

О ВЛИЯНИИ МИКРОДОЗ ФТОРА НА СОСТОЯНИЕ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

А. Ю. Зайденштейн, Т. Н. Яшкова

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова.

Реферат. На основании обследования 1037 детей и подростков установлено, что у детей, которые в течение всей жизни потребляли воду, богатую фтором, пародонт обладает большей устойчивостью, чем у детей, употребляющих фтордефицитную воду.

В результате ряда исследований установлено, что содержание фтора в питьевой воде не только предопределяет уровень заболеваемости флюорозом и кариесом зубов, но и влияет на заболеваемость краевого пародонта [1—3]. К сожалению, в этих работах содержатся сведения о частоте поражаемости пародонта только у взрослых и пожилых людей. Влияние содержания фтора в питьевой воде на устойчивость пародонта в юношеском возрасте прежде не изучалось.

Нами в очаге эндемии флюороза (концентрация фтора в питьевой воде — 1,6—2,0 мг/л) исследовано состояние пародонтальных тканей у 1037 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Для контроля изучено состояние пародонтальных тканей у 644 человек того же возраста, потребляющих фтордефицитную воду (0,12—0,2 мг/л). О состоянии пародонта судили на основании клинико-лабораторных данных, при необходимости проводили рентгенографию.

Результаты клинических обследований регистрировали в виде пародонтального индекса P_i , индекса РМА и показателя R. Цитологически в обоих районах обследовано по 100 человек (по 50 с зубными отложениями и по 50 без них).

Частота поражений в очаге эндемии флюороза и в районах с фтордефицитной водой приведена в табл. 1.

Таблица 1

Частота поражения краевого пародонта

Содержание фтора в воде, мг/л	Число обследованных	Обнаружены признаки патологии пародонта	P
0,12—0,2	644	у 104	<0,01
1,6—2,0	1037	у 107	

В очаге эндемии флюороза признаки изменения пародонта установлены у 10,3% обследованных, в контрольной группе — у 16% ($P < 0,01$).

Характеристика состояния краевого пародонта в соответствии с индексами P_i , РМА и показателем R представлена в табл. 2.

Таблица 2

Показатели состояния краевого пародонта

Содержание фтора в питьевой воде, мг/л	Число обследованных	R	P	P_i	P	РМА				
						000	от 100—210	от 210—520	от 521—832	от 931 и больше
0,12	644	1,1	<0,01	3,5—40% (ср. 16,4%)	<0,01	540	17	49	39	4
1,6—2,0	1037	0,3		3,5—28% (ср. 12,5%)		930	31	57	19	—

Процентный показатель P_i в целом для детей, потребляющих фтордефицитную воду, оказался более высоким, чем для детей из очага эндемии флюороза. Различие значений P_i для детей в возрасте 13, 14, 16, 17 лет достоверно ($P < 0,01$), а в возрасте 12 и 15 лет несущественно ($P > 0,01$). Показатель R, определяющий глубину поражения пародонта и его распространенность, у детей, потребляющих фтордефицитную

воду, в 3,5 раза больший. Это различие во всех возрастных группах было достоверным ($P < 0,01$).

По индексу РМА можно судить о большей глубине поражения пародонта у детей, потребляющих фтордефицитную воду. Если в очаге эндемии флюороза на долю глубоких поражений приходится в среднем 17,7% всех поражений, то у потребляющих фтордефицитную воду — 40,4%.

Очень тяжелые поражения пародонта (РМА от 931 и более) наблюдались только у детей, потребляющих фтордефицитную воду. У детей из очага эндемии флюороза такие поражения не встречались вовсе, а тяжелые (РМА от 521 до 832) выявлялись не во всех возрастных группах.

Цитологическое исследование показало, что картина мазков-отпечатков у детей с интактным пародонтом и без отложений зубного камня была одинаковой в очаге эндемии флюороза и в районе с фтордефицитной питьевой водой. У детей, проживающих в очаге эндемии флюороза, при наличии зубного камня воспалительный процесс был выражен в меньшей степени, чем у детей с зубными отложениями, потребляющих фтордефицитную воду.

Полученные данные свидетельствуют о несомненно большей устойчивости пародонта у детей, которые в течение всей жизни потребляли воду, содержащую значительное количество фтора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габович Р. Д., Овруцкий Г. Д. Фтор в стоматологии и гигиене. Казань, 1969. — 2. Овруцкий Г. Д. Флюороз зубов. Казань, 1962. — 3. Forrest J. M., Parfett G. J., Bransby E. A. *Month. Bull. Min. Health*, 1951, 10.

Поступила 27 декабря 1977 г.

УДК 616.314.18—002.4—08:577.164.2

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ

Ф. Г. Гасимов, С. А. Хамидуллина

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — доц. Ф. Г. Гасимов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Ввиду того, что обеспеченность организма аскорбиновой кислотой при различных формах заболевания пародонта изучена недостаточно, в клинике она обычно при лечении пародонтоза применяется без учета формы и степени патологического процесса. Результаты исследования выявили неодинаковое содержание аскорбиновой кислоты в крови больных с различными формами заболеваний пародонта и изменение его в динамике лечения. На основании полученных данных рекомендуется включать аскорбиновую кислоту в комплекс лечебных средств при активной форме пародонтоза и остром гингивите.

Задача настоящей работы состояла в изучении возможности дифференцированного подхода к назначению аскорбиновой кислоты (АК) при различных формах и степенях заболевания пародонта, так как в клинике витамин С нередко применяется шаблонно. С этой целью проведено исследование уровня обеспеченности АК организма больных, страдающих различными заболеваниями пародонта, и ее динамики в процессе лечения, включающего, наряду с другими мерами, насыщение организма препаратами витамина С.

В зависимости от активности течения заболевания пародонта [5] больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили пациенты, у которых определялась стабилизированная форма пародонтоза, 2-ю — страдающие активной формой пародонтоза, 3-ю — больные острыми формами гингивитов. Контролем являлась группа практически здоровых лиц без клинических признаков пародонтопатии. Возраст большей части обследованных — от 30 до 50 лет.

Об обеспеченности организма АК судили по ее содержанию в крови. Исследование крови производили сразу после выявления заболевания пародонта, а у части больных — и после лечения.

Было установлено, что у больных, страдающих заболеваниями пародонта, содержание АК понижено (см. табл. 1).

Как видно из данных табл. 1, при пародонтозе, протекающем торпидно, обеспеченность АК ниже, чем у лиц контрольной группы; при активной форме пародонтоза обнаруживается выраженный дефицит АК, а при остром гингивите он достигает еще большей степени.

В процессе наблюдения за больными было выявлено заметное различие показателей концентрации АК в крови в зависимости от времени года. Так, у лиц контрольной