

гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), индекс РМА, проба Шиллера-Писарева, индекс кровоточивости (ИК), определение функциональной стойкости капилляров по В. И. Кулаженко (ФСК).

До начала лечения всем больным проводили санацию полости рта, были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки осуществляли снятие над- и поддесневых отложений пьезоэлектрическим скэлером (P-5 BOOSTER SUPRAS SON). По показаниям проводили кюретаж.

Обследование больных с помощью предложенного способа позволило повысить качество диагностики заболеваний пародонта. Рентгеноконтрастная нить, проложенная на дно пародонтального кармана, даёт полную картину локализации и распределения патологического процесса. Рентгенопрозрачные каппы с рентгеноконтрастной сеткой, имеющей диаметр ячейки 1мм, дают возможность точно измерить как глубину дефекта, в любой интересующей врача точке снимка, так и общую длину исследуемого зуба и его корня. Определение суммарного разрушения в пародонте по предложенной формуле даёт возможность оценить математически величину дефекта. Применение предложенного способа до, после и на различных этапах лечения позволяет производить динамический контроль за степенью разрушения пародонта и реально оценить отдалённые результаты лечения.

Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, предложенный способ удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению.

Применение нового способа определения глубины зубодесневых карманов при заболеваниях пародонта с помощью рентгеноконтрастной нити вводимой на дно карманов исследуемых зубов, рентгенопрозрачных капп с рентгеноконтрастной сеткой, с диаметром ячейки 1мм, одеваемых на зубы пациента, при ортопантомографии и расчёта суммарного разрушения в пародонте по предложенной формуле демонстрирует явное повышение качества диагностики заболеваний пародонта, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

Выводы: Применение нового способа определения глубины зубодесневых карманов при заболеваниях пародонта с помощью рентгеноконтрастной нити вводимой на дно карманов исследуемых зубов, рентгенопрозрачных капп с рентгеноконтрастной сеткой, с диаметром ячейки 1мм, одеваемых на зубы пациента, при ортопантомографии и расчёта суммарного разрушения в пародонте по предложенной формуле демонстрирует явное повышение качества диагностики заболеваний пародонта. Предложенный способ удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ В ТКАНИ ПАРОДОНТА И КАНАЛ ЗУБА С ПОДОГРЕВОМ

Маланьин И.В.

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

В последние годы для лечения заболеваний пародонта и осложнений кариеса разработано множество эффективных препаратов (Грудянов А.И. 1997). В литературе представлены результаты исследований, в которых превозносится комплексная эффективность многих ирригационных растворов – гипохлорита натрия, перекиси водорода, хлоргексидина и т.д. Общеизвестно, что гипохлорит натрия и хлоргексидин проявляют значительно более высокую терапевтическую активность при повышенной температуре, а при введении препаратов общеизвестными приспособлениями подогрев до желаемой температуры невозможен. Поэтому поиск новых эффективных устройств для введения медикаментов, позволяющих повышать терапевтическую активность лекарственных веществ, является актуальной проблемой, что и побудило автора к разработке данного предложения.

Задачей настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения заболеваний пародонта и осложнённого кариеса.

Предложенное автором устройство, представляет собой стеклянный шприц, расположенный в термоизоляционном корпусе, в который набирают ирригационный раствор или гель. Кнопкой, установленной на корпусе, включают термостат с термоэлементом, которые получают питание от батареи. Когда показания термометра достигнут необходимого значения, производят ирригацию пародонтальных карманов или каналов зуба по общепринятой методике, путём надавливания на поршень. При этом из иглы поступает препарат, подогретый до температуры 50⁰ - 60⁰. Игла является съёмным элементом и может быть различного диаметра и типоразмера, в зависимости от диаметра канала или глубины и локализации пародонтального кармана.

С помощью данного устройства было проведено лечение 245 больных (123 мужчины и 122 женщины в возрасте от 20 до 60 лет) с различными заболеваниями пародонта и 155 больных с заболеваниями осложнённого кариеса. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, лечение которым проводилось без предложенного устройства, по общепринятой методике.

Лечение больных с помощью предложенного устройства позволило за короткий срок (6-8 посещений в основной группе против 10-12 посещений в контрольной) получить стойкий лечебный эффект.

За период наблюдения (1 год) у больных основной группы не отмечено обострения заболевания. В контрольной группе у 40% обследуемых отмечены рецидивы заболевания уже через 1,5-2 месяца после проведенного курса лечения.

