

Таким образом, у больных тяжелым пародонтитом достоверно чаще определяются «короткие» корни зубов. У больных пародонтитом с «короткими» корнями зубов определяется сглаженная клиническая картина заболевания: чаще пациенты не предъявляют жалоб, при этом достоверно чаще идентифицируются три микроорганизма. Введение в комплексную терапию антибиотика у больных пародонтитом с «короткими» корнями зубов приводит к повышению эффективности лечения – удлинению периода ремиссии до 5 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян А.С., Фролова О.А. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта. // Стоматология. – № 3. – 2006. – С. 11–17.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.МИА. – 2009. – С. 336.
3. Уварова Л. В., Еловицова Т.М., Боронина Л.Г. Сравнительный анализ методов идентификации бактериальных пародонтопатогенов у больных тяжелым пародонтитом // XIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». С.-Петербург. – 2008. – С. 98.

МЕСТО ПРЕПАРАТА ТИЗОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

*Ронь Г.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава,
г. Екатеринбург*

*Епишова А.А., к.м.н., ассистент кафедры терапевтической
стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава, г. Екатеринбург*

*Емельянов А.С., к.м.н., ООО «Общество лабораторных
исследований медицинских препаратов», г. Екатеринбург*

*Емельянова И.В., ООО «Общество лабораторных исследований
медицинских препаратов», г. Екатеринбург*

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОРП) [4] характеризуются преимущественно рецидивирующим течением, выраженностью воспалительной реакции тканей и устойчивостью, (в ряде случаев), к различным терапевтическим мероприятиям. Это объясняется, с одной

стороны, анатомо-физиологическими особенностями СОПР, а с другой – полиэтиологичностью и специфическими патогенетическими механизмами развития этих заболеваний. Наибольшие страдания пациенту доставляют заболевания, сопровождающиеся образованием дефектов различной глубины и протяженности. Поврежденная поверхность эпителиального покрова легко колонизируется бактериями, которые в условиях ослабления защитных факторов получают возможность для размножения. Освобождающиеся в процессе бактериолиза эндотоксины и другие продукты секреции бактерий (экзотоксины, протеазы и пр.) еще больше угнетают иммунный ответ [1]. Создаются условия для развития дисбактериоза, сопровождающегося ассоциацией патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами.

Кроме того, необходимо учитывать участие различных механизмов аллергических реакций в развитии целого ряда заболеваний СОПР. Выделяющиеся медиаторы аллергических реакций приводят к развитию не только катаральных, но и пузырьно-эрозивных и некротических процессов в полости рта.

Комплекс происходящих в полости рта реакций ведет к дальнейшему ингибированию иммунного ответа, что сопровождается хронизацией патологического процесса или его рецидивированию [1].

Такие сложные иммунологические и структурные нарушения требуют применения широкого спектра фармакологических препаратов, обладающих обезболивающим, противовоспалительным, противомикробным, гипосенсибилизирующим, регенерирующим действиями.

Традиционно применяемые лекарственные препараты для лечения заболеваний СОПР наряду с рядом положительных свойств имеют и некоторые недостатки. Так, при проведении полосканий, орошений, аппликаций препараты быстро вымываются ротовой жидкостью, снижая необходимую лечебную концентрацию [2]. Для достижения терапевтического эффекта возникает необходимость в повышении концентрации действующего вещества, более частое и продолжительное его использование. В некоторых случаях это часто ведет к развитию побочных эффектов. Так, например, хорошо известно, что негативными следствиями длительного применения хлоргексидина могут быть раздражающее и аллергизирующее действие, окрашивание поверхностей, десквамация эпителия [4].

Современные фармакологические препараты должны удовлетворять следующим условиям:

- должны обладать широким антибактериальным действием при отсутствии негативного влияния на организм;
- должны обладать пролонгированным действиям на очаг поражения при минимальной токсичности;

- обладать высокой степенью адсорбции;
- воздействовать на фазы воспалительной реакции, снижая интенсивность их проявления;
- подавлять развитие аллергических реакций;
- восстанавливать целостность СОПР [2,4].

Наиболее полно этим требованиям удовлетворяет препарат Тизоль.

В 2002 г. Тизоль зарегистрирован как готовый лекарственный препарат – гель для местного и наружного применения и утверждена Инструкция по его медицинскому применению.

Тизоль как мегаллокомплексное соединение стерилен и обладает противоспалительным и антимикробным действием; ускоряет репаративные процессы в коже (эритему, отечность, инфильтрацию), способствует исчезновению зуда. Наличие связанных молекул глицерина и атома титана в молекуле Тизоля обеспечивает протекторное и дегидратирующие, противоотечное, местное анальгезирующее действие. В молекуле Тизоля атом титана, химически связанной с глицерином, является комплексобразующим центром для составляющих молекулу препарата фрагментов: глицерина и воды. Этим взаимодействием определяется гелевая структура, обеспечивающая его проводимость через биологические ткани и его фармакологические свойства. Тизоль способствует проведению лекарственных веществ через кожу и слизистые, что позволяет трансдермально, аппликационно вводить их в патологический очаг.

