

Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1. При введении лекарственной смеси в корневой канал её незначительно выводили за апикальное отверстие. Препараты оставляли в канале на 10 – 15 дней. При необходимости через две недели после промывания каналов повторяли введение препаратов. После этого канал пломбировали с применением гутаперчивых штифтов и комбинирования методов латеральной и вертикальной конденсации: патент на изобретение №2216303 «Способ лечения периодонтита» (Маланьин И.В., Голуб Ю.Н. 2003г.).

В контрольной группе пациенты получали только эндодонтическое лечение, без лечения заболеваний пародонта.

Оценка клинической эффективности проводимой терапии основывалась на сопоставлении субъективных данных, полученных в результате опроса пациентов, результатах объективного исследования, показателях лазерной доплеровской флуометрии, проведенных до и после лечения.

Состояние микроциркуляции сосудов в области исследуемых зубов определялось методом лазерной доплеровской флуометрии с помощью аппарата ЛАКК – 01. Для повышения качества диагностики применялось устройство удержания торца световода лазерного анализатора кровотока в области лица и полости рта: патент на изобретение № 2161016 «Устройство для удержания торца световода лазера в области лица и полости рта» (Рисованный С.И., Маланьин И.В., Рисованная О.Н., 1999г.).

Статистическая обработка полученных материалов и их графическое изображение были произведены на компьютере Pentium IV. Данные проведенных исследований обрабатывали методом вариационной статистики с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей (P), средних величин (M), их ошибок ($\pm m$), достоверности различий с помощью критерия Стьюдента (p) (Каминский Л.С., 1964).

Различие результатов оценивалось как статистически достоверное лишь в тех случаях, когда показатель p был $< 0,05$, то есть ошибка репрезентативности составляла не более 5%. В остальных случаях различие сопоставляемых результатов расценивалось как статистически недостоверное.

Результаты исследования: У пациентов основной группы при контрольном осмотре через 12 месяцев, после комбинированного эндодонтического и пародонтологического лечения клиническая картина была благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

У 65% пациентов контрольной группы, получавших эндодонтическое моно лечение, в течении 5-6 дней ощущалась боль при накусывании в области лечённого зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней степени – и дольше.

Пациенты, которым проводили комбинированное эндодонтическое и пародонтологическое лечение, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. Лишь у 5 (1,67%) пациентов в течение первых 2-

3 дней неудобства возникали при приёме твёрдой пищи.

При контрольном осмотре через 1 год после пломбирования каналов у 9 (9%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. На контрольных рентгеновских снимках у 23 (23%) больных отмечено увеличение ширины периодонтальной щели и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

Анализируя результаты исследования можно сделать вывод, что имеется чёткая закономерность влияния заболеваний пародонта на пульпу и апикальный периодонт через дентинные каналы, латеральные каналы или посредством обоих, а так же через поверхность зуба.

Учитывая это, при диагностике пародонтита должны проводиться эндодонтические тесты. Если зуб не реагирует на лечение пародонта, то причиной этого может быть некроз пульпы. При вторичном вовлечении пульпы она, в свою очередь, может влиять на первичное поражение пародонта. Это поражение становится похожим на первичное эндодонтическое поражение, которое вторично развилось на фоне заболевания пародонта. Разница заключается только в последовательности развития патологических изменений.

Выявленная закономерность влияния заболеваний пародонта на пульпу и апикальный периодонт является основанием патогенетического подхода к лечению данной патологии.

На основании выявленной закономерности можно рекомендовать следующее: если в ходе диагностического исследования при зондировании или рентгенографии выявляются некроз пульпы и зубной налет или камень, или и то и другое, то в таком случае необходимо как эндодонтическое, так и пародонтологическое лечение. Если эндодонтическое лечение адекватно, то прогноз зависит от тяжести поражения пародонта и эффективности пародонтологического лечения. При выполнении только эндодонтического лечения можно ожидать лишь частичного восстановления дефекта.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Маланьин И.В., Ю-Со-Син М.А.

*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,*

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Вопросам этиологии и изучению патогенетических механизмов воспалительных заболеваний пародонта посвящено значительное число исследований теоретического и клинического плана, благодаря которым были сформулированы основные положения современной пародонтологии.

По данным доклада научной группы ВОЗ (1990), основанного на обследовании населения 53 стран, в мире имеет место очень высокий уровень распростра-

нения заболеваний пародонта уже у лиц в возрасте 15-19 лет (от 55 до 89%) и в возрасте 35 – 44 лет (от 65 до 98%). Распространённость болезней пародонта у лиц более старших возрастных групп достигает 98% (Грудянов А.И., 1997; Иванов В.С., 1998; Bork K., 1984; Domingues R.V., 1993).

