

призначали всередину. Протигрибкові поєднували із застосуванням препаратів ехінацеї, які мають імуностимулюючу дію. Ефект від лікування настав на 5-7 день, коли значно зменшувались суб'єктивні симптоми захворювання та покращувались об'єктивні дані. Мікрофлора нормалізувалась на 7-10 день.

Вважаємо доцільним рекомендувати лікування кандидоза порожнини рота і захворювань, які він ускладнює, антимікотичними препаратами нізорал, дактарин, ламізіл в поєднанні із препаратами ехінацеї. При цьому необхідно провести повну санацію порожнини рота, видалити зубні відкладення, призначити раціональну гігієну та збалансоване харчування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонов А. А., Бульвахтер Л.

А., Глазкова Л. К., Ильин И. И. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. — М.: Медицина, 1985. — 155 с.

2. Хмельницкий О. К., Аравийский Р. А., Экземпляр О. Н. Кандидоз. — Л.: Медицина, 1984. — 197 с.

3. Реброва Р. Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. — М.: Медицина, — 1989. — 123 с.

4. Марченко І. Я. Клініко-експериментальне обґрунтування комплексного лікування кандидозу слизової оболонки порожнини рота: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — Полтава, 1996. — 23 с.

5. Марченко А. И., Руденко М. М. Кандидозы слизистой оболочки полости рта. — Київ: Здоров'я, 1978. — 69 с.

Надійшла 07.04.97.

Т. А. ПЕТРУШАНКО

Адаптационные реакции тканей пародонта у студентов вузов и возможность их коррекции

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Во всем мире отмечена высокая распространенность заболеваний пародонта, которые чаще стали проявляться в раннем возрасте. По данным исследователей частота патологии пародонта у лиц 17-29 лет составляет в среднем 35,0-93,0% [1, 2]. Уровень стоматологических заболеваний студентов вузов отличается тенденцией к повышению [3]. Существующая система профилактики стоматологических заболеваний в вузах основное внимание уделяет рациональному уходу за полостью рта и тщательной санации [4]. Она является несовершенной, поскольку не учитывает соотношение средовых факторов и индивидуальных особенностей личности в возникновении и развитии заболеваний зубов и тканей пародонта.

Цель настоящего исследования — изучение состояния тканей пародонта у студентов в процессе их адаптации к новым социально-бытовым условиям, разработка и внедрение в

клинику системы профилактики заболеваний пародонта для студентов вузов.

Под наблюдением в течение 5 лет находился 291 студент в возрасте 17-29 лет стоматологического факультета Украинской медицинской стоматологической академии. Из них: 150 человек составляли контрольную группу — студенты одного года поступления, у которых ежегодно в осенне-весенний период проводились контрольные осмотры и санация по обращаемости, а 141 человек — опытную группу. Это были студенты последующего года поступления, у которых внедрялась разработанная нами система первичной и вторичной профилактики заболеваний пародонта [5].

При оценке стоматологического статуса использовали общепринятые методы, включая рентгенографию, вакуумную пробу и данные реопародонтографии. Учитывая тесную связь индивидуальных психологических

особенностей личности с возникновением патологии в пародонте [6], в качестве методики исследования студентов были применены личностная шкала проявления тревоги Тэйлор и исследование функциональной подвижности нервных процессов на приборе нейродинамических исследо-

ваний ПНДИ-1.

Изучение закономерностей адаптации тканей пародонта в контрольной группе студентов выявило увеличение на втором году обучения распространенности патологии пародонта более чем на 20% (рис. 1).

