

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Гилязева В. В., Гиниятулин И. И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Татарстан (420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49) hedstroem@rambler.ru, gilyazevav@mail.ru

Проведена сравнительная оценка лечения больных – подростков в возрасте 15–17 лет с различными формами кариеса зубов с использованием в составе комплексного лечения методов патогенетической терапии. Результаты исследования позволили установить наибольшую эффективность лечения с включением патогенетической терапии посредством ультрафонофореза 15 % раствора димефосфона больных с К 02.0, К 02.1 субкомпенсированной формой кариеса. Включение в состав комплексного лечения патогенетической терапии посредством сублингвального применения полиоксидония выявило наибольшую эффективность у больных с К 02.0, К 02.1 декомпенсированной формой кариеса зубов. Эффективность лечения больных с различными формами кариеса зубов выразилась в положительной динамике показателей гигиенического статуса полости рта по гигиеническому индексу по Федорову-Володкиной и ОНI-s, резистентности твердых тканей зубов по ТЭР, а также интенсивности и прироста интенсивности кариеса зубов.

Ключевые слова: кариес зубов, гигиенический статус, резистентность эмали, лечение, патогенетическая терапия.

COMPARATIVE ESTIMATION OF METHODS FOR TREATING PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS DENTAL CARIES

Gilyazeva V. V.

SBEI HPE «Kazan State Medical University» of The Ministry of health of the Russian Federation, (420012, Kazan, Butlerov street, 49) hedstroem@rambler.ru; gilyazevav@mail.ru

A comparative evaluation of the treatment of patients – young people aged 15–17 years with various forms of dental caries using a part of complex treatment methods of pathogenetic therapy. Results of the study to establish the most effective treatment with the inclusion of pathogenic therapy by 15 % solution of phonophoresis dimephosphone patients to 02.0, 2.1 subcompensated to form cavities. Inclusion in the comprehensive treatment of pathogenic therapy by sublingual polyoxidonium found most effective in patients with K 02.0, K 1.2 decompensated form of dental caries. The effectiveness of treatment of patients with various forms of dental caries has resulted in the positive dynamics of the hygienic status of the oral cavity for hygienic index according to Fedorov, Volodkina and OHI-s, resistance of dental hard tissues for energy resources, as well - the intensity and increase the intensity of dental caries.

Keywords: dental caries, hygienic status resistance of enamel, treatment, pathogenetic therapy.

Введение

Накопленные на сегодняшний день данные по продолжающемуся изучению реализации механизмов возникновения и развития кариеса зубов предполагают соответствующие методы патогенетической терапии в составе комплексного лечения больных. Клиническая терапевтическая стоматология на современном этапе располагает стандартным объемом этиотропной и патогенетической терапии, проводимой с использованием мероприятий общего и местного характера, в комплексе лечебно-профилактической помощи [1, 3, 4]. Выполнение местной терапии возможно на любых этапах и в различные периоды ведения больных кариесом зубов: непосредственно при проведении оперативно-восстановительного вмешательства, реабилитационных

мероприятий, при осуществлении превентивной функции, в том числе – на донозологическом уровне [2, 7, 8]. Вместе с тем, этап и период проводимой терапии определяют направленность препаратов местного воздействия, обуславливающих различную эффективность лечения больных кариесом зубов.

