

Всего нами было обследовано 53 зуба, в том числе:

**Челюсть резцы клыки премоляры моляры**

Верхняя	11	6	7	9
Нижняя	4	2	4	10

Изменения в периапикальных тканях прослеживались в виде четких, округлых очагов деструкции костной ткани, размером от 0,2 до 0,6 см.

После однократной обработки корневых каналов болевые ощущения полностью исчезли у 11 человек, частично сохранились со значительным снижением интенсивности боли у 37 пациентов, не изменились по интенсивности, но не нарастали у 5 больных. После повторной обработки на вторые сутки боли полностью исчезли у 46 человек, незначительные болевые ощущения при вертикальной перкуссии сохранились у 7, только у одного пациента боли полностью исчезли после пятой процедуры. При повторном рентгенологическом исследовании определялось качественное пломбирование всех зубов с полным заполнением дефекта пломбирочным материалом. Обострений процесса после пломбирования корневого канала не было ни у одного пациента, у 13 человек в течение 1-3 дней наблюдался дискомфорт при накусывании на зуб, однако без возникновения болевых ощущений.

При рентгенологическом обследовании через 6 месяцев прогрессирование дест-

руктивного процесса не обнаружено ни у одного пациента, у 16 больных отмечено в разной степени уменьшение диаметра периапикального дефекта с восстановлением нормальной структуры костной ткани. Обострения процесса не наблюдалось ни у кого.

**Заключение.**

На основании результатов проведенных нами исследований можно предположить, что использование биоспорина является оправданным в лечении сложных случаев хронических периодонтитов и имеет большое будущее в лечении очагов одонтогенной инфекции. Кроме того, качественное лечение зубов со сложными случаями деструктивных форм периодонтита дает хорошие результаты при подготовке пациентов к последующему ортопедическому лечению и значительно расширяет показания к использованию этих зубов как опорных элементов при изготовлении съемных и несъемных протезов.

**Литература:**

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. М., 1997, С.279
2. Звукочастотные (Соник) и ультразвуковочастотные инструменты при эндодонтическом лечении. // Зубоврачебные заметки. вып. 3. Нью-Йорк, 1994.
3. Жохова Н.С. Малеева И.М. Инструментальная обработка, как залог успешной obturации корневых каналов гуттаперчей. // Новое в стоматологии. 1997, №4(54), С.22

**ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДАМИКОЗНЫХ СТОМАТИТОВ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ.**

*С.Е. Жолудев, Ю.Ф. Кузьмин, Н.А. Новикова, В.А. Шалаев, С.Г. Шевченко*  
УГМА, ОКБ №2

В последние годы ухудшение экологической обстановки привело к отягощению течения многих заболеваний. Авария на Чернобыльской АЭС, происшедшая в 1986 г. внесла в это немалую лепту. На ликвидации последствий аварии работало много людей, которые в настоящее время составляют специальный медицинский контингент - "ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС". В нашем региональном центре радиационной медицины наблюдается более

5250 человек, ставших жертвами воздействия радиации. Последствия ее проявляются во всем организме человека, в том числе и в зубочелюстной системе. Одно из характерных проявлений такого воздействия - снижение общего и местного иммунитета и как следствие - повышение активности условно патогенной микрофлоры, в частности дрожжеподобных грибов рода *Candida*. При этом отмечается склонность к генерализованным (висцеральным) формам данной патологии.

Почти у всех ликвидаторов аварии на ЧАЭС, пользующихся съёмными протезами в течение 5-7 лет в полости рта имеются проявления кандидомикозного стоматита. Традиционные препаратами антикандидозной направленности, как правило, полного излечения не давали, ремиссии были очень кратковременными (не более 1-3 месяцев). Лечение же кандидозных стоматитов у лиц данной категории необходимо, так как развитие тяжелых радиационных пародонтий, трудно поддающихся лечению, вызывает множественную потерю зубов, что приводит к необходимости использования при ортопедическом лечении частичных и полных съёмных протезов.

*Целью нашей работы явилась разработка методов лечения кандидомикозных стоматитов с применением нового биологического препарата "Биоспорин" и препарата для парентерального и орального применения «Пантенол».*

### **Материалы и методы.**

При лечении пациентов с кандидомикозными протезными стоматитами нами использовался препарат «Биоспорин», который представляет собой микробную массу живых бактерий *B. Subtilis* 3 и *B. Licheniformis* 31 с добавлением сахарозожелатиновой среды, лиофильно высушенную. Он обладает высокой антагонистической активностью в отношении патогенных и условно патогенных микроорганизмов (в том числе грибов рода *Candida*) и не влияет на представителей нормальной микрофлоры.

Пантенол применялся нами в виде двух лекарственных форм - Пантенол 500 мг/2мг Иенафарм-ампулы и Пантонол 100 мг Иенафарм таблетки.

