

донтите и ряде заболеваний слизистой оболочки полости рта позволяет рекомендовать ее в качестве эффективного средства для местной обработки в комплексном лечении.

Разработанный в Институте биохимии и физиологии микроорганизмов АН СССР местный антибактериальный и протеолитический препарат лизоамидаза получил разрешение Фармакологическим комитетом СССР для медицинского применения и промышленного производства¹.

Summary. Antibacterial and proteolytic enzyme lysoamide was used to treat periodontitis and a range of diseases of oral mukosa. The results displayed its major advantages over trypsin and allowed us to recommend it as an effective means of local treatment in the combined therapy of these disorders.

УДК 616.314-06:616.379-008.04]-08

Т. М. Еловикова

ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА И ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— доц. И. А. Палалка) Свердловского медицинского института

Одна из актуальных проблем современной пародонтологии — оказание помощи больным сахарным диабетом, у которых поражения пародонта выявляются в 29—100 % случаев [4, 13, 16, 17]. Несмотря на опыт [1—3, 8—12, 15] консервативного и хирургического лечения поражений пародонта, которые ухудшают и без того тяжелое состояние больных этой группы, до сих пор нет четких рекомендаций для стоматологов. Особенный интерес представляет поиск эффективных, наименее травматичных методов лечения ранних форм поражений пародонта при инсулинзависимом сахарном диабете (I типа), так как в литературе представлены результаты лечения таких больных без учета возрастных особенностей и типа сахарного диабета.

Целью настоящего исследования является обобщение результатов лечения поражений пародонта у больных сахарным диабетом I типа и диспансерного наблюдения их у стоматолога.

Материалы и методика. В процессе диспансерного наблюдения в течение 3 лет обследовано [7] 86 больных сахарным диабетом I типа с поражением пародонта. Среди

больных было 29 лиц мужского пола и 57 женского в возрасте 15—35 лет. До и после курса лечения определяли гигиенический индекс (ГИ) по Федорову—Володиной, папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА) индекс (в процентах), пародонтальный индекс (ПИ), стойкость капилляров методом дозированного вакуума по Кулаженко (в секундах) и необратимый костный показатель Fuchs [6, 14]. Лечение поражений пародонта проводили на фоне инсулино- и диетотерапии. Курс лечения заканчивали при отсутствии жалоб, удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта, уплотнении, отсутствии гиперемии и отечности десневого края, улучшении клинических показателей состояния пародонта. Местное лечение включало устранение травмирующих факторов, восстановление контактных пунктов между зубами, избирательное шлифование зубов, удаление зубных отложений, медикаментозную обработку десневых карманов настоем тысячелистника и 2—2,5 % водным раствором экстракта элеутерококка, реминерализующую терапию, обучение гигиеническим навыкам ухода за полостью рта (с последующим контролем), пальцевой аутомассажа десен. При генерализованном пародонтите легкой и средней степени тяжести, идиопатических поражениях с прогрессирующим лизисом тканей пародонта у некоторых больных применены хирургические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Поражения пародонта, преимущественно генерализованные, выявлены у 85 (98,8 %) из 86 больных сахарным диабетом I типа. В процессе лечения у больных достигнут положительный эффект. Для примера приведем динамику клинических показателей состояния пародонта в течение 3 лет при лечении генерализованного пародонтита легкой степени у 40 больных инсулинзависимым сахарным диабетом в зависимости от срока наблюдения: перед началом (I этап) и после окончания первого курса терапии (II этап), перед началом (III этап) и после окончания последнего ее курса (IV этап; см. таблицу).

Из таблицы видно, что к концу I этапа лечения все клинические показатели имели тенденцию к улучшению, а перед началом последнего этапа они приближались к исходным, кроме постепенного нараставшего времени образования вакуум-гематом. Аналогичная закономерность прослеживалась и в процессе диспансерного наблюдения у всех больных с различной степенью поражения пародонта. Патология пародонта постепенно прогрессировала. Повторные курсы лечения были необходимы при генерализованном гингивите средней тяжести и тяжелом гингивите, локализованном пародонтите, генерализованном пародонтите легкой степени через 5—6 мес, при генерализованном пародонтите средней тяжести через 3—4 мес, при идиопатических поражениях с прогрессирующим лизисом тканей пародонта через 2—3 мес.

13 больным с преобладанием пролиферативных процессов в пародонте произведены 15 операций: кюретаж (11), открытый кюретаж (2), гингивэктомия (1) и лоскутная операция (1). Больные оперированы после предварительной консультации эндокринолога на фоне адекватной инсулинотерапии, применения десенсибилизирующих средств и антибиотиков, максимального шажения психики под аппликационной анестезией 2 % раствором дикаина (кюретаж) и инфльтрационной анесте-

¹ Сведения о потребности Вашего учреждения в лизоамидазе на 1989 г. и последующие годы можно направлять в Главное аптечное управление, а копию — в Институт биохимии и физиологии микроорганизмов АН СССР (142292, Московская обл., г. Пушкино, пр. Науки), ориентировочная цена препарата — 10—12 руб. за 1 г.