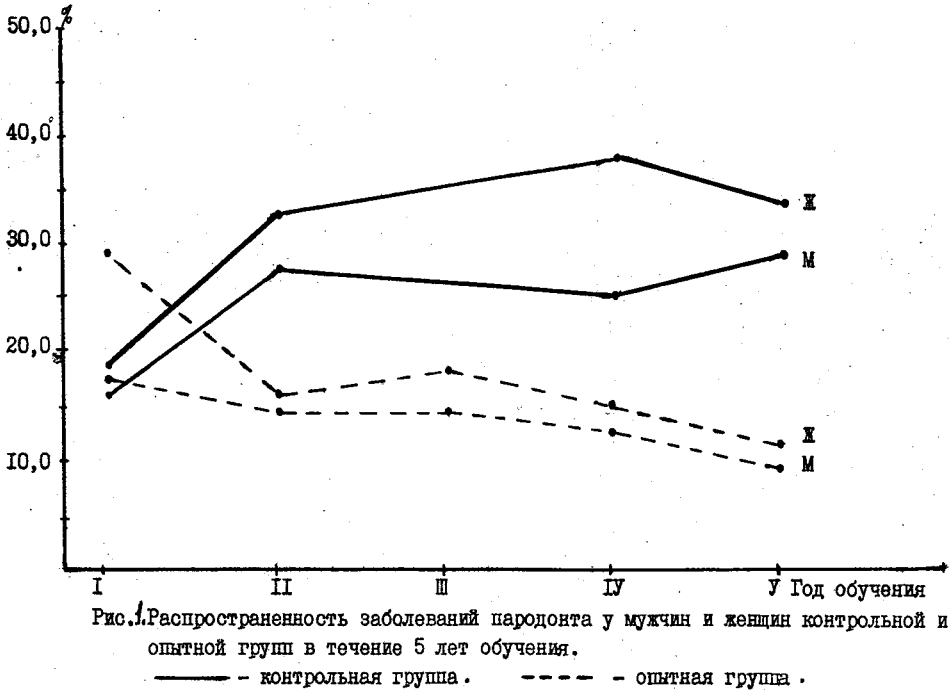


Рис. 1.

Известно, что обучение на младших курсах соответствует начальному этапу адаптации, причем второкурсники значительно чаще первокурсников болеют острыми респираторными заболеваниями и вегето-сосудистыми дистониями [7]. Г. М. Краснобаева и соавт. характеризуют первый курс как период напряжения компенсаторных механизмов, а второй год обучения — как период их снижения (фаза острой адаптации) [8].

Вероятно, этим можно объяснить увеличение распространенности заболеваний пародонта у студентов 2-го курса.

Следует отметить, что в дальнейшем, на старших курсах, происходит стабилизация этого показателя, что соответствует фазе устойчивой

адаптации. Однако в структуре заболеваний пародонта старшекурсников появляется и нарастает частота пародонтитов. Характерно, что на старших курсах преобладает заболеваемость студентов, вызванная длительными воздействиями хронических психоэмоциональных стрессоров [7, 9].

Большую распространенность заболеваний пародонта у женщин, чем у мужчин, можно объяснить их высоким уровнем тревоги, поскольку при возникновении дезадаптации нередко происходит усиление свойственных личности особенностей, а тревожность является основным клиническим проявлением синдрома психоэмоционального напряжения.

Учитывая эти положения и полученные данные, с целью профи-

лактики и коррекции дезадаптационных процессов в тканях пародонта у студентов опытной группы, внедрена система лечебно-профилактических мероприятий. Согласно этой системы все студенты первого курса брались на диспансерный учет и распределялись на 6 групп с учетом состояния пародонта, интенсивности кариеса и соматической патологии.

Сравнительный анализ эффективности предложенной системы показал, что интенсивность кариозного процесса у студентов опытного курса возрасла лишь в 1,35 раза против 1,7 раза — в контроле. Улучшился гигиенический индекс, уменьшились в 3,4 раза жалобы на кровоточивость десен. [табл.].

Т а б л и ц а 1

Стоматологический статус студентов контрольной и опытной групп на первом и пятом году обучения (M±m)

Показатели	Контрольная группа (150)		Опытная группа (141)	
	первый курс	пятый курс	первый курс	пятый курс
Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной, баллы	1,61±0,16	1,62±0,16	1,50±0,18	1,15±0,07*
Индекс КПУ	5,91±1,08	9,95±1,09	7,06±1,02	9,55±1,22
Распространенность заболеваний пародонта, %	36,00±3,92	57,33±4,04	46,80±4,20	18,44±3,27**
Индекс РМА по Рагма, %	4,92±1,06	10,05±2,60	4,85±1,01	1,82±0,90**
		p<0,05		p<0,05

Примечание: в скобках — количество обследованных в группе * — p<0,01 — между показателями контрольной и опытной групп на пятом курсе, ** — p<0,001 — между показателями контрольной и опытной групп на пятом курсе

Распространенность патологии пародонта у студентов, выполнявших лечебно-профилактические меры, снизилась на 28,4% по сравнению с первым курсом, тогда как в контроле она возрасла на 21,3%. Индекс гингивита при этом уменьшился в 2,7 раза у студентов опытной группы к концу обучения в вузе. Следует отметить, что по уровню тревоги женщины обеих групп практически не отличались, тогда как выпускники-мужчины контрольной группы были более тревожны, чем мужчины опытной группы.

