

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

Таблица 1

Содержание аскорбиновой кислоты в крови больных пародонтопатиями (мкмоль/л)

Диагноз	Число обследованных	Среднее содержание АК	P
Пародонтоз, стабилизированная форма . . .	55	26,5±2,8	<0,05
Пародонтоз, активная форма	22	20,0±3,4	<0,01
Острый гингивит	16	17,4±2,3	<0,001
Контроль	48	50,3±2,8	

и острым гингивитом, тогда как у лиц с пародонтозом в стадии стабилизации его содержание практически не изменяется.

Полученные нами данные согласуются с представлением о роли АК как фактора, влияющего на неспецифическую резистентность организма [1, 3, 4, 6].

В отличие от Г. Д. Гурошевой (1972), нами не было найдено прямой связи между степенью поражения пародонта и обеспеченностью организма АК. Поэтому при

группы в сентябре — ноябре среднее содержание АК было $57,9 \pm 6,8$ мкмоль/л, а в марте — мае существенно меньше — $30,7 \pm 7,9$ мкмоль/л ($P < 0,01$). На сезонные колебания обеспеченности организма АК указывают и другие авторы [2, 6].

Большим с особенно низким содержанием витамина С в крови помимо местного лечения назначали внутрь АК по 1 г в сутки в течение 2 недель при остром гингивите и до 4 недель при активной форме пародонтоза.

Результаты исследования крови после насыщения АК представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, прием внутрь витамина С приводит к некоторому повышению его концентрации в крови у больных активной формой пародонтоза

Таблица 2

Содержание АК в крови (в мкмоль/л) до и после лечения

Диагноз	Число обследованных	Содержание АК в крови		P
		до лечения	после лечения	
Пародонтоз, стабильная форма . . .	7	32,0±11,4	32,4±13,1	>0,5
Пародонтоз, активная форма . . .	10	27,1±9,6	39,1±8,5	>0,4
Острый гингивит	10	18,2±4,5	29,5±6,8	>0,2

решении вопроса о назначении общей стимулирующей терапии мы предлагаем учитывать не столько степень резорбции альвеолярной кости, сколько характер течения заболевания пародонта, активность его и остроту.

Таким образом, аскорбиновую кислоту целесообразно назначать больным с активной формой пародонтоза, а также при остром гингивите как средство, повышающее резистентность организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балянская Г. З. Стоматология, 1964, 2.— 2. Гурошева Г. Т. К вопросу о содержании аскорбиновой кислоты у больных пародонтозом. Автореф. канд. дисс., Львов, 1972.— 3. Здродовский П. Ф. Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии. М., 1963.— 4. Иванов И. С. Изучение некоторых показателей неспецифической иммунологической реактивности организма в динамике комплексного лечения поражения пародонта. Автореф. канд. дисс., Омск, 1974.— 5. Овруцкий Г. Д. Пародонтоз М., 1967.— 6. Полинг Л. Витамин С и здоровье. М., «Наука» 1974.

Поступила 16 ноября 1977 г.