Показатель	Этап наблюдения				
	I	II	III	IV	
ГИ	$2,34 \pm 0,09$	$1,27 \pm 0,04$	$1,46 \pm 0,09$	$1,08 \pm 0,08$	
РМА, %	p	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,01$	
		$64,45 \pm 3,7$	$9,02 \pm 0,9$	$45,3 \pm 2,3$	$3,31 \pm 0,4$
ПИ	p	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,01$	
		$3,0 \pm 0,11$	$1,25 \pm 0,12$	$2,62 \pm 0,13$	$0,57 \pm 0,09$
Стойкость капилляров десны, с: в области моляров верхней челюсти в области моляров нижней челюсти	p	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,01$	
		$40,08 \pm 3,7$	$52,3 \pm 3,6$	$51,6 \pm 2,9$	$61,8 \pm 2,5$
	p	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,05$
		$47,1 \pm 3,8$	$57,9 \pm 3,7$	$58,1 \pm 3,6$	$67,6 \pm 3,6$
	p	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,05$	

Примечание. Достоверность различий рассчитана по сравнению с исходными данными.

зией 1 % раствором тримекаина. У 3 больных в комплекс лечения включили шинирующее протезирование.

Для оценки результатов диспансерного наблюдения использовали следующую градацию: улучшение, стабилизация процесса, ухудшение. У большинства больных в процессе лечения достигнута стабилизация процесса: стихли воспалительные явления в пародонте, приостановилось прогрессирование деструкции. При лечении гингивита наступило улучшение — исчезли жалобы, десна стала бледно-розовой, уплотнилась, нормализовались клинические показатели состояния пародонта. У 5 больных с идиопатическими поражениями пародонта остеопороз межзубных перегородок продолжал нарастать при сравнительно удовлетворительном состоянии десны.

Таким образом, у 98,8 % больных сахарным диабетом I типа в возрасте 15—35 лет поражены ткани пародонта. Выявлена прямая средняя корреляционная связь между тяжестью поражения пародонта и тяжестью ($r = +0,435$) и давностью ($r = +0,654$) сахарного диабета I типа.

При использовании традиционных методов лечения поражений пародонта при сахарном диабете I типа необходимо учитывать некоторые особенности этих больных. Тенденция тканей пародонта к гнойно-некротическим процессам и продуктивному воспалению требует дополнительных средств для обработки десневых и пародонтальных карманов. С этой целью мы использовали кровоостанавливающее и противовоспалительное свойства настоя тысячелистника, а также положительный эффект 2,5—5 % водного раствора экстракта элеутерококка как противовоспалительного, стимулирующего ферментативную деятельность тканей, сахароснижающего, антибластомного и адаптогенного средства.

В процессе лечения поражений пародонта у больных сахарным диабетом важно раннее выявление зубов с бессимптомно протекающим пульпитом, одонтогенных очагов, постепенно превращающихся в остеопороз «воронкообразной» фор-

мы [4, 9], в формирование которых вовлечена склонная к некрозу пульпа. Делульпированы 19 зубов у 11 больных, которые отмечали снижение болевой чувствительности во время препарирования зуба, при проведении электроодонтодиагностики в динамике — по обычной методике и с изменением полярной формулы.

При сахарном диабете наблюдаются изменения структуры твердых тканей зубов в области зубодесневого прикрепления. Для предупреждения таких дефектов в комплекс лечения включали реминерализующую терапию [5]. Хирургические методы лечения при сахарном диабете диктуются только необходимостью.

Наиболее эффективной формой организации стоматологической помощи таким больным является диспансеризация у стоматолога. В результате диспансерного наблюдения пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение 3 лет мы достигли улучшения в 14,12 % случаев, стабилизации процесса в 78,9 %, ухудшения в 5,88 %; 7,06 % больных лечение прервали.

Литература

1. Гафурова Д. Ф., Каюмов Э. Г., Маликов К. С. // Мед. журн. Узбекистана.— 1974.— № 5.— С. 25—27.
2. Генкин М. Э. Заболевания пародонта у детей, больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 1971.
3. Гусейнов Р. Р. // Стоматология.— 1977.— № 3.— С. 89—90.
4. Житковская Е. Н. Некоторые вопросы клиники и лечения пародонтоза у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Алма-Ата, 1969.
5. Зайцева Э. П., Еловикова Т. М. // Пермская обл. науч.-практ. конф. стоматологов, 16-я, посвящ. 40-летию науч.-мед. о-ва стоматологов (март 1980). Тезисы.— Пермь, 1980.— С. 12—13.
6. Иванов В. С., Баранникова И. А. // Стоматология.— 1978.— № 3.— С. 88—93.
7. Лемецкая Т. И. // Там же.— 1984.— № 6.— С. 59—61.
8. Паламарчук Ю. Н. // Терапевтическая и ортопедическая стоматология.— Киев, 1971.— Вып. I.— С. 26—29.
9. Паламарчук Ю. Н. Клиника, патоморфология и лечение поражений тканей пародонта у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Донецк, 1972.
10. Приходько С. С. Диабетические ангиопатии пародонта и

их роль в развитии пародонтоза: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Киев, 1979.