Частота распространения гингивита и пародонтита, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря больным зубов и как результат снижение работоспособности, тяжелое психологическое состояние больных - все это позволяет считать заболевания пародонта не только медицинской, но и важной социальной проблемой.

В патогенезе воспалительных заболеваний пародонта первостепенное значение имеют инфекционный фактор и аллергизация организма, стимулирующие иммунологически обусловленные повреждения тканей (Николаев А.И., 1998). В зависимости от силы, продолжительности действия и особенностей повреждающего агента, а так же от реактивности организма могут возникать различные по тяжести повреждения околозубных тканей. Прогрессирующая деструкция тканей пародонта часто протекает на фоне сочетанной патологии внутренних органов и иммунологических нарушений.

Это определяет необходимость комплексного подхода к лечению, основной задачей которого является стабилизация процесса в пародонте (Царинский М.М., 1981; Золотарева Ю.Б., 1997).

Лечение заболеваний пародонта должно строиться на принципе максимального индивидуализированного подхода к каждому больному с учетом как общего состояния, так и местного стоматологического статуса. Оно всегда должно носить комплексный характер, так как практически все имеющиеся в арсенале стоматологов методы и средства лечения, применяемые отдельно, приносят лишь временный и нестойкий эффект. Воздействие, пусть даже самое интенсивное, только на отдельные звенья патогенетической цепи генерализованного процесса воспаления в пародонте не способно привести к радикальному излечению этого заболевания.

Большое количество существующих методов лечения гингивита и пародонтита отражает попытки оказать лечебное воздействие на различные звенья патогенетического механизма воспалительного процесса. Все они, наряду с положительными свойствами, имеют недостатки, и этим обоснован поиск новых, более эффективных методов, которые смогли бы оказывать наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

Поэтому возникает необходимость разработки целостной лечебно – профилактической программы, направленной на снижение заболеваний пародонта, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

Целью данной работы явилось повышение эффективности лечения и профилактики заболеваний пародонта.

Задачей данного исследования явилась разработка и этиопатогенетическое обоснование индивидуализи-

зированной лечебно – профилактической программы терапии заболеваний пародонта.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и лечение с комбинированным применением препаратов Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид", 250 больных (136 мужчин и 114 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Введение данных препаратов в ткани пародонта осуществлялось с помощью предложенных нами способов. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, получавших традиционное лечение.

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 склером (P-5 BOOSTER SUPRASSON) и предложенным нами устройством для снятия зубных отложений. Патент на изобретение № 2187280. «Устройство для удаления зубных отложений». По показаниям проводили кюретаж. Затем в слизистую дёсен на очаг поражения вводили исследуемые препараты в течение 15 – 25 минут в индивидуально изготовленной капле. Курс лечения составлял 5 – 7 процедур, через 1 день. Патент на изобретение № 2143258 от 27.07.98 г. «Способ лечения пародонтита». Свидетельство на полезную модель № 10342. «Приспособление для введения медикаментов в ткани пародонта». Так же применялось предложенное нами устройство для вакуум-электрофореза дёсен. Патент на изобретение №2185204. «Устройство для вакуум-электрофореза дёсен».

Оценка клинической эффективности проводимой терапии основывалась на сопоставлении субъективных данных, полученных в результате опроса пациентов, результатах объективного исследования, показателях ЛДФ, проведенных до и после лечения. Оценку результатов лечения проводили по данным клинических методов исследования в динамике: осмотр, определение глубины пародонтальных карманов, индекс гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), индекс РМА, проба Шиллера-Писарева, индекс кровоточивости (ИК), определение функциональной стойкости капилляров по В. И. Кулаженко (ФСК) (Баранникова И.А., Заславский С.А., Свиринов В.В. 1990г). Состояние микроциркуляции сосудов пародонта определялось методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК – 01. Для повышения качества диагностики применялось устройство для удержания торца световода лазерного анализатора кровотока в области лица и полости рта. Патент на изобретение № 2161016. «Устройство для удержания торца световода лазера в области лица и полости рта».

Статистическая обработка полученных материалов и их графическое изображение были произведены на компьютере Pentium IV. Данные проведенных исследований обрабатывали методом вариационной статистики с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей (P), средних величин (M), их ошибок ($\pm m$), достоверности различий с помощью критерия Стьюдента (p) (Каминский Л.С., 1964).

