

Устройство состоит из полого корпуса с ручкой, к которому под углом 90° прикреплен опорная площадка, для опоры на зуб. Внутри корпуса находится рабочий элемент, расположенный под углом 110° - 120° к вертикальной оси зуба. Рабочий элемент с помощью скользящего соединения соединен с тросиком в кожухе. Другой конец тросика соединен с педалью, для передачи возвратно-поступательных движений к рабочему элементу. Предложенное устройство снабжено резервуаром с жидкостью для орошения поверхности корня дезинфицирующим раствором через специальную трубку.

Устройство применяют следующим образом: Устройство фиксируют на зубе, с помощью опорной площадки. Рабочий элемент подводят к поверхности корня, и с помощью педали передают ей возвратно-поступательные движения. Из резервуара с жидкостью, для орошения поверхности корня, через трубку подается дезинфицирующий раствор.

Нами проведено удаление зубных отложений с помощью предложенного устройства 75 больных (38 мужчин и 37 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, которым было проведено удаление зубных отложений без помощи предложенного устройства (экскаваторами).

Результаты исследований: Удаление зубных отложений, с помощью предложенного устройства приводит к значительному уменьшению пародонтальных карманов, количеству спирохет, бактерий, микроорганизмов. Клинический эффект удаления зубных отложений, с помощью предложенного устройства подтвержден положительной динамикой изменений клинических индексов.

За период наблюдения (3 месяца) у больных основной группы не отмечено обострения заболевания. В контрольной группе у 75% обследуемых отмечены рецидивы заболевания уже через 1,5-2 месяца после удаления зубных отложений.

Анализ клинических показателей через 7 дней после удаления зубных отложений с помощью предложенного устройства свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта, что проявлялось уменьшением воспалительных процессов в десне. Через 6 месяцев после удаления зубных отложений, с помощью предложенного устройства наблюдалось значительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, исчезновением воспалительной реакции в десне.

Предложенное устройство имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Устройство для удаления зубных отложений № 2187280».

Применение предложенного устройства для удаления зубных отложений демонстрирует выраженный клинический эффект, удобство в работе, снижение травматичности. При изготовлении предложенного устройства, его себестоимость получается около 6-8 у.е., в отличие от ультразвуковых аппаратов (400-2500 у.е.), что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОРТИКОСТЕРОИДА, АНТИБИОТИКА И ИММУНОМОДУЛЯТОРА

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.

*Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний,
Кубанской государственной
медицинской академии,
Краснодар*

Лечение воспалительных заболеваний периодонта до сих пор является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая частота распространения осложнений кариеса, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря зубов и, как результат, снижение работоспособности свидетельствуют об актуальности эффективного лечения патологии периодонта.

При лечении любых воспалительных процессов наиболее активными являются стероидные противовоспалительные средства, они угнетают все фазы воспаления: альтерацию, экссудацию и пролиферацию. Из кортикостероидов наивысшую противовоспалительную активность имеет дексаметазон (Decadron), в 30 раз выше, чем кортизон (Bahn, S.L.: Glucocorticosteroids in dentistry, J. Am. Dent. Assoc. 105:476, 1982).

Разнообразие микроорганизмов рассматривается как важное показание для самого широкого применения антибиотиков. Наличие же в крови специфических антител служит рекомендацией для использования иммунокорректирующих средств (И.В. Маланьин, С.И. Рисованный, 1998г.).

В настоящее время в арсенале практической медицины достойное место занимает препарат Виферон. Интерфероны, входящие в состав Виферона, как естественные факторы неспецифической защиты организма и медиаторы иммунитета обладают самым широким спектром действия.

Виферон совместим с антибактериальными препаратами и глюкокортикостероидами, что позволяет использовать его в комплексном лечении периодонтита.

Взаимодействие компонентов Виферона позволяет значительно снизить дозы и продолжительность курсов антибиотико- и гормоно – терапии (Деленя Н.В., Ариненко Р.Ю., Мешкова Е.Н.; Под ред. Малиновской В.В.. Виферон. Руководство для врачей – М., 1997.- 33с.).

Антиоксидантные компоненты Виферона – аскорбиновая кислота – и α -токоферола ацетат регулируют окислительно-восстановительные процессы в организме, углеводный обмен, способствуют регенерации тканей, участвуют в биосинтезе белков и тканевом дыхании и пр. Хорошо известно иммуномодулирующее действие α -токоферола и его протективный эффект при сочетании с химиопрепаратами.

Вышперечисленное побудило авторов к созданию нового способа лечения периодонтита включающего в себя применение препарата Цефазолин натрия в комплексе с Вифероном и кортикостероидом Дексаметазоном.

Целью данной работы явилась повышение эффективности лечения периодонтита, повышение качества жизни больных.

Задачей настоящего исследования явилась разработка и обоснование нового способа лечения периодонтита, включающего применение антибиотика, иммуномодулятора и кортикостероида.

Материалы и методы. Предложенный способ заключается в том, что в очаг поражения на 10-15 дней вводят в смеси антибиотик Цефазолин натрия, иммуномодулирующий препарат Виферон и кортикостероид Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр., при этом лекарственную смесь размещают в корневом канале.

Способ осуществляют следующим образом: После трепанации, экстирпации пульпы или остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают. Затем с помощью каналонаполнителя вводят в корневой канал в смеси Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр. При введении лекарственной смеси в корневой канал её выводят за апикальное отверстие. Препараты оставляют в канале на 10 – 15 дней. После этого канал пломбируют по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации.

При лечении периодонтита применение предложенного способа было апробировано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным способом.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили традиционным способом, в течение 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с начальными стадиями заболеваний периодонта – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного способа, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приёме твёрдой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разрежения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разрежения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости

рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при периодонтите происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта. Лечение с помощью предложенного способа способствовало снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности.

Выводы: Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, что смесь препаратов Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенный способ лечения периодонтита, как в отношении дозировки, так и по времени его воздействия.

Предложенный способ имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Способ лечения периодонтита №2216303».

Применение нового способа лечения периодонтита с помощью препаратов Цефазолин натрия Виферон и Дексаметазон демонстрирует выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММАРНЫХ РАЗРУШЕНИЙ В ПАРОДОНТЕ

Маланьин И.В., Бондаренко И.С.
*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,
Кубанской государственной
медицинской академии,
Краснодар*

Рентгенологический способ занимает особое положение в диагностике заболеваний пародонта не только вследствие широкой распространенности, но и потому, что даёт возможность судить как о степени поражения кости, так и в (какой – то) мере о характере процесса (остеопороз, атрофия, резорбция).

Новые способы исследования (панорамная рентгенография, ортопантомография) позволяют более правильно и объективно оценивать состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей при заболеваниях пародонта, чем способ внутриротовой рентгенографии (Рабухина Н.А. М. 1991), тем не менее, последний используется довольно широко (Иванов В.С. М., 1998, стр. 93).

Ранним рентгенологическим признаком пародонтита является нечеткость кортикальной (замыкательной) пластинки кости на фоне склеротизации губчатого вещества кости. В дальнейшем убыль кости приводит к усечённости вершин межальвеолярных перегородок. Тяжёлая форма пародонтита характеризуется распространённостью изменений костной ткани. Однако чаще других встречаются заболевания пародонта, при которых рентгенологически отмечаются лишь воспалительные изменения (резорбция) костной ткани. Они начинаются с поражения кортикальных пла-