Препарат Тизоль относится к аппликационным лекарственным препаратам, и его лекарственные композиции представляют собой трансдермальные терапевтические системы, позволяющие регулировать скорость и количество вводимых через кожу и слизистые лекарственных веществ.

Тизоль не разрушает вводимые в него лекарственные вещества. Сравнительный биофармацевтический анализ показал, что скорость диффузии из лечебного комплекса Тизоль лекарственное вещество опережает скорость диффузии из традиционных мазевых основ более чем на 30% [3].

Изложенное выше послужило основанием для применения препарата Тизоль и его соединений при местном лечении целого ряда заболеваний СОПР. Тизоль и его лекарственные композиции мы использовали при лечении лейкоплакии, эрозивной формы, красного плоского лишая (КПЛ), эрозивно-язвенной формы, многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), пузырчатки. Оценку эффективности проводили по клиническим признакам.

Алгоритм медикаментозных воздействий строился с учетом этиопатогенетических факторов и особенностей клинической картины заболевания.

Для устранения боли, облегчения приема пищи и при проведении индивидуальной гигиены полости рта использовали Тизоль с лидокаином. Препарат назначали в виде аппликаций 5–6 раз в день на очаги поражения.

Для воздействия на патогенную микрофлору в лекарственную композицию на основе Тизоля введен хлоргексидин в комбинации с противогрибковым препаратом: нистатином или флюконазолом. Данный комплекс позволяет проводить лечение дисбиоза IV степени, который часто сопутствует эрозивно-язвенной форме КПЛ и пузырчатки. При выраженных проявлениях аллергической реакции на СОПР при МЭЭ, для снижения воспаления, подавления образования комплексов антиген/антитело для обработки СОПР использовались комплексы Тизоля с гидрокортизоном, аминокaproновой кислотой, который наносился на всю слизистую оболочку несколько раз в день до достижения терапевтического эффекта.

После устранения признаков острой воспалительной или аллергической реакции (через 7–14 дней) переходили к следующему этапу лечения: назначались лекарственные композиции, стимулирующие репаративные процессы, улучшающие обмен веществ, нормализующие перекисное окисление липидов, оказывающие стабилизирующее воздействие на клеточные мембраны. К настоящему времени разработаны и нами широко используются прописи со следующими лекарственными веществами: маслом облепихи, асколом, витаминами А, Е, актовегином, мстилурацилом и тренталом.

В исследование были включены 36 человек с различными заболеваниями СОПР в возрасте от 35 до 70 лет.

Результаты клинического применения Тизоля и его композиций

Заболевания	Общее число больных	Результаты лечения			
		Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без эффекта
Лейкоплакия эрозивная форма	7	4	2	1	-
КПЛ эрозивно-язвенная форма	23	3	17	3	-
МЭЭ	4	2	1	1	-
Пузырчатка	2	-	-	2	-
Всего:	36	9	20	7	-

После проведенного лечения клиническое выздоровление достигнуто у 9 пациентов (23%), значительное улучшение – у 20 пациентов (56%) и просто улучшение – у 7 (19%). Клиническое выздоровление характеризовалось полной эпителизацией дефектов слизистой оболочки, стойкой ремиссией до 6 мес. Значительное улучшение состояло в купировании болевого синдрома на 3–5 день и заживлении дефектов к 14–20 дню лечения, ремиссия продолжалась до 3 месяцев. Улучшение характеризовалось ослаблением боли, устранением неприятных ощущений жжения, сухости и пр., сокращением площади очагов поражения (при КПЛ и лейкоплакии).

Выводы

Лекарственные композиции на основе Тизоля являются эффективными средствами местного лечения заболеваний СОПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. Москва. – 1991.
2. Еловикова Т.М., Ронь Г.И. Емельянов А.С. Опыт применения Тизоля как системы локальной доставки лекарственных веществ в лечении пародонтита. Новые технологии в медицине и фармации: Тизоль: Сборник научных статей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. / Под ред. О.П. Кофтун. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА Росздрава, 2010. – С. 26–36.
3. Емельянов А.С., Филатова Е.А., Емельянова И.В. О возможностях лекарственного препарата Тизоль для использования в различных областях медицины и фармации. Новые технологии в медицине и фармации: Тизоль: Сборник научных статей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. / Под ред. О.П. Кофтун. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА Росздрава. – 2010. – С. 7–19.
4. Пародонтит /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: МЕД прессинформ. – 2007. – 504 с.
5. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф. Опыт клинического применения препарата Имудон при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.// Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 64 – 65.