

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.314. 615. (048). 616.3.

Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова, В.К. Слободенюк, Л.Н. Олешко

ВЫБОР ПУТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ГИПОФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
Кафедра терапевтической стоматологии

Консервативная терапия воспалительных заболеваний пародонта является важным этапом в комплексном лечении больных с этой патологией. Определяющее значение имеет не только тщательное проведение манипуляций, но и выбор лекарственного препарата.

Представляет интерес фитопрепарат ЭРАКОНД. Технология основана на переработке люцерны, поэтому отличается наличием практически неограниченной сырьевой базы. Препарат обладает противовоспалительным, анаболизующим, иммуномоделирующим, регенерирующим костномышечную ткань, адаптогенным, кератопластирующим действием. Не оказывает местнораздражающего, костносенсибилизирующего, алергизирующего влияния, не имеет эмбриотоксических, тератогенных свойств, практически нетоксичен [4].

В комплексном лечении заболеваний пародонта, особенно воспалительных (гингивит и пародонтит), широко применяются аппликации. Учитывается тот факт, что при этом методе затруднена дозировка лекарственного средства, изменяется его концентрация, очень важно, чтобы данное лекарственное средство было эффективней даже в небольших концентрациях. В то же время в последние годы в стоматологии успешно внедряется в практику и так называемые трансмукоидные системы доставки лекарственных средств, или трансмукоидные терапевтические системы (ТТС) [1, 2, 3, 5]. Эти системы не имеют недостатков аппликаций и, особенно, пародонтальных повязок, которые хотя и обеспечивают продолжительный (2ч и более) контакт лекарственных препаратов с тканями пародонта, могут вызывать пролежни, мацерацию и различные неприятные вкусовые ощущения, вплоть до тошноты [1, 3]. Целью настоящей работы явилось

изучение эффективности применения препарата ЭРАКОНД в виде аппликаций и ТТС на слизистую оболочку десны при лечении заболеваний пародонта у пациентов с гипофункцией слюнных желез.

Проведено обследование и лечение четырех пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом средней тяжести и тяжелым и 18 больных с пародонтитом: хронический пародонтит и пародонтит в стадии обострения легкой степени - у 8 чел., средней - у пяти, тяжелой - у пяти. Из них у пяти чел. диагностирован хронический панкреатит, у четырех гипофункция половых желез, у трех - сахарный диабет I типа, у двух - синдром Шегрена. Контрольную группу составили 12 чел. (3 с гингивитом, 7 - с пародонтитом), которым лечение проводилось традиционно, с применением лекарственных трав и пародонтальных повязок на мазевой основе.

До и после курса лечения определяли: гигиенический индекс ГИ (Грина-Вермильона), индекс РМА (Рагша), пародон-

тальный индекс - ПИ (Russel), стойкость капилляров десны методом дозированного вакуума (проба В.И. Кулаженко), в области резцов и моляров верхней и нижней челюстей; глубину пародонтальных карманов (в мм), ретракцию десны (в мм), подвижность зубов, индекс биоэлектроманнитной реактивности ("Малахит 010 П"). Проводили сиалометрию, кристаллооптическое исследование ротовой и десневой жидкости; общее обследование больных (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), консультации терапевта, гастроэнтеролога и других специалистов при необходимости.

Курс лечения заканчивали при отсутствии жалоб, хорошем гигиеническом состоянии полости рта, отсутствии гиперемии и отечности десневого края, уплотнении десны, улучшении клинических показателей состояния тканей пародонта. Лечение включало: обучение гигиеническим навыкам ухода за полостью рта и контролируемую гигиену, устранение местных травмирующих факторов, восстановление контактных пунктов, избирательное пришлифовывание зубов, удаление зубных отложений, медикаментозную обработку десны и карманов раствором фурацилина в концентрации 1:5000; 14 пациентам назначались аппликации раствора эраконда на десну и пришеечную область зубов; 8 пациентам - ТТС с эракондом, пальцевой аутомассаж десен. По показаниям использовались хирургические и ортопедические методы лечения.

Трансмуконидные терапевтические системы фиксировали в полости, на деснах в течение 40-60 мин. до полного рассасывания, они не вызывали неприятных ощущений во рту (сухости, горечи, жжения и проч.), аллергических реакций, а также мацераций и пролежней слизистой оболочки. Аппликации раствора эраконда проводились в течение 20-25 мин.

Для оценки-результатов лечения использовали следующие показатели: выздоровление, улучшение, стабилизация процесса, ухудшение. У трех больных гингивитом отмечено выздоровление, у двух - улучшение: исчезли жалобы, десна стала бледно-розовой, плотной, клинические показатели состояния десен нормализовались. Практически у всех больных с пародонтитом достигнута стабилизация процесса: стихли воспалительные явления, ГИ нормализовался ($p < 0,005$), РМА, ПИ значительно снизились ($p < 0,005$), время образования вакуум-гематом достоверно увеличилось в области всех исследуемых зубов, глубина карманов уменьшилась, ретракция десны увеличилась. Состояние десны улучшалось с каждым посещением: при гингивите и пародонтите легкой степени - уже ко второму посещению, при пародонтите средней тяжести и тяжелом - к третьему-четвертому: отек, гиперемия, пролиферация десны значительно уменьшились, наблюдалось объективное улучшение состояния пародонта.

Все пациенты отметили благоприятное влияние эраконда - и в растворе (аппликации), и в ТТС.

Таким образом не выявлено достоверных различий в клинической оценке тканей пародонта при лечении больных с применением раствора эраконда в виде аппликаций и ТТС с эракондом. Использование этих методов в комплексном лечении пародонтита обеспечило выраженный противовоспалительный эффект: проотитоотечный, кровоостанавливающий, антипролиферативный, кератопластический, адаптогенный и восстанавливающий функцию пародонта. Тем не менее необходимо подчеркнуть, что ТТС с эракондом, обеспечивая пролонгированность процедуры, оказы-

вают более выраженное противоотечное и антипролиферативное действие. Лучший результат достигается сочетанным применением раствора эраконда для обработки слизистой оболочки десны, туалета десневых сосочков, обработки клинических карманов и ТТС с эракондом при завершении каждого сеанса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еловицова Т.М., Олешко Л.Н. /Матер, конф. стоматологов. Екатеринбург. 1992. С.40-42.
2. Некрасов П.И. Трансдермальные системы доставки лекарственных средств: состояния и перспективы// НПО "Союзмединформ". М. 1991. С.14.
3. Ронь Г.И., Еловицова Т.М. / Матер. II съезда стоматологической ассоциации (Общероссийской) Екатеринбург. 1995. С.121-122.
4. Ронь Г.И., Еловицова Т.М. Вопросы организации и экономики в стоматологии./Матер. конф. Екатеринбург. 1994. С.88-91.
5. Chien I.W. //S.T.P. Pharma Sc.1991. V.I, N1. P.5-23.

УДК 616.314. - 089.165.27

Н.Н.Костромская, Т.Е. Рудакова

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛМАЗНЫХ БОРОВ
НА ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ЗУБА

Кафедра терапевтической стоматологии

Состояние твердых тканей зубов после их механической обработки влияет на исход лечения заболеваний зубов. Одним из методов оценки препарированной поверхности твердых тканей является микроскопическое исследование [2, 3, 4, 5, 7].

Микроскопия твердых тканей зуба позволяет установить микроструктуру и рельеф обработанной эмали и дентина борами. При препарировании различными борами появляются распределительные по поверхности обработки надрывы, выемки, трещины, бороздки, количество и размеры которых зависят от вида и скорости вращения бора. Что касается стальных боров, то существует единое мнение, что они оказывают травматическое воздействие, которое приводит к глубоким нарушениям в твердых тканях зуба [1, 5].

При препарировании кариозных полостей алмазными и твердосплавными борами формируются более гладкие края эмали с меньшим количеством трещин.

Однако, по данным А.С. Солнцева [5], при увеличении скорости вращения алмазных боров бороздки и трещинки приобретают менее выраженный характер и поверхность становится гладкой, особенно при скорости вращения 250000 об/мин. По мнению других авторов [6], увеличение скорости вращения алмазных инструментов вызывает заметный "разрыв" поверхности твердых тканей зуба, оставляя борозды до 85-90 мк.

Задачей настоящего исследования является изучение морфологической структуры твердых тканей зуба после препарирования алмазными борами со скоростью вращения 20000 и 30000 об/мин, изготавливаемыми Рославльским заводом и НПО "Блик".

Шлифы свежееудаленных зубов после препарирования данными борами готовили по следующей методике. Вырезали несколько