Целью исследования явилась сравнительная оценка методов лечения больных кариесом зубов, характеризующимся различным течением.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование и лечение 264 больных с различными формами кариеса зубов в возрасте 15–17 лет после получения информированного согласия, контрольную группу составили 42 практически здоровых подростка. В группы обследованных не включались больные с декомпенсированными хроническими соматическими заболеваниями, соматическими заболеваниями в остром или рецидивном периоде, аутоиммунными, инфекционными заболеваниями, ПИД, онкологические, гематологические больные. При объективном обследовании оценивались: интенсивность поражения зубов кариесом по индексу КПУ и прирост интенсивности, гигиеническое состояние полости рта посредством определения гигиенического индекса (ГИ) по Федорову – Володкиной и упрощенного индексу гигиены полости рта Грина – Вермильона (ОНИ-s), состояние твердых тканей зубов по тесту эмалевой резистентности (ТЭР), исходно и на сроках наблюдения 10 дней, 3, 6, 12 и 24 месяца [5, 6]. Все больные кариесом зубов получали оперативно-восстановительное лечение, реминерализующую терапию – по показаниям, в соответствии с «Протоколом ведения больных. Кариес зубов», утвержденного зам. Министра здравоохранения и социального развития РФ В. И. Стародубовым, от 17 октября 2006 г. [4]. Больные хроническим кариесом (K02.3) получали стандартное лечение, больные острыми формами кариеса зубов (K 02.0, K 02.1-субкомпенсированная форма; K 02.0, K 02.1-декомпенсированная форма) в комплексе со стандартными методами лечения получали патогенетическую терапию с применением: сублингвально полиоксидония, ультрафонофореза 15 % раствора димефосфона и ультрафонофореза 5 % раствора мексидола.

Результаты и обсуждение

Результаты изучения гигиенического статуса полости рта в группах наблюдения выявили исходные значения показателей ГИ Федорову – Володкиной и ОНИ-s в контрольной группе (гр. 1), соответствующие «хорошему» и «удовлетворительному» уровням; в группе хронического кариеса (K 02.1, 02.3) (гр. 2) уровень гигиены по изучаемым индексам интерпретировался как «удовлетворительный», что недостоверно отличалось от значения ГИ контрольной группы ($p \geq 0,05$) и было достоверно больше по значению ОНИ-s ($p \leq 0,001$). У больных с различными формами кариеса зубов исходные значения ГИ и ОНИ-s

соответствовали неудовлетворительному уровню и достоверно отличались между собой, но обнаружили достоверно большие значения (и, следовательно, более низкий уровень гигиены полости рта) по сравнению с таковыми в контрольной группе ($p \leq 0,001$).

Динамика показателей гигиенического статуса по ГИ и ОНI-s в контрольной группе на сроках исследования не обнаружила достоверных отличий по сравнению с исходным значением ($p \geq 0,05$) и оставалась на «хорошем» и «удовлетворительном» уровнях. Динамика показателей гигиенического статуса по ГИ и ОНI-s в группе, хронического течения (К 02.3) на всех сроках исследования характеризовалась значениями «неудовлетворительного уровня». По сравнению со значениями показателей контрольной группы статистически значимые отличия значений ГИ по Федорову – Володкиной были зарегистрированы на сроках 10 дней, 6, 12 и 24 месяцев исследования, а значения ОНI-s на всех сроках исследования ($p \leq 0,001$).

В группе больных К 02.0, К 02.1-субкомпенсированная форма кариеса зубов подгруппе применения полиоксидония и подгруппе применения УФФ димефосфона показатели гигиенического состояния полости рта характеризовались достоверным снижением на сроках исследования по сравнению с исходными и в контрольной группе на сроках 10 дней и 12 месяцев, а также по сравнению со значениями в подгруппе применения мексидола, достигая к 3 месяцам хорошего уровня, которое, стабилизируясь, поддерживалось до окончания всего периода исследования. Наибольшее достоверное снижение значений гигиенических индексов и достижение стабильного хорошего уровня гигиены полости рта было зарегистрировано в подгруппе больных К 02.0, К 02.1-декомпенсированная форма кариеса, получавших в качестве патогенетической терапии полиоксидоний (рис. 1, рис. 2).