Лечение с помощью предложенного устройства способствовало снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса. Исследования показали, что уровень лизоцима смешанной слюны до лечения был снижен и составлял 170-190 мкг/мл, после лечения он возрастал до 225-230 мкг/мл. При этом активность лизоцима пародонтального кармана до лечения была 245-250 мкг/мл, после лечения уменьшалась до 170-190 мкг/мл, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности. При изучении другого фактора защиты тканей пародонта - фагоцитоза - до лечения выявлена заторможенность клеточного звена неспецифической антибактериальной защиты. Установлено, что только 50% фагоцитов участвовали в фагоцитарной реакции. После лечения с помощью предложенного приспособления около 75% фагоцитов стали активными.

Лечение заболеваний пародонта и осложнённого кариеса с помощью предложенного устройства для введения препаратов позволяет: за короткие сроки эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития заболевания; получить стойкий лечебный эффект; за счет усовершенствованного способа введения с подогревом увеличить терапевтическую активность вводимых препаратов, снизить их объём при применении. Лечение пародонтита и осложнённого кариеса с применением предложенного устройства для введения препаратов является патогенетически обоснованным подходом к лечению этих заболеваний. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, что приспособление удобно для использования, хорошо переносятся пациентами, не имеют побочного действия и противопоказаний к применению. Полученные данные позволяют рекомендовать устройство для введения препаратов в канал зуба и ткани пародонта для лечения хронического генерализованного пародонтита и осложнённого кариеса, как в отношении технического применения, так и по температуре воздействия.

Abstract: Treatment of diseases parodontitis and complicated caries with the help of the offered device for introduction of preparations allows: for short terms effectively to influence the basic pathogenetic mechanisms of development of disease; to receive proof medical effect; due to the advanced way of introduction with high temperature increase therapeutic activity of entered preparations, to lower their volume at application. Treatment parodontitis and complicated caries with application of the offered device for introduction of preparations is pathogenetics proved approach to treatment of these diseases. The adaptation is convenient for use, is well transferred by patients, has no side effect and contra-indications to application.

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОКОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Марченко Н.В., Базлов С.Б.
Кубанская государственная
медицинская академия,
Краснодар

Наблюдали 67 пациентов с гнойно-некротическими поражениями стоп при сахарном диабете. У 31 больного в комплексе лечения применяли не прямое эндолимфатическое введение Ронколейкина® в дозе 500000 ЕД. Контроль за течением патологического процесса помимо клинических данных включал исследование иммунного статуса, динамику цитограммы раневых мазков, определение ТсРО₂ в области поражения. У всех пациентов исходно отмечено снижение CD3+ субпопуляции и устойчивый Т-клеточный субпопуляционный дисбаланс, относительное снижение количества CD4+, CD8+, увеличение индекса CD4/ CD8 и количества CD16+ (NK-клеток). ЛИИ в среднем составил $6,8 \pm 0,6$ расч. ед. Морфология раневого мазка отражала дегенеративно-воспалительный тип репаративной реакции. Средний показатель ТсРО₂ в области стопы составил $23,7 \pm 2,6$ мм. рт. ст.

К 5-7 суткам лечения в 74,2% случаев основной группы достигнуто клиническое улучшение, что характеризовалось снижением ЛИИ до $3,7 \pm 0,3$ расч. ед. По сравнению с контрольной группой отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение абсолютного количества основных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+). Цитограммы характеризовали воспалительно-регенераторный тип реакции. Средний показатель ТсРО₂ составил $27,2 \pm 2,1$ мм. рт. ст. Прогрессирование гнойно-некротического процесса в основной группе отмечено у 6 (19,4%) пациентов. Этим больным выполнены ампутации конечностей. В остальных случаях путем проведения этапных некрэктомий с последующей кожной пластикой удалось сохранить опорную функцию конечности. В контрольной группе высокие ампутации выполнены в 36,1% случаев.

Таким образом, детоксикационный и иммунокорректирующий эффекты Ронколейкина® позволяют улучшить результаты лечения больных с гнойно-некротическими поражениями стоп при сахарном диабете.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ, ПОЛУЧЕННОЙ НА ОСНОВЕ ОВОЩНОГО РАСТЕНИЯ СКОРЦОНЕРА

Маршалкин М.Ф., Оробинская В.Н.
Кафедра химических дисциплин. Пятигорский
государственный технологический университет,
Пятигорск

Высокий технологический уровень современной пищевой индустрии позволяет использовать нетрадиционные виды растительного сырья в качестве источников новых композиций пищевых биологически активных добавок (БАД), таких как пищевые волокна