Различие результатов оценивалось как статистически достоверное лишь в тех случаях, когда показатель p был $< 0,05$, то есть ошибка репрезентативности составляла не более 5%. В остальных случаях различие сопоставляемых результатов расценивалось как статистически недостоверное.

Результаты исследований. Лечение больных с при-

менением исследуемых препаратов вводимых с помощью капп, позволило за короткий срок (5-7 посещений в основной группе против 10-12 посещений в контрольной) получить стойкий лечебный эффект. Клиническое улучшение подтверждалось положительной динамикой изменений клинических индексов.

Таблица 1. Динамика изменений клинических индексов у больных пародонтитом при лечении с применением предложенной лечебно – профилактической программы и традиционным методом

Наименование индексов	До лечения	После лечения с применением лечебной программы	После лечения традиционным методом
ИГ	2.23±0.14	1.32±0.12	1.72±0.29
РМА	25.03±2.13	1.12±0.37	1.66±0.31
ИК	5.14±1.09	0.18±0.19	3.14±0.78
ФСК	15.23±2.37	44.27±2.41	30.46±2.09

Анализ клинических показателей через 7 дней после лечения с применением предложенной лечебно – профилактической программы свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта, что проявлялось уменьшением воспалительных процессов в десне. Снижение признаков воспаления наблюдалось ко 2-3 сеансу. Больные отмечали уменьшение кровоточивости десен, болевых ощущений.

Через месяц после проведенной терапии улучшение состояния тканей пародонта вплоть до полного исчезновения воспалительного процесса наблюдалось у 98% больных. У одного больного, страдающего сахарным диабетом, терапевтический эффект отсутствовал, что проявлялось наличием признаков воспаления тканей пародонта.

Показатели индексов снизились ($p < 0,05$) и соответствовали нормальным средним показателям. Проба Шиллера-Писарева была отрицательная у 98% больных, пробы Парма и Кечке - отрицательные у всех больных данной группы.

После лечения уровни микроциркуляции в зонах десны почти не отличались друг от друга, поэтому градиент различий капиллярного кровотока между этими зонами колебался от 0,09 до 0,18, в среднем составляя $0,14 \pm 0,02$. Коэффициент асимметрии также имел низкие значения в пределах 0,07-0,09.

Средние значения показателей микроциркуляции в пародонте фронтальной области альвеолярного отростка составили: МД – $18,4 \pm 0,2$ усл.ед.; ПД – $20,1 \pm 0,2$ усл.ед.; ПС – $21,1 \pm 0,11$ усл.ед., а в слизистой оболочке десны области жевательных зубов: МД – $18,5 \pm 0,22$ усл.ед.; ПД – $21,6 \pm 0,14$ усл.ед.; ПС – $21,012 \pm 0,15$ усл.ед.

Через 6 месяцев после лечения наблюдалось значительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, исчезновение воспалительной реакции в десне.

По рентгенологическим данным у всех пациентов через 6 месяцев после проведенного лечения с использованием предложенной лечебно – профилактической программы прогрессирования резорбции альвеолярных перегородок не выявлено.

Лечение больных с применением новой индивидуализированной лечебно – профилактической программы позволяет: за короткие сроки (5-7 посещений)

эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития пародонтита; получить стойкий лечебный эффект. За счет усовершенствованного способа введения с помощью капп точно дозировать лекарственное вещество по активности. С помощью устройства для снятия зубных отложений добиться ликвидации важного этиологического фактора - микробной зубной бляшки, которая содержит большое количество микробов: от 100 до 300 млн. в 1 мг зубного налета. Включение в лечебно – профилактическую программу препаратов Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид" позволяет: увеличивать степень кровенаполнения пародонта, нормализуется тонус сосудов, приближаются к норме индексы периферического сопротивления тонуса сосудов.

Всё приведённое выше предопределяет, использование при лечении воспалительных поражений пародонта:

- этиотропной (антибактериальной) терапии, направленной на устранение причинного; патогенетической терапии с использованием средств и методов воздействия на различные патогенетические звенья воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, включая и симптоматическую терапию, что уменьшает подвижность зубов, глубину пародонтальных карманов, замедляет процесс резорбции костной ткани;

- саногенетической терапии, предусматривающей использование средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы пациента;

- реабилитации.

Необходимо при проведении комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта использование, наряду с методами и средствами, устраняющими симптомы заболевания и способствующими нормализации состояния тканей пародонта, и общеукрепляющего лечения, правильного сочетания местной и общей терапии. Терапия воспалительных заболеваний пародонта должна также включать активизацию гемодинамических процессов.