Рис. 1. Динамика гигиенического статуса по ГИ по Федорову – Володкиной в группах наблюдения

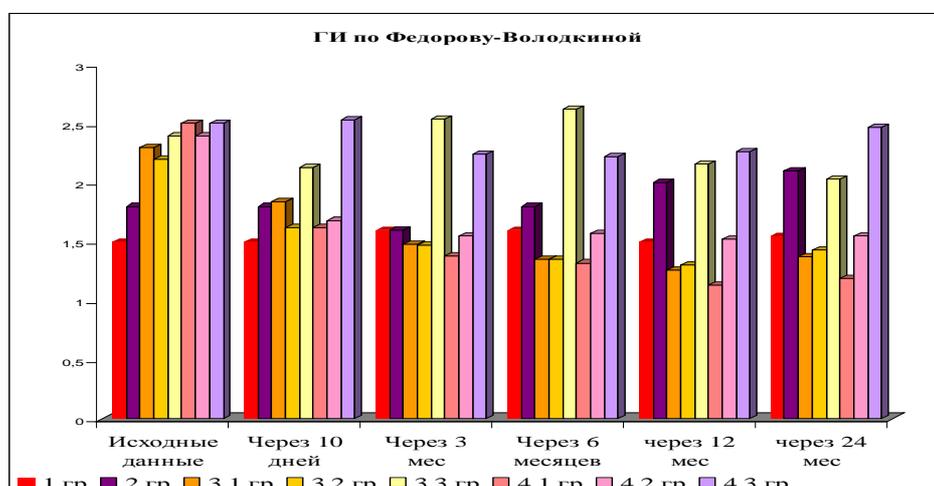
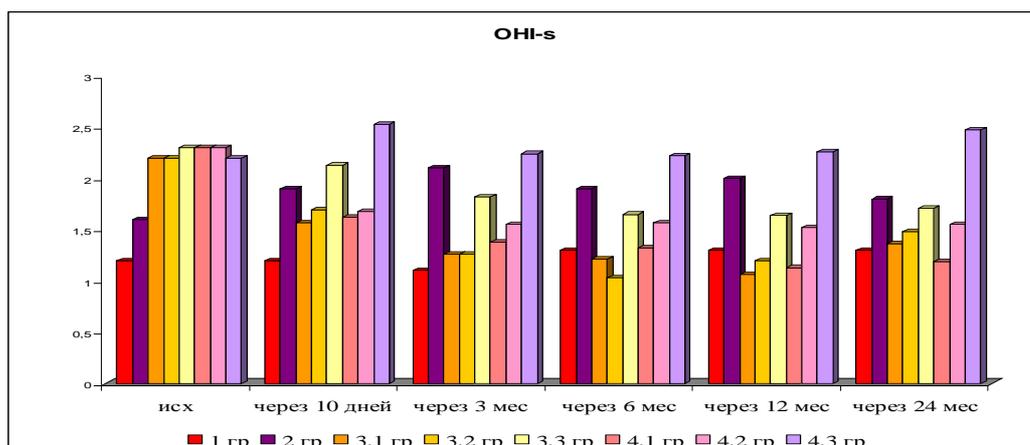


