и интенсивность их неодинаковы у мужчин и женщин; удельный вес, как правило, возрастает с возрастом и стажем работы:

- состояние функциональных показателей и неспецифической реактивности тканей РП у рабочих нарушено, отмечаются снижение порога возбудимости зубов и околозубных тканей, порога болевой, вкусовой и дискриминационной чувствительности, изменения микротвердости эмали и дентина зубов, нарушается макро и микроэлементный составы зубов и волос, связанными с загрязнениями рабочей зоны:

- в основных цехах изученных производств, воздух рабочей зоны загрязнен комплексом вредных химических веществ, в том числе смесями веществ 1 и 2 классов опасности, в зависимости от характера продукции, используемой технологии, наличия и эффективности работы имеющихся санитарно-технических устройств.

- полученные результаты дают нам возможность раскрыть и научно обосновать патогенетические механизмы неблагоприятного влияния комплекса вредных промышленных веществ на мягкие и твердые ткани РП, реализовать способы планирования и разработки лечебно-профилактических мероприятий для рабочих занятых на металлоперерабатывающих производствах, с учетом условий их труда.

УДК: 616.314.18-002.4-08

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ

С.Т.Тохтаходжаева, Н.Э.Уманова, Ш.О.Тагаева

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

Уманова Насиба Эргашевна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

Тагаева Шахло Олимовна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E. Mail: tagaeva2021@mail.ru. тел.: 901-11-20-08

В данной статье представлены результаты комбинированного лечения заболевания пародонта у 86 пациентов, которые были разделены на 2 группы: с деструктивным поражением тканей верхушечного периодонта и с отсутствием периапикальной инфекции.

Динамика состояния пародонта после комбинированного эндодонто-пародонтального лечения больных в первой группе купирование воспалительного процесса и начало регенерации кости альвеолы происходила в короткие сроки по сравнению со второй группой.

Сочетание эндодонтического лечения при пародонтитах saniрует апикальную и маргинальную части периодонта и способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в пародонте, что обеспечивает благоприятную динамику.

Ключевые слова: Пародонт, эндодонто-пародонтальный синдром, лечение заболевания пародонта.

FEATURES OF PERIODONTAL STATE DYNAMICS IN COMBINED TREATMENT OF ENDODONTOPARODONTAL LESION

S.T. Tokhtakhojaeva, N.E. Umanova, Sh.O. Tagaeva
Department of preventive dentistry Avicenna TSMU, Tajikistan

Tokhtakhojaeva Saodat Tupalonova, c.m.s., assistant professor of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: tsaodat61@mail.ru. ph.: 918-48-04-56

Umanova Nasiba Ergashevna, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: unasiba85@mail.ru. ph.: 918-28-92-88

Tagaeva Shahlo Olimovna, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: tagaeva2021@mail.ru. tel.: 901-11-20-08

The results of combined treatment of periodontal disease in 86 patients, which were divided into 2 groups: with destructive damage of tissues of upper periodontal and with absence of periapical infection are presented in this article.

The dynamics of periodontal condition after the combined endodontoparodontal treatment of patients in the first group, the reduction of the inflammatory process and the beginning of the regeneration of alveoli bone occurred in a short time compared to the second group.

Combinations of endodontic treatment in periodontitis sanitizes the apical and marginal part of the periodont and promotes faster reduction of the inflammatory process in the periodontal membrane, which provides favorable dynamics.

Keywords: parodontium, endodonto-periodontal syndrome, treatment of periodontal disease.

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта представляют серьёзную медико-социальную проблему, решение которых остаются основным направлением современной стоматологии. Распространённость этой патологии остаётся на высоком уровне, так, по данным ВОЗ, страдает от 40 до 95% взрослого населения земного шара. Клиническая картина заболевания на ранних стадиях поражения пародонта характеризуется маломанифестным и латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и, следовательно, отдаляет начало адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий [4].

В клинической практике врачи-стоматологи часто сталкиваются с сочетанными поражениями эндодонта и пародонта. Эндодонт и пародонт рассматриваются как единая функциональная и морфологическая система и а значить есть высокая степень вероятности совместного вовлечения их в патологический процесс [1,3]. Проникновение инфекционных агентов - микробов и токсинов, продуктов воспаления по сосудистой системе и тубулярным путям из пародонта в эндодонт и обратно - утяжеляют течение заболевания, ухудшая прогноз [2].

Наличие эндопародонтального очага хронической инфекции затрудняет выбор тактики ведения пациента. Однако, успешность лечения эндодонто-пародонтальных поражений зависит от комбинирования эндодонтического и комплексного лечения тканей пародонта [4].

Цель исследования. Изучить динамику состояния пародонта при комбинированном лечении эндодонта и пародонта.

Материал и методы. Обследовано и проведено комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита разной степени тяжести у 86 больных в возрасте от 22 до 60 лет, в среднем составил 44 года. Количество женщин было 47 (54,6%), мужчин – 39 (45,4%).