Индивидуализация комплексной терапии с учетом вида, тяжести заболевания и особенностей клинического течения пародонтита, а также общего состояния организма пациента повышает эффективность лечения. Положительные результаты приносит также обоснованный выбор методов и средств воз-

действия на очаг в пародонте и организм больного в целом, и соблюдение правильной последовательности их применения.

В период ремиссии необходимо проведение повторных курсов лечения и восстановительной терапии с целью профилактики обострений хронического процесса в пародонте.

Предложенная новая индивидуализированная лечебно – профилактическая программа удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению, а так же демонстрирует выраженный терапевтический эффект.

НОВЫЙ СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Маркосьян С.А.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, курс детской хирургии, Саранск

В настоящее время в России и за рубежом накоплен достаточный научно-практический опыт клинического использования различных лекарственных препаратов и их комбинаций, физических и биологических методов с целью профилактики возникновения послеоперационных спаек и развития, в дальнейшем, спаечной кишечной непроходимости. Однако, ни один из существующих на сегодняшний день методов, в том числе сосудистое и внутрибрюшное введение антикоагулянтов и других препаратов, не может гарантировать от развития спаечного процесса в брюшной полости, особенно при выполнении больших по объему операций. Внутрибрюшное введение антикоагулянтов резко уменьшает выраженность спаечного процесса, но создает предпосылки для развития внутрибрюшного кровотечения, что, безусловно, не удовлетворяет современным запросам хирургии.

Поэтому поиск оптимального способа решения этой проблемы, сочетающего в себе эффективное влияние на предупреждение процесса спайкообразования и исключения возможности развития внутрибрюшных осложнений, связанных с использованием этого способа при операциях на органах желудочно-кишечного тракта, является одной из самых актуальных проблем в мировой хирургии. Начатые в 70-х годах исследования по проблеме послеоперационной профилактики образования спаек так и не дали желаемого результата.

Предлагаемая интраоперационная профилактика спайкообразования в раннем и позднем послеоперационных периодах после выполнения полостных операций на органах желудочно-кишечного тракта по выбору пути введения гепарина с созданием депо препарата не имеет аналогов в мире. Она заключается в интраоперационном введении в клетчатку сосудисто-нервного пучка оперируемого органа раствора гепарина в возрастной дозировке. Введение гепарина в указанную область при лапаротомических операциях производится пункционным методом путем струй-

ного введения препарата с помощью иглы, подсоединенной к шприцу. После введения соответствующей дозы гепарина место пункции лигируется. Создается замкнутое пространство с депонированием гепарина, к которому непосредственно прилежат артериальные, венозные и лимфатические сосуды. Поскольку операционная травма органа всегда сопряжена с расходом собственного гепарина, особенно в области хирургического вмешательства, то его концентрация в крови уменьшаться. По этой причине, согласно закону разности концентраций, гепарин диффундирует из созданного искусственного замкнутого пространства в кровь. Этим достигается оптимальная концентрация гепарина, как естественного антикоагулянта, в кровеносных сосудах поврежденных тканей и предотвращается образование значительного спаечного процесса в этой области. Кроме того, депонирование гепарина в замкнутом пространстве сводит к минимуму опасность развития внутрибрюшного кровотечения, что так боятся хирурги. При лапароскопических операциях принцип остается неизменным с той лишь разницей, что используется соответствующий лапароскопический инструментарий.

Клиническая апробация вышеуказанного способа профилактики спайкообразования при операциях на органах желудочно-кишечного тракта показала достаточно высокую его эффективность.

TOPICAL INTEREST IN MEDICO- ECOLOGICAL ASSESSMENT OF THE RISK IN PEOPLE 'S SICKNESS RATE FROM DRINKING WATER CONTAMINATION BY HEAVY METALS IN THE ARCTIC ZONE WITHIN URBANIZED BARENTS REGION

Megorsky V. V.

INEP, Kola Science Centre, Russian Academy of Sciences

The urbanization and constant scientific-technological progress caused environmental geochemical changes that resulted in population sickness rate within well industrialized regions.

Human Health is the main qualitative index of socioeconomic development of a country. In all economically developed countries it is to be considered as the prior criteria of the peoples' living standard.

To execute an ecological and human health protection policy under minimum cost (due to budget deficit), one should specify the main pollutants, and the most vulnerable high risk groups of people that require, as a priority, a protected environment and preventative medical treatment.

The main input of trace elements into the human organism depends on the quality of drinking water. And the water itself is the most powerful accumulator of different technogenic and geochemical dynamical processes.

The living conditions in the industrially developed cities are artificially created environment. Chemical content of the air, water, decibel level, electro-magnetic fields, ultraviolet radiation and other urban factors are