Применение «Биоспорина» считалось возможным в связи с тем, что помимо основного угнетающего воздействия на рост дрожжеподобных грибов рода *Candida*, он способствует стимуляции клеточного и гуморального иммунитета, а также выведению радионуклидов и продуктов радиоактивного распада из тканей.

Применение пантенола основывалось на том, что в организме ликвидаторов аварии на Чернобыльской аварии в момент воздействия ионизирующего излучения был запущен механизм свободнорадикальных реакций с накоплением гидроперекисей, свободного радикала O, малонового диальдегида и т.д. и соответствующими поврежде-

ниями, в основе которых лежит дестабилизация всех мембранных структур клетки, то и митохондрии, рибосомы, лизосомы, клеточная стенка и как следствие-нарушение процессов активирования и переноса ацетильного радикала, окислительного декарбокислирования ацетилсукцилата, биосинтеза нейтральных жиров, фосфолипидов, стероидных гормонов и т. д.

Кроме того, в организме ликвидаторов отмечаются нарушения в работе системы капилляров и венозной застой в системе венул, нарушение лимфотока, что приводит к изменению реакции защитных комплексов слизистой на микробную атаку. При этом усиливается отечность тканей. В связи с тем, что большое количество обменных сосудов полностью выключается и формируются значительные бессосудистые зоны, а около многих капилляров образуются муфты из пропотевших белков и клеточных элементов, значительно нарушается доставка в ткани микроэлементов, аминокислот и витаминов, т.е. резко ухудшается трофика тканей.

Первыми, пожалуй, нарушаются кислородное питание тканей и энергетические процессы, обеспечивающие жизнеспособность клеток. В этой связи для снабжения клеток энергией на минимальном уровне вместо окислительно-восстановительных процессов включаются примитивные способы выработки энергии с помощью перекисного и свободно-радикального окисления. Они характеризуются образованием большого количества высокотоксичных продуктов супероксидиона и малонового диальдегида. Порочный круг замыкается и ситуация усугубляется. Таким образом токсическое воздействие микроорганизмов на ткани протезного ложа усиливается.

В организме дексанантенол (пантенол или витамин B5) входит в состав кофермента А, который участвует в углеводном и жировом обмене, играет важную роль в процессах ацетилирования и окисления. Он активизирует перенос ацетильного радикала, а также других кислотных остатков, окисление и биосинтез высших жирных кислот, окислительное декарбокислирование альфа-кетокислот, биосинтез нейтральных жиров, фосфолипидов, стероидных гормонов, гемоглобина, гиппуровой кислоты и др.

В связи с воздействием пантенола на организм существенно улучшаются функции

венул и капилляров за счет стабилизации клеточных мембранных структур, улучшается кровоток, снижается отечность тканей, восстанавливаются функции лизосомальных структур и тучных клеток, снижается количество гистамина и простагландинов, улучшается кислородный метаболизм в тканях и, как следствие этого, происходит стихание воспалительных явлений и восстановление морфологии слизистой оболочки.

Лечение мы проводили по следующей методике. После клинического обследования и получения результатов бактериологического и микроскопического исследования назначалось лечение препаратами «Биоспорин».

Слизистая оболочка полости рта ежедневно обрабатывалась стерильным ватным шариком смоченным Биоспорином в разведении двух доз на 50 мл дистиллированной воды. При этом удалялись творожистые налеты со слизистой оболочки альвеолярного отростка, языка, неба, щек, губ. Остатками препарата больного просили прополоскать рот, задержав жидкость во рту на две минуты.

Перед началом лечения, больному предлагалось тщательно почистить протезы зубной щеткой и гигиенической зубной пастой, промыть их кипяченой водой и замочить на ночь, полностью погрузив в раствор четырех доз биоспорина на 100 мл кипяченой воды с температурой 35-37°C.

Одновременно пациенту предлагалось принимать биоспорин внутрь по схеме: утром за 30 мин до еды и 2 дозы на 50 мл воды на ночь за 1 ч. перед сном, но не ранее чем через 1 ч. после ужина. Курс лечения составил 10-15 дней.

После этого в течении 5 дней внутримышечно пациенту вводили 1 раз в сутки по 500 мг пантенола-иенафарм ампулы, затем в течении 10 дней пациент принимал Пантенол-100 мг йенофарм таблетки по 1 штуке 3 раза в день за 30 мин. до еды.

### **Результаты.**

Нами было проведено лечение 27 пациентов в возрасте от 35 до 50 лет, являющихся ликвидаторами аварии на ЧАЭС и получивших дозу облучения от 4 до 20 Rn по соответствующей, приведенной выше методике.

У всех пациентов при микроскопии мазков со слизистой оболочки и с поверхности протезов, прилегающих к слизистой, обнаружены вегетативные формы дрожжеподобных грибов, нити псевдомицелия.

У 9 пациентов, которые пользовались частичными и полными съемными протезами в течении 5-7 лет, протезы были функционально неполноценными и заменены новыми. Протезы изготавливались с соблюдением всех технологических параметров (полимеризация пластмассы не менее 45 мин, тщательная полировка протезов, особенно на контактной поверхности).

