

действия горизонтальной перегрузки. Целью данного лечения является уменьшение функциональной перегрузки и облегчение пародонту выполнения его функций. Следовательно, у таких пациентов целесообразно использование зубных имплантатов в качестве дополнительных опор.

Цель исследования: изучение эффективности использования имплантатов в качестве опор для несъёмных мостовидных протезов при ортопедическом лечении пациентов с ослабленной периодонтальной тканью.

Задачей данного исследования является изучение различных типов частичных протезов с использованием внутрикостных титановых имплантатов в качестве опор для несъёмных мостовидных протезов.

В связи с тем, что данное исследование представляет определённые технические трудности, в группу пациентов, отобранных нами для проведения соответствующего лечения, входило всего десять человек. Этому типу восстановительных мероприятий должно предшествовать успешное лечение заболеваний пародонта. Поэтому были отобраны лишь те больные, для которых лечение, включающее соблюдение основных правил гигиены полости рта, удаление зубных отложений, удаление хирургическим путём патологически глубоких карманов, удаление зубов, дало оптимальные результаты.

Ещё одно требование, предъявляемое к данной группе пациентов - наличие необходимого запаса костной ткани для установки имплантата.

Методика: После проведения предварительного обследования и лечения тканей пародонта нашим пациентам были произведены операции по установке внутрикостных имплантатов. Надо заметить, что дефекты зубных рядов, у обследуемых нами больных, относились к жевательной группе и протяжённость дефекта не превышала двух зубов. В ходе проведения имплантации нами была использована система имплантатов "Альфа-био". В связи с тем, что у всех пациентов имелись заболевания пародонта, нами были продлены сроки "приживания" до завершения процесса остеоинтеграции. Признаки, по которым определяется возникновение связи между костью и имплантатом, включают в себя: неподвижность имплантата (анкилоз); тесный контакт с костной тканью без признаков воспаления; отсутствие на рентгеновском снимке признаков разряжения костной ткани или интервала между имплантатом и костью; все соседние ткани в нормальном состоянии.

Дальнейшие этапы, до начала протезирования, не имеют принципиальных отличий от такового лечения у пациентов не имеющих заболеваний пародонта.

При протезировании нами была предложена новая методика, сутью которой является использование имплантата, как опорного элемента для несъёмного мостовидного протеза. При этом протез имеет своей опорой не только имплантированный элемент, но и сохранившиеся зубы пациента с ослабленной периодонтальной тканью. Таким образом за счёт крепления мостовидного протеза на неподвижно закреплённом в кости имплантате происходит механическое шинирование зубов, входящих в состав конструкции и имеющих повреждённую периодонтальную ткань.

Ещё одним положительным фактором в использовании данной методики является равномерное распределение нагрузки на зубы и имплантат, как следствие снижение повреждающего действия на ткани пародонта.

Результаты исследования: У пациентов, которым протезирование осуществляли с помощью предложенной методики, через 3 месяца изменений не обнаружено. Через 12 месяцев, при контрольном осмотре, у пациентов, периимплантита не наблюдалось, на контрольных рентгеновских снимках увеличения ширины периодонтальной щели не обнаружено. У одного пациента появилась положительная перкуссия, что по нашему мнению связано с хроническим апикальным периодонтитом в анамнезе.

Анализируя результаты апробации предложенной методики можно сделать выводы о том, что данная методика удобна для использования, хорошо переносятся пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению, что позволяет рекомендовать её для ортопедического лечения с использованием имплантатов как опорных элементов у пациентов с ослабленной периодонтальной тканью в широкую стоматологическую практику.

#### **СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ В ТКАНИ ПАРОДОНТА И КАНАЛ ЗУБА С ПЕРМАНЕНТНЫМ ВАКУУМОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ**

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.

*Кафедра пропедевтики и профилактики  
стоматологических заболеваний,*

*Кубанская государственная медицинская академия,  
Краснодар*

В последние годы для лечения заболеваний пародонта и апикального пародонта разработано множество эффективных препаратов (Грудянов А.И. 1997). В результате многочисленных клинических исследований установлено, что не только гипохлорит натрия, но и многие другие препараты 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, за счёт повышения их температуры.

Общеизвестно, что выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению. По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Нередко накопление жидкости становится просто невыносимым и сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотические анальгетики. Однако удаление остатков пульпы может оказаться недостаточным, и тогда единственной альтернативой становится пря-

мой доступ к верхушке через кость (В.Н. Балин, Н.М. Александрова, и др. 1998). Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению, поэтому актуален поиск устройств для удаления экссудата через канал зуба, позволяющих избежать хирургического вмешательства.

Исходя из вышесказанного, возникает необходимость разработки способов лечения апикальных периодонтитов, протекающего на фоне заболеваний пародонта, позволяющих повышать терапевтическую активность лекарственных веществ, за счёт повышения их температуры, позволяющих удалять экссудат через канал зуба, избегая хирургического вмешательства. Все вышеперечисленные причины определили цель и задачи настоящего исследования.

**Целью** данной работы явилось повышение качества лечения эндо-пародонтальных патологий.

**Задачей** данного исследования явилась разработка, обоснование и клиническая оценка эффективности применения устройства для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба и устройства для удаления экссудата из зуба с помощью перманентного вакуума, при лечении эндо-пародонтальных патологий, позволяющих повысить эффективности лечения, сокращение сроков лечения и избежать хирургического вмешательства.

