

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

103006 Москва, ул. Долгоруковская, 4
Тел.978-01-21

№ 38

«21» июня 2004г.



Главный врач КДД,
Журули Н.Б.

2004г.

**Отчет о результатах изучения эффективности
препарата кальций-актив в комплексном лечении
заболеваний пародонта**

В этиологии и патогенезе кариеса и заболеваний пародонта большое значение имеет нарушение минерального обмена – снижение содержания микро- и макроэлементов в организме (Иванов В.С. 1981г.; Никитина Т.В. 1982г.; Иванов В.С. с соавт., 2002-2003г.г. и др.).

Цель изучения – влияние биологически активной добавки к пище (БАД) Кальций-Актив на насыщение организма больных кариесом и заболеваниями пародонта минеральными компонентами костной ткани. Кальций-Актив – БАД, содержащая 50 мг органического кальция, 50 МЕ витамина Д₃, фосфор и комплексон – регулятор обмена кальция.

Материал и методы исследования. Обследовано 70 человек. 60 больных в возрасте от 18 до 52 лет: с множественным кариесом (КПУ=5 и более) – 30 больных и с заболеваниями пародонта – пародонтит легкой и средней степени тяжести – 30 больных. И 10 человек со здоровым пародонтом и КПУ=2-3.

Эффективность комплексного лечения стоматологических заболеваний с применением Кальций-Актива проводилась на основании клинико-лабораторных методов. Клинический статус пациентов оценивали по стандартной схеме: жалобы больного, анамнез заболевания, оценка врачом состояния тканей пародонта. Для объективной клинической оценки состояния зубов и тканей пародонта определяли следующие критерии: состояние зубных рядов (КПУ), определялась индексная оценка гигиенического состояния полости рта (АР1), кровоточивость десен (SB1), состояние десны –определение пародонтально-маргинально-

альвеолярного индекса (ПМА), измерялась глубина пародонтального кармана у больных с пародонтитом.

Кроме изучения клинического статуса у каждого больного исследовалась смешанная слюна для определения содержания общего кальция и неорганического фосфора, активности щелочной, общей и тартратрезистентной фракции кислой фосфатазы.

Каждому больному проводилось рентгеновское обследование – ортопантограмма, визиография наиболее пораженного воспалительным процессом участка пародонта и денситометрия этого участка пародонта.

Обследование больных по данной схеме проводилось до лечения и после проведенного лечения: через 3 месяца и через 6 месяцев.

БАД Кальций-Актив назначался всем больным после проведения традиционного необходимого стоматологического лечения указанных выше нозологических форм стоматологических заболеваний (пломбирование кариозных полостей; проведение профессиональной гигиены, закрытого кюретажа пародонтальных карманов и противовоспалительной терапии у больных с заболеваниями пародонта).

Кальций-Актив больные принимали по следующей схеме:

- больные с множественным кариесом и пародонтитом легкой степени тяжести - по 2 таблетки два раза в сутки в течение 1 месяца и по 2 таблетки один раз в сутки (вечером) в течение последующего месяца;

- больные с множественным кариесом и пародонтитом средней степени тяжести - по 3 таблетки два раза в сутки в течение 1,5 месяцев и по 2 таблетки один раз в сутки (вечером) в течение последующих двух месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Результаты исследования представлены в таблицах № 1, 2, 3 и рисунках №1,2.

Таблица №1

Распределение больных по нозологии заболеваний и возрасту

№п/п	Нозология заболеваний	Количество больных	Возраст
1.	Множественный кариес	30	18-30 лет
2.	Пародонтит легкой степени тяжести	8	31-40 лет
3.	Пародонтит средней степени тяжести	22	41-55 лет
4.	Здоровый пародонт	10	18-30 лет
5.	Всего:	70	18-55 лет

После обучения пациентов личной гигиены полости рта, проведения профессиональной гигиены и кюретажа зубодесневого кармана применяли в качестве антисептической обработки фитопрепарат «Стоматофит». Курс полосканий препаратом составил 7-10 дней.