У 7 пациентов проведена дополнительная полировка контактной поверхности, у 11 пациентов протезы были признаны удовлетворительными.

После проведения курса лечения биоспорином у больных исчезли жалобы на дискомфорт в полости рта, жжение, клинически пропал творожистый налет, значительно уменьшилась гиперемия слизистой оболочки. При микроскопировании мазков у 20 человек дрожжеподобные грибковые микроорганизмы не обнаружены, у 7 - отмечены их единичные формы. Вегетативных форм не выявлено.

Через 14 дней после окончания курса лечения пантенолом - все больные отметили существенное улучшение общего самочувствия, исчезновение подавленного настроения, улучшение аппетита. Слизистая оболочка протезного ложа стала влажной, блестящей, нормального бледно-розового цвета у 21 человека, у 6-8 пациентов частично сохранилась незначительная гиперемия. При повторном осмотре через 3 месяца состояние слизистой осталось в пределах нормы у 19 человек, у которых дрожжеподобных грибов при микроскопировании не было выявлено, у 8 человек сохранилась незначительная гиперемия (из них у 5 - обнаружены единичные клетки дрожжеподобных грибов в мазках-отпечатках, у 3 - вегетативные формы).

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод: **данная методика является достаточно эффективным средством лечения и профилактики развития кандидозных стоматитов у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, и может быть рекомендована для практического применения.**

Литература.

1. Алимов С.И. Основные стоматологические заболевания. Ташкент. 1997. С. 197-139.

2. Жолудев С.Е., Козицына С.И. Роль протезного налета в возникновении явлений воспаления слизистой оболочки протезного ложа и непереносимости акриловых протезов. Вопросы организации и экономики в стоматологии. Екатеринбург. 1994.

3. Лукиных Л.М. Кандидозы-заболевания слизистой оболочки полости рта. Нижний Новгород. 1993 г.

4. Ронь Г.И., Грачева Н.В., Батюков Н.М. - Отчет лечения кандидоза. Перспективы развития современной стоматологии. Проблемы уральского региона. Екатеринбург. 1997. С. 115.

5. Шумский А.В., Пожарицкая М.М. и др. Противогрибковая и иммуномодулирующая лимфотропная терапия кандидомикоза слизистой оболочки полости рта // Стоматология. 1996. №4. С. 17-19.

### **ВЛИЯНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТОГО РУСЛА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС.**

*Н.А. Новикова, С.Е. Жолудев, Ю.Ф. Кузьмин, В.А. Шалаев, С.Г. Шевченко*  
УГМА, ОКБ №2

Проблемы экологии и ее влияние на человеческий организм в настоящее время являются острой проблемой медицины. Авария на ЧАЭС стала самой крупной катастрофой за всю историю атомной энергетики. Эта катастрофа создала на значительной территории России серьезную экологическую ситуацию. Воздействие ионизирующей радиации запускает в организме каскад реакций, связанных с разрушительным воздействием токсичного распада радионуклидов и продуктов перекисного окисления липидов на органы и системы организма.

Патологические изменения отмечаются при этом и в сердечно-сосудистой системе.

Нами, в центре радиационной медицины, проведено исследование состояния сосудистого русла систем наружной и внутренней сонной артерии и определить зависимость усиления тяжести течения заболеваний органов полости рта и изменений в сосудистом русле.

Нами обследовано 30 пациентов, мужчин в возрасте от 35-52 лет, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС, с двух-трехкратными выходами на реактор продолжительностью 25-30 мин. Доза облучения 6-20 Рн.

Всем пациентам проведено реоэнцефалографическое исследование, при котором у 24 пациентов выявлено значительное

снижение эластических свойств сосудов (наружной и внутренней сонной артерии), тонус сосудов невысокий, имеются признаки затрудненного оттока в венозной системе.

У остальных 9 пациентов отмечен атеросклероз сосудов головного мозга, сосудистого русла наружной и внутренней сонной артерий.

При реоэнцефалографии у всех пациентов значительно снижено пульсовое давление на всех уровнях.

При доплерографии у всех пациентов отмечаются атеросклеротические изменения контуров сосудов, экзогенность стенок сосудов повышена, толщина стенок 0,2-0,4 см. После нитроглицериновой пробы тонус не уменьшается, что трактуется как недостаточность сосудов головы и шеи, в частности системы наружной и внутренней сонных артерий, гипертонус сосудов во всех бассейнах, гипертонид артерий диффузного характера (атеросклероз).

У 27 пациентов имелся клинический соматический диагноз: атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий, сосудов в бассейне наружной и внутренней сонной артерий. Нарушения ритма различной степени. У всех пациентов психиатрами отмечается психоорганический синдром токсикорадиационного генеза. Астения 2-3 степени. Депрессивный синдром.