Рис. 2. Динамика гигиенического статуса по ОНI-s в группах наблюдения

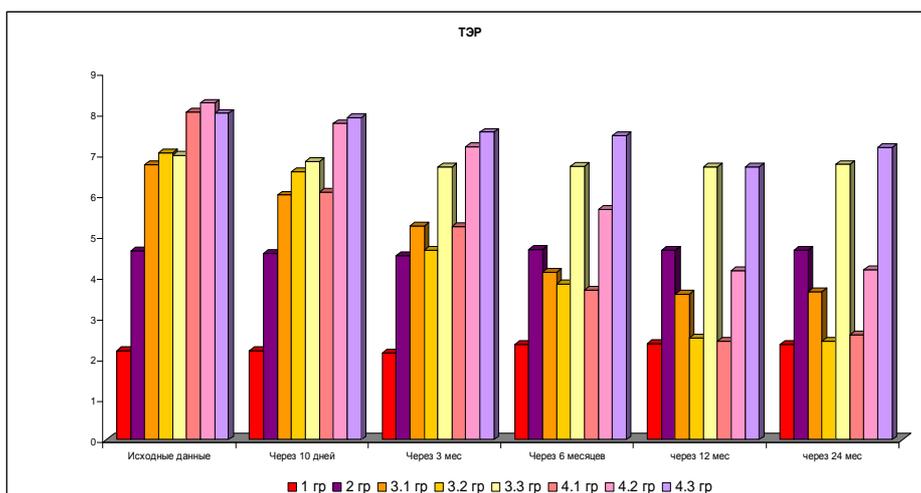


Анализ данных состояния твердых тканей зубов пациентов в группах наблюдения, оцениваемого посредством ТЭР (рис. 3), интенсивности, и прироста кариеса (рис. 4, рис. 5), свидетельствует о том, что исходное значение ТЭР в контрольной группе, соответствующее высокой резистентности эмали, не претерпело статистически значимых изменений на протяжении всего периода исследования, равно как и КПУ==0 и отсутствие прироста кариеса. В группе больных хроническим кариесом К 02.3 исходное значение ТЭР, соответствующее умеренной резистентности эмали, не обнаружило на сроках исследования достоверных изменений ($p \geq 0,001$), статистически значимо превышая на всех сроках исследования значения в контрольной группе ($p \leq 0,001$). Значение КПУ к 24 месяцам, недостоверно повышаясь ранее на сроках исследования по сравнению с исходным ($p \geq 0,001$) статистически значимо отличалось от значения в контрольной группе ($p \leq 0,001$) (рис. 4). Прирост интенсивности кариеса зубов обнаружил достоверное отличие на сроке 12 в течение всего периода наблюдения – по сравнению со значением в контрольной группе ($p \leq 0,001$) (рис. 5).

В группе больных К 02.0, К 02.1-субкомпенсированная форма кариеса зубов, где применялись различные методы патогенетической терапии, исходное значение ТЭР соответствовало пониженной резистентности, а в группе больных К 02.0, К 02.1-декомпенсированная форма кариеса – низкой.

Достоверное снижение показателя ТЭР на сроках исследования, свидетельствующее о повышении резистентности эмали, закономерно приводящее к снижению показателя КПУ и прироста кариеса зубов, зарегистрированное к окончанию всего периода исследования, было отмечено в группе больных К 02.0, К 02.1-субкомпенсированная форма кариеса зубов, получавших комплексное лечение с включением патогенетической терапии УФФ 15 % раствора димефосфона ($p \leq 0,001$) (подгруппа 3.2).

Рис. 3. Динамика уровня резистентности твердых тканей зубов в группах наблюдения



В группе больных К 02.0, К 02.1-декомпенсированная форма кариеса в результате проведения методов патогенетической терапии, статистически значимое снижение показателя ТЭР, сопровождающееся повышением резистентности эмали, было зарегистрировано у больных, получающих патогенетическую терапию полиоксидонием (подгруппа 4.1), на всех сроках исследования по сравнению с исходным значением и – зарегистрированным в подгруппах применения димефосфона (подгруппа 4.2) и мексидола (подгруппа 4.3) ($p \leq 0,001$), что закономерно вызвало стабильное достоверное снижение показателя КПУ (на протяжении всего периода наблюдения) и прироста кариеса зубов (к окончанию исследования) ($p \leq 0,001$).