Таблица №2

Показатели клинического статуса полости рта больных по данным клинических индексов

Группы обследованных больных Клинические индексы	I группа со здоровым пародонтом (контроль)	II группа обследованных с заболеваниями пародонта до и после комплексного лечения	
		ДО	ПОСЛЕ
	M±m	M±m	M±m
КПУ	3,0	7,0	1,0
API	1,0±0,2	2,5±0,2	1,5±0,6
SBI	0	8;5±2,5	0
ПМА	0	3,0±2,5	150±2,5

После проведенного противовоспалительного лечения больные отмечали исчезновение зуда в десне, кровоточивости десен и неприятного запаха из полости рта.

При клиническом обследовании полости рта отмечалось отсутствие гиперемии, отека, кровоточивости при зондировании десневых сосочков. Десна приобрела бледно-розовый

цвет и плотнее охватывала шейку зуба, индекс гигиены API снизился почти в 2 раза и составил $1,5 \pm 0,6$, а индекс ПМА – в 3 раза и составил $1,0 \pm 2,5$, что практически соответствует гигиене полости рта и состоянию пародонта в контрольной группе. Глубина пародонтального кармана у больных пародонтитом значительно уменьшилось.

Эти индексы подтвердили активность проведенного противовоспалительного лечения.

Таблица №3

Показатели смешанной слюны у больных до и после лечения ($M \pm \sigma$)

ГРУППА	ПОКАЗАТЕЛЬ				
	Кальции	Фосфор	Щелочная фосфатаза	Кислая фосфатаза общая	Кислая фосфатаза тартратрезистентная
Больные до лечения (n=193)	$1,25 \pm 0,54$	$7,22 \pm 1,09$	$0,53 \pm 0,25$	425 ± 231	77 ± 48
Больные после Лечения (n=20)	$1,88 \pm 0,23$	$9,51 \pm 1,25$	$0,45 \pm 12$	453 ± 216	119 ± 81
P:	0,025	0,048	0,053	0,71	0,22

Рисунок №1. Динамика содержания компонентов костной ткани в смешанной слюне до и после применения препарата Кальций-Актив

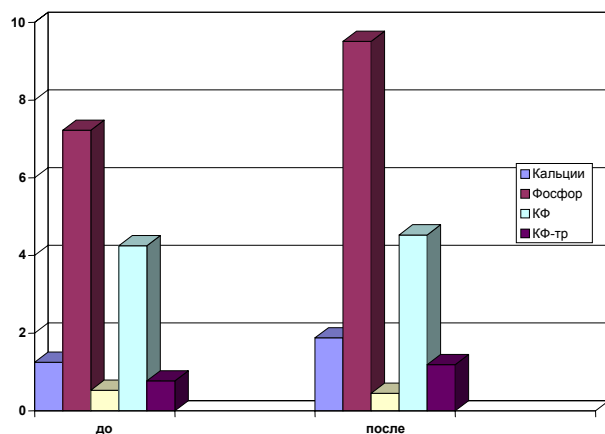
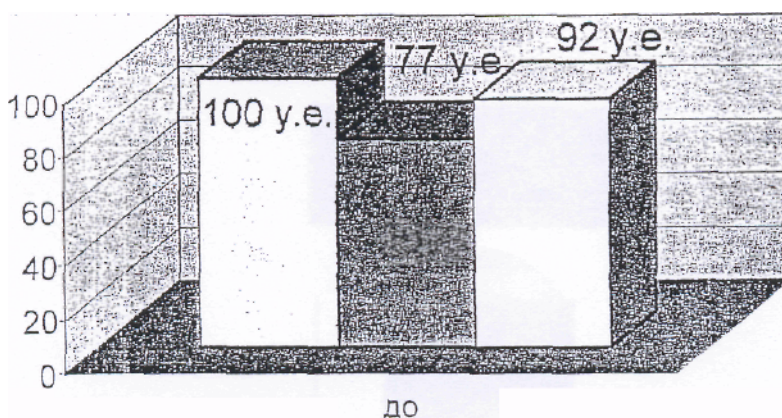


