1].

Выявлена патогенетическая связь между ЗП и нарушением функции половых желез (ПЖ) у женщин [3]. У 25 % женщин поражение тканей пародонта обусловлено гипофункцией яичников. При кастрационном синдроме частота ЗП составляет 57,3 %, причем со временем частота пародонтита у таких больных возрастает [3, 4].

Отмечено также, что при гипофункции ПЖ происходит нарушение обмена веществ, которое ведет к изменению состава слюны [1, 2, 5]. Кроме того, слюнные железы наряду с функцией наружной секреции выполняют функцию внутренней секреции (эндокринная функция). Они осуществляют активное влияние на кальцификацию костей и зубов, на обмен кальция в организме [1, 5]. Этот вопрос мало изучен и представляет несомненный интерес.

С целью определения взаимовлияния, корреляции, изменений пародонта при гипофункции ПЖ у женщин и изменений качественных и количественных показателей слюны выполнено данное исследование.

Материал и методика. Проведено клиническое и лабораторное обследование 13 женщин с гипофункцией ПЖ (гипоменструальный, гемикастрационный и посткастрационный синдром), находившихся на лечении в ОКБ № 1 и ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Эти больные составили 1-ю группу. 2-ю (контрольную) группу составили 13 больных с генерализованным пародонтитом без фоновых заболеваний. В 3-ю группу вошли 8 практически здоровых людей (для сравнения показателей слюны). Возраст всех обследуемых — от 27 до 49 лет.

Клиническое обследование включало: подробный анализ анамнестических данных (70 вопросов анамнестической анкеты), осмотр ПР, определение гигиенического индекса (Грина — Вермильона), индекса РМА (Рагта), пародонтального индекса, PI (Rassel), стойкости капилляров десны (В. И. Кулаженко), глубины карманов, степени подвижности зубов, необратимого костного показателя (Fuchs), а также индекса биоэлектроманнитной реактивности. Проведено общее клиническое обследование и исследование ротовой жидкости по следующим параметрам: сналомерия, определение белка, аденизинтрифосфатазы, фосфокиназы, малонового альдегида, антиоксидантной активности, гликозамингликанов, лизоцима (до и после стимуляции лимонной кислотой), а также определение половых гормонов (тестостерон, пролактин, ФСГ, ЛГ). Выполнено также исследование вышеназванных показателей в крови. Результаты исследования обработаны с помощью методов математической статистики.

Результаты и их обсуждение. Большинство больных 1-й группы отмечало в анамнезе кровоточивость при чистке зубов в течение многих лет (9 человек), запах изо рта — у 7, отложение зубного камня — у 8, быстрое образование зубного налета — у 4, иногда возникающая боль в деснах — у 6, припухлость десен — у 3. Мостовидными протезами пользуются 10 человек; сухость во рту отметили 4 человека; у больных в среднем удалено по 2—3 зуба (у 3 — по 7 зубов); 2 пациентки помнят о расшатывании зубов у родителей. Только одна больная правильно хранит зубную щетку, и только 2 человека чистят зубы два раза в день (утром и вечером); все пациентки пользуются разными зубными пастами, 3 человека предпочитают пасту с фтором. Стараются регулярно принимать пищу 9 пациенток, 8 человек любят мучные и сладкие блюда. Вредные привычки (покусывание губ, щек) отметили 3 больных.

Данные сналографии различны, наблюдалась тенденция к уменьшению выделения слюны (ксеростомия) у больных 1-й группы.

Из 13 человек пародонтит легкой степени выявлен у 4 больных, средней степени — у 5, тяжелой — у 4 (у 3 больных выражены пролиферативные изменения десны). Значимых различий в показателях клинических индексов больных 1-й и 2-й групп (РМА, РІ, ГИ, необратимый костный показатель Fuchs, глубина карманов (в мм) и др.) не отмечено.

В то же время обнаружены значительные различия ($p < 0,01$) в показателях: АТФ-аза, фосфокиназа, АОА, лизоцим слюны пациентов 1-й и 2-й групп и различия ($p < 0,05$) показателей: белок, МДА, гликозамингликаны.

Различия в половых гормонах в слюне больных 1-й и 3-й групп статистически достоверны ($p < 0,05$) по параметрам: тестостерон, ФСГ, ЛГ; и существенны, но недостоверны статистически: пролактин ($p > 0,05$) и эстраген ($p > 0,05$).

Таким образом, при гипофункции яичников различного генеза выявлены ЗП, характеризующиеся выраженными деструктивными изменениями в области межальвеолярных перегородок и АО челюстей, уменьшением времени образования гематом (несколько несоответствующим тяжести процесса в пародонте), а также неудовлетворительной гигиеной ПР.

Полученные результаты позволяют говорить о влиянии половых гормонов на развитие патологии пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Ю. Л. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях.— М., 1983.— 208 с.
2. Вишняк Г. Н., Харламова К. Е., Гурошева Г. Т. и др. // Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику: Тр. ЦНИИС.— М., 1991.— С. 63—64.
3. Максимовский Ю. М., Моциль А. И., Воложин А. И., Новиков В. Е. // Стоматология.— 1991.— № 1.— С. 24—26.
4. Удовницкая Е. В. Эндокринологические аспекты стоматологии.— М., 1975.— 192 с.
5. Edgar W. M. // Brit. dent. J.—1990.— Vol. 169, N 3—4.— С. 96—98.

Особенности поражения тканей пародонта у больных с инсулинозависимым сахарным диабетом при хроническом тонзиллите

Т. М. Еловинова, А. М. Еловиков
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Согласно мировой статистике, 5 % всего населения мира страдает сахарным диабетом (СД). Наблюдается омоложение этого заболевания. Каждые 10—15 лет во всех странах мира число больных увеличивается в два раза. По мнению экспертов ВОЗ, «...диабет и его сосудистые осложнения будут постоянно увеличивающимся бременем здравоохранения» [5]. У больных выявляют поражения различных органов и систем. Наиболее часто страдают ткани пародонта («малый симптом диабета»). Особенно тяжелые поражения тканей пародонта наблюдаются при инсулинозависимом сахарном диабете (ИЗСД), наиболее агрессивном типе СД, встречаются в 80—100 % случаев и являются следствием диабетической микроангиопатии [1, 2, 5, 6]. Все поражения ЛОР-органов при СД также связаны с ангио- и нейропатией [2, 5]. Они выявлены у 59 % больных с СД. Поражение миндалин при СД диагностируют значительно чаще, чем у людей, не страдаю-