В зависимости от наличия или отсутствия поражения периапикальной ткани больные были разделены на 2 группы. В 1 группу входили 38 пациентов с пародонтитом и с деструктивным поражением тканей верхушечного и маргинального периодонта; во 2 группу отнесли 48 больных с воспалительно-деструктивными процессами пародонта и отсутствием периапикальной инфекции.

В 1-ой группе хронический гранулематозный периодонтит наблюдался у 15 (39,5%) пациентов, гранулирующий - 23 (60,5%). У всех больных 1 и 2 групп отмечали хронический генерализованный пародонтит разной степени тяжести: в 1 группе 26 (68,4%) со средней и 12 (31,6%) с тяжелой степенью, во 2 группе - 34 (70,8%) со средней и у 14 (29,2%) больных пародонтит тяжелой степени. Так, в двух группах преобладали средняя степень тяжести заболеваний пародонта (69,7%).

Для оценки состояния пародонта изучены субъективные и объективные данные (жалобы больного, отёк, гиперемия, кровоточивость десен, глубина патологического кармана, степень рецессии десны и подвижность зубов), использовали упрощенный гигиенический индекс ОНI-S (индекс зубного налёта и камня) и комбинированный пародонтальный индекс Russel. Для оценки степени тяжести деструктивного процесса в пародонте и верхушечном периодонте был проведён анализ данных внутривидеовой дентальной рентгенографии и ортопантограммы.

Пародонтологическая терапия проведена всем больным по следующему принципу: профессиональная гигиена и коррекция индивидуальной гигиены полости рта, санация пародонтальных карманов, закрытой кюретаж глубоких патологических карманов, нормализация окклюзии методом избирательного пришлифовывания бугров зубов по показаниям и шинирование подвижных зубов со светоотверждающими материалами. Проведена вакуум – терапия, инстилляция патологических карманов и аппликация десен настойкой прополиса в разведении 1:2 с дистиллированной водой в течение 15 минут, с последующей инстилляцией и аппликацией биологической активной пастой в течение 30 минут. Внутрь назначено линкомицин по 1 таблетке 2 раза в день через 2 часа после еды. В область переходной складки введена аутоплазма, обогащенная тромбоцитами по 0,5 мл (всего 2,0 мл) в четырех зубочелюстных сегментах после предварительной инфльтрационной анестезии 2% раствором лидокаина один раз в неделю, на курс лечения 4-6 инъекций. Было рекомендовано использовать зубную пасту «Пародонтакс», которая в составе содержит комплекс витаминов с настоями трав: шалфея, ромашки, мирры, эхинацеи. После проведенного 10 дневного курса лечения проведен электрофорез десен 4% раствором мумиё в течение 20 минут, 10 дней.

У больных 1 группы с деструктивным поражением тканей верхушечного и маргинального периодонта на первом этапе проводили эндодонтическое лечение: инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала, эвакуация содержимого канала, обработка антисептиками и пломбирование. С целью устранения процесса подострого воспаления в каналы вводили пульпосептин с выведением за верхушку корня зуба на 5-7 дней. Затем проводили временное пломбирование каналов пастой на основе гидроксида кальция пролонгированного действия «Кальсепт» от 10 дней до 2 мес. После достижения клинического и рентгенологического благополучия, корневые каналы были герметично закрыты материалом теодент+гуттаперча и коронковую часть зуба восстановили пломбированием.

Состояние пародонта изучали во время лечения на 6-7-й день и после проведенной терапии через 1мес, 6 мес от начала лечения.

Результаты и обсуждение. У 23 (60,5%) больных 1 группы в области пораженного зуба отмечались неприятные ощущения и боль, усиливающиеся при накусывании, у 11 (28,9%) - выделение гнойного экссудата из свищевых ходов в проекции периапикальной области. Клинические признаки заболевания пародонта у больных 1 и 2 групп почти не отличались. Болевые ощущения и кровоточивость десен наблюдались у 36 (94,7%) и 48 (100%) больных, неприятный запах изо рта - 30 (78,9%) и 42 (87,5%), наличие мягкого зубного налёта, поддесневые зубные камни на передней и боковой группах зубов (100%). Выделение гнойного экссудата из пародонтальных карманов отмечена у 12 (31,6%) и 22 (45,8%) больных, подвижность зубов - 28 (73,7%) и 38 (79,2%). Глубина пародонтальных карманов колебалась от 3 до 8 мм, в среднем составила: в 1 группе – 4,96 мм, а во 2 группе - 5,83 мм.

При рентгенологическом исследовании обнаружена резорбция костной ткани в области латеральных поверхностей корней и фуркации в многокорневых зубах, межзубные перегородки костной ткани снижены более чем на 2/3 длины корня, в области некоторых зубов до полного исчезновения, но глубоких изменений в отделах альвеолярных отростках и тел челюстей не обнаружены.