**Материалы и методы:** Нами проведено обследование и лечение эндо-пародонтальных патологий с применением устройства для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба и перманентного вакуума, 150 больных (64 мужчин и 86 женщин в возрасте от 25 до 55 лет). Введение препаратов (гипохлорита натрия и хлоргексидина) в ткани пародонта и канал зуба осуществлялось с помощью предложенного нами устройства для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуб. Вакуум создавался с помощью устройства для удаления экссудата из зуба. Контролем служила группа из 50 больных того же возраста с аналогичным диагнозом, получавших традиционное лечение.

Применяемое в нашей работе устройство для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба, 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  $50^{\circ} - 60^{\circ}$ .

Применяемое в нашей работе устройство для удаления экссудата из зуба, представляет собой эластичную каппу, выполненную на весь зубной ряд, к которой закреплен полый эластичный баллончик, для создания перманентного вакуума, имеющая впускной и выпускной клапаны на основаниях, к впускному клапану подведена эластичная трубка - отсос, второй конец которой вводят в корневой канал зуба, причём на горизонтальном изгибе трубки - отсоса с её нижней

стороны выполнен заодно с трубкой резервуар для сбора экссудата.

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 хлоргексидин в течение 15 – 25 минут при помощи предложенного устройства для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба. Курс лечения составлял 5 – 7 процедур, через 1 день. Патент на изобретение № 2143258 от 27.07.98 г. «Способ лечения пародонтита». При лечении апикального периодонтита экссудат из зуба удаляли при помощи устройства для удаления экссудата из зуба а канал обрабатывали гипохлоритом натрия разогретым до  $50-55^{\circ}\text{C}$  вводимого при помощи нашего устройства.

После трепанации, экстирпации остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм). При помощи предложенного устройства для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба, промывают канал разогретым до  $50-55^{\circ}\text{C}$  раствором гипохлорита натрия, а затем высушивают, на сколько это возможно. Затем пациенту одевают, на 40 – 60 минут, ранее изготовленную каппу с эластичным баллоном, так, что бы конец дренажной трубки плотно входил в подготовленный канал. После этого производят нажатие на эластичный баллончик. При нажатии на баллончик, из него выходит воздух через выпускной клапан (который действует аналогично ниппелю), в связи с этим внутри него создаётся отрицательное давление. Воздух в баллончик будет поступать через впускной клапан, откачивая экссудат из зуба по дренажной эластичной трубке. Количество посещений 3 – 5 с интервалом в 1 сутки. После лечения канал пломбируется по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации. Пародонтологическое лечение проводилось следующим образом: после тщательного удаления зубных отложений с помощью пьезоэлектрического скелера и кюретажа, проводили лечение с устройством, для введения препаратов. В устройство набирался хлоргексидин. Кнопкой установленной на корпусе включался термостат с термоэлементом. Когда показания термометра достигли  $50^{\circ}\text{C}$ , произвели введение препарата в пародонтальные карманы, путём надавливания на поршень. Курс лечения пародонтита 5 - 7 дней.

**Результаты исследования.** У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000, в течении 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного устройства, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приеме твердой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Лечение больных с применением предложенных устройств, 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.

Анализ клинических показателей через 7 дней после лечения с применением предложенных устройств 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.

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при эндо-пародонтальных патологиях происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта. Лечение с помощью предложенных устройств способствует снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности.

Применение предложенных устройств позволяет за короткие сроки эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития эндо-пародонтальных патологий; получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, устройство для удаления экссудата из зуба с применением перманентного вакуума и устройство для введения препаратов в ткани пародонта и канал зуба удобно для использования, хорошо переносятся пациентами, не имеют побочного действия и противопоказаний к применению. При применении предложенных устройств экссудат эффективно удаляется не только из канала и многочисленных его разветвлений, но и из тканей периодонта. Совершенствованные методы введения меди-

каментов в канал зуба и ткани пародонта позволяют вводить препарат непосредственно на очаг воспаления строго дозировано и на определенное время, увеличить терапевтическую активность вводимых препаратов, снизить их объем при применении. Данные методики позволяют значительно снизить стоимость курса лечения за счет снижения доз препаратов, без уменьшения лечебного эффекта. Лечение эндо-пародонтальных патологий с применением предложенных устройств является патогенетически обоснованным подходом к лечению этих заболеваний.

Полученные данные позволяют рекомендовать устройство для введения препаратов в канал зуба и ткани пародонта и устройство для удаления экссудата из зуба с помощью перманентного вакуума в широкую стоматологическую практику, не только для лечения эндо-пародонтальных патологий, но и для лечения данных патологий по отдельности.

### СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ РОЖЕЙ НА ПРИМЕРЕ КАТАЛАЗЫ ЭРИТРОЦИТОВ

Нагоев Б.С., Афшагова М.М., Маржохова М.Ю.

*Кабардино-Балкарский  
государственный университет,  
Нальчик*

Роль активации процессов свободнорадикального окисления липидов у больных с бактериальными инфекциями в настоящее время не вызывает сомнения. Однако именно состояние системы антиоксидантной защиты организма определяет течение и прогноз заболевания. