

## СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА У РАБОТАЮЩИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ И ШУМА

Ф. Ф. Егоров

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— доц. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В настоящее время в промышленности широко применяются ручные пневматические инструменты, вызывающие вибрацию и шум. В литературе подробно охарактеризовано влияние вибрации и шума на различные органы и системы человеческого организма, но лишь единичные работы касаются влияния шума и вибрации на зубочелюстную систему. По данным М. А. Минкера, у котельщиков-пневматиков патологическое стирание зубов встречается в 3,6 раза, пародонтоз — в 3 раза чаще, чем у людей контрольной группы. Г. Д. Овруцкий и сотр. отметили, что пародонтоз является одним из ранних симптомов вибрационной болезни. Обследуя состояние полости рта у рабочих производства, связанного с шумом, авторы также выявили повышенную частоту заболеваемости пародонтозом. Д. А. Энтин (1956), И. О. Новик, Н. Ф. Данилевский и Е. В. Левицкая (1958), К. И. Золотухин (1960) установили, что у глухонемых пародонтоз встречается реже, чем у людей с полноценным слухом.

Целью нашей работы явилось изучение состояния пародонта у клепальщиков, систематически подвергающихся воздействию шума и вибрации. Общий уровень шума достигает 108—123 дБ, в его составе — звуки средних и высоких частот. Одновременно на руки клепальщика передается вибрация молотка, превышающая допустимые величины в 1,2—5,3 раза.

Проведено углубленное обследование (стоматологическое, неврологическое, терапевтическое и ЛОР) 260 клепальщиков и, для сравнения, 160 рабочих механического цеха. При оценке заболеваний пародонта мы пользовались классификацией, принятой Международной ассоциацией по изучению пародонтопатий. В группу поверхностных воспалительных пародонтопатий отнесены острый папиллит и катаральный гингивит; в группу глубоких воспалительных пародонтопатий — хронический папиллит, гипертрофический гингивит и пародонтит (Г. Д. Овруцкий, Ф. Г. Гасимов, С. В. Макаров и Д. Н. Хайруллин, 1971). Диагноз «пародонтоз» ставили на основе клинико-рентгенологических исследований. В случаях отсутствия данных рентгенографии альвеолярного отростка такой диагноз ставили при наличии выраженных признаков заболевания (обнажение шеек зубов, ретракция десны, наличие патологических карманов, подвижность зубов). При определении формы и тяжести пародонтоза пользовались классификацией Г. Д. Овруцкого (1967).

Из 260 клепальщиков поверхностные воспалительные пародонтопатии мы выявили у 35, глубокие — у 35 и дистрофические (пародонтоз) — у 135, причем у 123 был пародонтоз активной формы. Из 160 чел. контрольной группы поверхностные воспалительные пародонтопатии были обнаружены у 32, глубокие — у 4 и пародонтоз — у 33, из них активная форма была у 29. Частота пародонтопатий у обследованных нами клепальщиков прогрессирует с увеличением стажа работы, при этом усугубляется и тяжесть пародонтопатий. Клепальщики со стажем работы 4 года и больше страдают пародонтопатиями достоверно чаще, чем рабочие контрольной группы ( $P < 0,01$ ).

Наряду со стажем работы мы учитывали также возраст обследованных. Оказалось, что пародонтопатии у клепальщиков в возрасте до 40 лет встречаются значительно чаще, чем у лиц контрольной группы ( $P < 0,001$ ).

С целью изучения степени убыли костного вещества альвеолярного отростка при подозрении на пародонтоз мы провели рентгенологическое исследование у 95 чел. Нельзя говорить о пародонтозе, если нет признаков атрофии альвеолярного отростка или деструкции краевого пародонта, поскольку подлинным признаком пародонтоза следует считать атрофию края альвеолярного отростка (Г. Д. Овруцкий, 1967). Из 95 чел. 32 страдали вибрационной болезнью и 8 — ангионеврозом (диагноз ставили в отделении профпатологии). Рентгенографию производили внутривидеоскопическим способом на высокочувствительных пленках. При анализе рентгенограмм у 79 чел. выявлены деструктивные изменения и у 11 — умеренно выраженный остеопороз межзубных перегородок.

В литературе встречается указание на связь пародонтоза с заболеваниями внутренних органов. Из 95 клепальщиков, обследованных рентгенологически, 5 страдают язвенной болезнью желудка, 1 — холециститом, 1 — ревмокардитом и 32 — вибрационной болезнью.

Между пародонтопатиями и вибрационной болезнью прослеживается определенная связь: из обследованного нами 61 человека, страдающего вибрационной болезнью, у 55 выявлены дистрофические пародонтопатии, и только у 6 — воспалительные.