11. Рыбаков А. И., Банченко Г. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта.— М., 1978.
12. Удовичка Е. В. Эндокринологические аспекты стоматологии.— М., 1975.
13. Чучмай Г. С., Приходько С. С., Плешанов Е. В. // Стоматология.— 1980.— № 3.— С. 10—11.
14. Шугар Р., Баноци Я., Рац И., Шаллаи К. Заболевания полости рта: Пер. с венгр.— Будапешт, 1980.
15. Юсупов С. Х. // Стоматология.— 1980.— № 2.— С. 88—89.
16. Bartolucci E. G., Parkes R. B. // Oral Surg.— 1981.— Vol. 52, N 4.— P. 387—390.
17. Kalkvarf J. L., Krejci R. F. // J. Periodont.— 1983.— Vol. 54, N 6.— P. 361—364.

Поступила 20.07.87

Summary. The 3 years of out-patient dentist's follow-up of 86 patients aged 15 to 35 with type 1 diabetes mellitus are overviewed. In 98.8 % of diabetic patients te parodont diseases were detected. Characteristic features of parodont diseases and dental caries are described along with the results of treatment and follow-up.

УДК 616.314.17-002-08-036.8-07:519.24

Л. Ф. Сидельникова, С. В. Косенко, Э. А. Махнакова

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии (зав.— проф. Н. Ф. Данилевский) Киевского медицинского института им. акад. А. А. Богомольца

При разработке новых методов лечения довольно часто проводится сравнительный анализ, при котором на большом фактическом материале сопоставляются известные и новые методы лечения, предлагаемые авторами. Для этого применяются традиционные методы статистической обработки результатов лечения [2, 3, 5, 6, 11]. Математический учет эффективности лечения при достаточном клиническом материале не представляет затруднений, если имеются четко обозначенные параметры результатов лечения. Как правило, цифровые значения зависят не только от предлагаемых методов лечения, но и от точности их математической обработки [9, 11]. При этом бывает сложно учитывать результаты отдельных экспериментов, неожиданных вариантов лечения, а также тех случаев, когда фактически полученные данные оказались лучше или хуже ожидаемых результатов лечения. В научных исследованиях подобных ситуаций помогают избежать прогнозирование и математическое моделирование лечения [1, 8].

Цель настоящего исследования — применение методов математического моделирования и статистического прогнозирования при лечении периодонтита.

Материал и методика. Под наблюдением находилось 40 больных, которых разделили на две группы. В 1-й (основной) группе для лечения использовали 1 % раствор террилитина с 0,1 % раствором новоиманина, корневые каналы пломбировали канифоль-новоиманиновой пастой [4]. Во 2-й (контрольной) группе корневые каналы обрабатывали 3 % раствором перекиси водорода и 2 % раствором хлорамина, пломбирование производили резорцин-формалиновой смесью. Диагноз ставили на основании клинико-рентгенологических данных. У всех больных рентгенологически определялась деструкция костных структур в периапикальном очаге воспаления. Статистическую обработку данных проводили на ЭВМ СМ-3 по методу Гаусса—Лапласа [1, 7, 10].

Результаты исследований. При обработке материалов в качестве изменяемого параметра использовали величину очага поражения в плоскости рентгеновского снимка. Выбирая данные параметры, мы руководствовались следующим. Известно, что величина очага, полученная на рентгенограмме, зависит от угла падения рентгеновского луча, при котором проводится рентгенография, интенсивность изображения на рентгенограмме определяется чувствительностью пленки, временем фиксации и т. д. Поскольку требования к указанным рентгенограммам были общепринятыми, то величины, или их изображения, в равной мере колебались при всех методах лечения и при статистической обработке усреднялись, как и все остальные случайные величины, не связанные со способом лечения. Для удобства представления результатов лечения площадь очага у каждого из пациентов нормализовалась по среднему значению до начала лечения. В связи с этим среднее значение очага поражения было условно принято за 1 для больных обеих групп. Среднеквадратичное отклонение — разброс относительно среднего значения очага до лечения в 1-й и 2-й группах оказалось примерно равным (0,214803 и 0,219143; табл. 1), что свидетельствовало о репрезентативности статистических данных для проведения сравнительного анализа.

С целью выявления зависимости результатов лечения от избранных препаратов для обработки корневых каналов и пломбировочного материала для их заполнения большим обеих групп с деструкциями костной ткани и при полном заполнении корневых каналов было предложено явиться на контрольное обследование в течение 1-го месяца после лечения.

В табл. 2 представлены результаты прогнозирования восстановления костной ткани в течение

Таблица 1

Результаты статистической обработки данных, характеризующих площадь очага поражения (в усл. ед.)

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
Среднее значение до лечения	1,000000	1,000000
Среднее квадратичное отклонение	0,214803	0,219143
Среднее значение после лечения	1,229117	0,823052
Среднее квадратичное отклонение	0,294957	0,288797