Таблица 1

Динамика состояния пародонта в 1-ой группе после лечения

№	Показатель	Исходно	Через 1 мес.	Через 6 мес.
1.	Индекс зубного налета	2,5	1,2	0,6
2.	Индекс зубного камня	2,8	1,4	0,8
3.	Индекс кровоточивости десны	2,8	2,2	0,7
4.	Индекс рецессии десны %	69,2	47,3	27,1
5.	Пародонтальный индекс Russel	4,96	3,7	0,9

У больных 1 и 2 группы индекс гигиены, кровоточивость десны, глубина патологического кармана и пародонтальный индекс отражали благоприятную динамику состояния пародонта. При сравнении выраженности снижения воспалительного процесса в пародонте в двух группах показала, что после комбинированного эндодонто-пародонтального лечения у больных 1-ой группы купирование воспалительного процесса происходила на 6-7 день и начало регенерации кости альвеолы на 20-24 день, получена устойчивая ремиссия воспаления пародонта. Во 2 группе снижение воспалительного процесса наступила на 7-9 день и начало регенерации кости челюсти наблюдалась на 28-30 день

Таблица 2

Динамика состояния пародонта во 2-ой группе после лечения

№	Показатель	Исходно	Через 1 мес.	Через 6 мес.
1.	Индекс зубного налета	2,6	1,6	1,1
2.	Индекс зубного камня	2,9	1,8	1,5
3.	Индекс кровоточивости десны	3,0	2,4	1,1
4.	Индекс рецессии десны %	74,6	56,2	38,9
5.	Пародонтальный индекс Russel	5,83	4,1	1,2

На внутриротовых рентгегоргамм и ортопантомограммах костей челюстей в динамике у пациентов обеих групп было отмечено уменьшение костных и фуркационных дефектов разной степени, уплотнение костной структуры, восстановление межальвеолярных перегородок. Через 6 месяцев обнаруживалась нормализация костного рисунка при сохранении на отдельных участках очагов остеосклероза, контур альвеолярной кости

становился чётким, межальвеолярные перегородки приобретали дугообразную форму, костные карманы и подвижность зубов уменьшались.

Заключение. Таким образом, эндодонтическое лечение является необходимой частью комплексного лечения при сочетанном поражении эндодонта и пародонта, а на начальном этапе позволяет обеспечить благоприятную динамику, т.е. прекращение патологического процесса в апикальной части периодонта saniрует состояния маргинального периодонта и способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в пародонте.

Литература

1. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта //Эндодонтия today. – 2012. - № 2. – С. 3–7.
2. Галеева З.Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндопародонтальными очагами инфекции //Практическая медицина. 2012. - № 2. – С. 31-33.
3. Максимова О.П. Две стороны эндодонтии // Клиническая стоматология. 2012. №1.- С.32-34.
4. Мороз П.В. Эндодонтическое лечение в терапии пародонтита //Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2013. № 1. – С. 59-61.

УДК. 616.31 -616-093/-098

БИОЛОГИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И ПРИ КАРИЕСЕ

Мухамедов И.М¹, Халдарбекова Г.З.²,

Ташкентский государственный стоматологический институт

¹*Мухамедов Иламан Мухамедович – д.м.н., профессор, научный руководитель*

²*Халдарбекова Гулжахон Зафар кизи- базовый докторант*

Кафедра Микробиологии и фармакологии AzGulSarII1991@mail.ru

Аннотация. С давних пор учёными ведутся исследования в которых нашли свое доказательства связи между «Лактобацилл – Кариес». По результатам некоторых стран уже известно качественный и количественный состав лактофлоры полости рта в норме и при болезнях причиной которых послужили дисбиотические состояния полости рта. Данная статья представляет результаты количественного и качественного состава лактофлоры полости рта женщин фертильного возраста, состояние биологических свойств каждого определенного представителя и их влияние на образования кариеса чем можно объяснить микробиологическую этиологию кариеса. Каждые нижеуказанные показатели были статистически обработаны и сравнены с результатами зарубежных стран.

Ключевые слова: микрофлора, лактобациллы, кариес, биологические свойства, резистентность, фертильный возраст, дисбиоз.

THE BIOLOGY OF THE ORAL CAVITY WOMEN OF FERTILE AGE IN NORMAL AND WITH CARIES

Mukhamedov I.M¹, Khaldarbekova G.Z.²,

¹*Mukhamedov Ilaman Mukhamedovich – DS., professor, scientific director*

²*Khaldarbekova Guljakhon Zafar qizi- Basic doctorantal student*

Department of Microbiology and pharmacology

Tashkent state dental institute

Annotation. Since recent years, scientists have been conducting studies in which they found evidence of a connection between Lactobacilli-Caries. According to the results of some countries, the qualitative and quantitative composition of the lactoflora of the oral cavity is normal and normal