Рисунок №2 Плотность костной ткани альвеолярных отростков до и после приема препарата Кальций-актив через 6 мес. по данным денситометрии в усл.ед. (усредненные данные)



У всех больных с множественным кариесом и заболеваниями пародонта до лечения и приема Кальций-Актив кроме характерной для этих больных клинической картины (наличие кариозных полостей, отека и гиперемии десны, кровоточивости десен при приеме твердой пищи, положительная проба Писарева - Шиллера, индекс ПМА от 3 до 5, наличие пародонтальных карманов глубиной от 1 до 3 мм) наблюдались выраженные нарушения минерального обмена:

- по данным исследования смешанной слюны - снижение содержания общего кальция и

неорганического фосфора, активности щелочной фосфатазы, повышение общей активности кислой фосфатазы, повышение значения тартрарезистентной кислой фосфатазы;

- по данным рентгеновского обследований – наличие глубоких кариозных полостей, остеопения и участки остеопороза костной ткани альвеолярных отростков, снижение высоты межальвеолярных перегородок до одной трети длины корня, деструкция компактной пластинки, появление крупнопетлистого рисунка костной ткани альвеолярных отростков, расширение периодонтальной щели;

- по данным денситометрии - в участках наиболее пораженных воспалительным процессом наблюдалось значительное снижение плотности костной ткани.

При обследовании через 3 и 6 месяцев после окончания курса комплексного лечения больных с множественным кариесом и заболеваниями пародонта были получены - следующие результаты:

- по данным клинического обследования - отсутствовало появление новых кариозных полостей, значительно улучшилось состояние тканей пародонта - десна приобрела розовый цвет, исчезла

кровоточивость десен, исчезла или значительно уменьшилась подвижность зубов, значительно уменьшились или исчезли пародонтальные карманы – десна более плотно охватывала шейку зуба, у всех больных проба Писарева-Шиллера была отрицательной, индекс ПМА приблизился к норме (1-1,5); – в смешанной слюне у 92 % больных наблюдалась тенденция к нормализации компонентов костной ткани - повысилось в 1,5 раза содержание кальция и неорганического фосфора, повышение активности щелочной фосфатазы и снижение значений тартрарезистентной кислой фосфатазы;

- по данным рентгенографии - наблюдалась тенденция к уменьшению костного кармана, восстановлению межзубных перегородок, нормализации костного рисунка - значительно уменьшилась деструкция костной ткани альвеолярных отростков – исчез ее крупнопетлистый рисунок;

- по данным денситометрии – значительно (в 1,5-2 раза) увеличилась плотность костной ткани альвеолярных отростков в очагах ее наибольшей деструкции.

ВЫВОДЫ.

1. Применение БАД Кальций-Актив в комплексном лечении множественного кариеса и заболеваний пародонта, имеющих в своем патогенезе нарушение минерального обмена и связанного с ним значительное уменьшение плотности твердых тканей зубов и костной ткани альвеолярных отростков, дает возможность нормализовать минеральный обмен у больных с этими заболеваниями.

2. Прием БАД Кальций-Актив больными с множественным кариесом и заболеваниями пародонта (пародонтит различной степени тяжести) должен быть курсами по 1 – 2,5 месяца 2-3 раза в год (в зависимости от степени тяжести заболеваний).

Зав. кафедрой пропедевтики
стоматологических заболеваний
МГМСУ, д.м.н., проф.

Отв. исполнитель
доц. кафедры к.м.н.

Исполнители:

Асс. кафедры к.м.н.

Врач-биохимик, к.м.н.

Врач-рентгенолог, к.м.н.

Пожарицкая М.М.

Зидра С.И.

Емиленко Г.И.

Житков М.Ю.

Шафранский А.П.