Рис. 4. Динамика интенсивности кариеса зубов в группах наблюдения

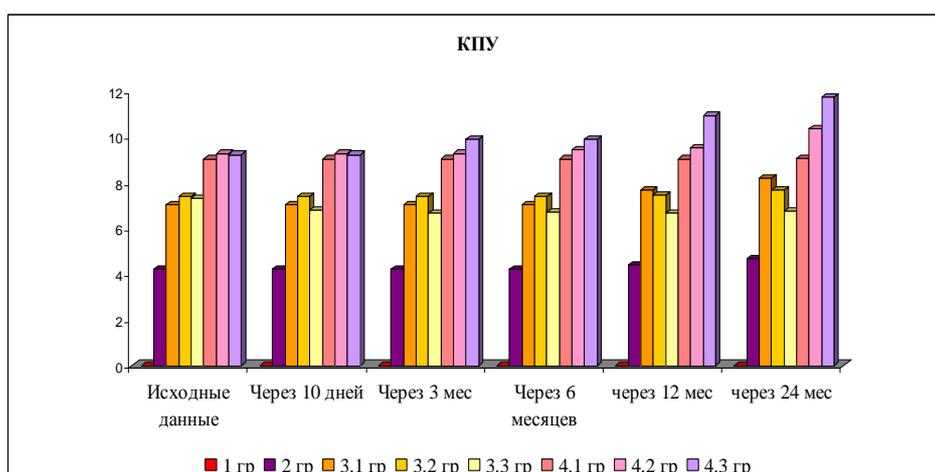
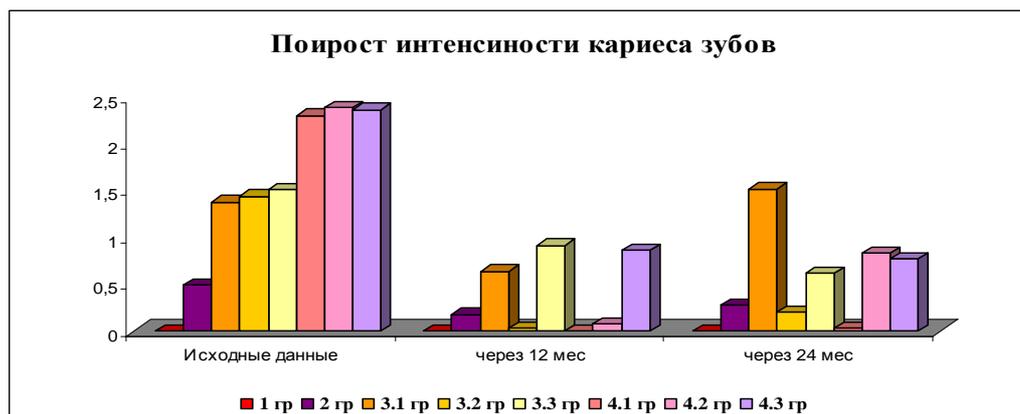


Рис. 5. Динамика прироста интенсивности кариеса зубов в группах наблюдения



Таким образом, сравнительная оценка применения в составе комплексного лечения кариеса зубов патогенетической терапии позволила выявить наибольшую эффективность сублингвального применения полиоксидония у больных множественным поражением зубов (декомпенсированная форма); у больных острым кариесом (субкомпенсированная форма) – целесообразность УФФ 15 % раствора димефосфона.

Список литературы

1. Боровский Е. В. Профилактическая направленность при лечении пациентов с кариесом зубов // *Стоматология*. – 2011. – № 3. – С. 23–25.
2. Гилязева В. В., Гиниятуллин И. И. Показания к патогенетической терапии кариеса зубов. – К.: КГМУ, 2011. – 32 с.
3. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: МЕД пресс-информ, 2007. – 923 с.
4. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой, проф. Ю. М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009, 912 с.
5. Федоров Ю.А., Володкина В.В. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств в качестве ухода за полостью рта // *Терапевтическая и ортопедическая стоматология*. – Киев, 1971. – Вып. 1. – С. 117–119.
6. Эльдарушева З. А., Гиниятуллин И. И. Усовершенствование методики проведения ТЭР-теста резистентности эмали. Удостоверение №830191 от 16.01.89, выданное КГМИ.
7. Allais G. Кариес – лечение. Часть 3.1 // *Новое в стоматологии*. – 2008. – № 2. – С. 1–8.
8. Allais G. Кариес диагностика. Ч. 2.2 // *Новое в стоматологии*. – 2008. – № 5. – С.1–16.

Рецензенты:

Галиуллин Афгат Набиуллинович, д-р мед. наук, профессор, директор Института высоких технологий медицины и здравоохранения РТ, г. Казань.

Павлов Анатолий Федорович, д-р мед. наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУВПО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», г. Чебоксары.