Полученные результаты свидетельствуют, что предложенная система мер для студентов вузов оказывает выраженный защитный эффект в отношении возникновения и прогрессирования заболеваний тканей пародонта и влияет на уровень тревоги мужчин, в большинстве случаев понижая его, а следовательно, благоприятно воздействует на динамику общей адаптации студентов и органов ротовой полости, в частности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлева П. П. Клинико-рентгенологические и лабораторные данные при различных состояниях пародонта у людей молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1988. — 19 с.
2. Шпокас И. А., Чепулис С. П. Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний: Сб. ст. — М., 1987. — С. 141-143.
3. Чижикова Т. С. Эффективность комплексной стоматологической профилактики кариеса зубов у студентов Волгоградского медицинского института: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1987. — 21 с.
4. Пахомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии. — М.: Медицина, 1982. — 240 с.
5. Петрушанко Т. А., Просандеева Г. Ф., Артюх В. Н. Профилактика заболеваний пародонта у студентов вузов. Информационное письмо. — Киев, 1991. — 3 с.
6. Турбина Л. Г., Волкова В. В.,

Даминов В. Д., Пузин М. Н. //Стоматология. — 1995. — Т. 74, N 5. — С. 42-44.

7. Агаджанян Н. А., Ветчинкина К. П. //Научные основы охраны здоровья студентов: Сб. науч. тр. — М., 1987. — С. 3-13.

8. Краснобаева Г. М., Кузнецов В. И., Полоцкая Е. Л. //Лаб. дело. — 1987. — N 8. — С. 602-604.

9. Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Добромиль Э. И. Психогигиена труда учащейся молодежи. — Киев: Здоров'я, 1988. — 168 с.

Поступила 02.04.97.

А. И. РАЙДА

Влияние урокиназы на фибринолитический и иммунный потенциал тканей пародонта у больных хроническим пародонтитом

Крымский медицинский институт им. С. И. Георгиевского

Для хронического пародонтита (ХП) характерна воспалительная реакция, характеризующаяся затяжным течением. Этот патогенетический вариант [2] рассматривается как воспаление, базирующееся на персистирующих, мононуклеарных инфильтратах, имеющих диффузный характер. “Центральной фигурой” хронического воспаления мононуклеарного типа являются мононуклеарные фагоциты (МНФ).

Нами установлено, что у больных ХП в состав воспалительного инфильтрата входит МНФ с высоким микробиоцидным потенциалом и способностью синтезировать медиаторы воспаления, растормаживать функции фибробластов. Такие изменения свойств МНФ характерны для инфильтрата, называемого воспалительной гранулемой, как варианта хронического воспаления.

Патологическими “рычагами” формирования и прогрессирования хронического гранулематозного воспаления у больных ХП являются процессы усиления внутрисосудистого свертывания крови со скрытой коагулопатией потребления, повышения агрегационной активности тромбоцитов. На этом фоне повышение фибринолитических свойств мягких тканей пародонта явно недостаточно для уравнивания процессов гиперкоагуляции. Последнее является патофизиологическим обоснованием целесообразности включения фибринолитических препаратов в лечебный комплекс больных ХП.

Целью нашей работы явилось

изучение клинической эффективности местного использования специфического прямого активатора плазминогена для лечения больных ХП.

Под наблюдением находилось 27 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, у которых предшествующее лечение было малоэффективным.

Комплексная терапия пародонтита включала снятие зубных отложений, кюретаж патологических карманов. Комплекс лечебных мероприятий составлял 10-дневный курс (по 1 процедуре в день) аппликаций раствора урокиназы в разовой дозе 30 ФЕ в 0,1 мл физиологического раствора с последующим покрытием парафиновой повязкой (экспозиция 30 мин).

Для оценки состояния фибринолитических и иммуноактивных свойств тканей пародонта использовали экстракты мягких тканей пародонта [1], вводимых в стандартные методики, проводимые с кровью здоровых доноров. Фибринолитические свойства тканей пародонта определяли зуглобулиновым методом. Использовалась реакция розеткообразования (Еу-РОЛ) для определения рецепторов к урокиназе на лимфоцитах (Еу-РОЛ) и реакция розеткообразования для определения рецепторов к кровяному активатору плазминогена на лимфоцитах (Ек-РОЛ) [3].

Изучение влияния курса аппликаций раствора урокиназы на фибринолитические и иммунные свойства мягких тканей пародонта проводили