Повышенная стертость зубов обнаружена у 19,8% клепальщиков, что существенно больше, чем у рабочих контрольной группы (6,6%,  $P < 0,01$ ).

Проведенные нами исследования показали, что у людей, работающих в условиях воздействия шума и вибрации, частота пародонтопатий повышена, причем с увеличением профессионального стажа работы она прогрессирует. У людей с большим стажем работы в условиях воздействия шума и вибрации превалирует дистрофическая форма пародонтопатий (пародонтоз).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Золотухин К. И. *Стоматол.*, 1960, 6.—2. Минкер М. А. *Тр. Ленинградского ин-та по изучению профзаболеваний*. Л., 1926, т. 1.—3. Новик И. О., Данилевский Н. Ф., Левницкая Е. В. В кн.: *Проблемы стоматологии*. Киев, 1958, т. 4.—4. Овруцкий Г. Д. В кн.: *Материалы IV конф. стоматологов Кузбасса*. Кемерово, 1967.—5. Овруцкий Г. Д., Гасимов Ф. Г., Макаров С. В., Хайруллин Д. Н. *Болезни пародонта. Краткое руководство для программированного обучения*. Казань, 1971.—6. Энтин Д. А. *Арх. биол. наук*, 1938, 4.

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### О ЛЕЧЕБНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ И ЛИПАМИДА

В патогенезе различных заболеваний наряду со специфическими механизмами их возникновения огромную роль играют нарушения энергетического обмена в клетках пораженного органа и в организме в целом. Поэтому в комплексной терапии одновременно с лечением основного заболевания целесообразно назначение лекарственных препаратов, улучшающих промежуточный обмен веществ и повышающих общую реактивность организма. Клиницистами с этой целью не без успеха используются различные биологически активные вещества: сульфгидрильные соединения, аскорбиновая, никотиновая кислоты, кокарбоксилаза, АТФ, комплексные соединения — ундевит, гендевит и др. Указанными выше свойствами обладает и новый отечественный препарат — липоевая кислота. Пройдя стадию клинических испытаний, она совсем недавно поступила в аптечную сеть.

26—27/1 этого года в Москве во Всесоюзном научно-исследовательском витаминном институте состоялась итоговая конференция, посвященная лечебной эффективности липоевой кислоты и липамида. На обсуждение было представлено около 20 докладов из ведущих клиник страны.

В. М. Турсин и Р. П. Кругликова-Львова (Москва) остановились на вопросах химии, биохимии и фармакологии липоевой кислоты. Биологическая активность и фармакологические свойства препарата во многом обусловлены наличием 2 активных тиоловых групп. Обладая выраженными окислительно-восстановительными свойствами, липоевая кислота играет важную роль в цикле Кребса. Она активна в малых дозах и оказывает благоприятное действие на обмен углеводов, белков, липидов, является нейтрализатором при отравлениях солями тяжелых металлов и др.

Наибольшее применение липоевая кислота и ее амид находят при патологии печени — острых и хронических заболеваниях ее. При лечении больных острым вирусным гепатитом липоевая кислота применялась в дозе 75 мг в сутки в течение 15—20 дней. По данным М. С. Семендяевой (Москва), А. Д. Вовк (Киев), А. Змызговой (Москва) и др., у большинства больных уменьшалась слабость, кожный зуд, улучшался аппетит, сон. В половине случаев уменьшились размеры печени; снижалось содержание билирубина в крови, наблюдалась положительная динамика со стороны ферментативных реакций. Авторы представленных сообщений считают, что липоевую кислоту следует включать в комплексное лечение страдающих болезнью Боткина. При остром вирусном гепатите липоевую кислоту и ее амид целесообразно назначать в тех случаях, когда заболевание протекает с нарушением общего самочувствия и изменением функциональных проб печени, но без интенсивной и стойкой или неуклонно нарастающей желтухи.

Применению препаратов липоевой кислоты при хронических заболеваниях печени были посвящены выступления В. Е. Анисимова (Москва), А. С. Логинова (Москва), В. С. Романова (Саранск), С. Д. Подымовой (Москва). Липоевую кислоту или ее амид назначали больным хроническим гепатитом и циррозом печени в дозах 50—75 мг в сутки сроком на 20—25 дней. Как правило, других лекарств больные в эти дни не получали. Липоевая кислота значительно улучшала течение этих заболеваний. У больных уменьшался или исчезал кожный зуд, уменьшалась интенсивность желтухи, сокращались увеличенные печень и селезенка. У некоторых больных хроническим гепатитом печень уменьшалась до нормальных размеров. Наблюдалось снижение уровня билирубина, повышение содержания протромбина, улучшалась анти-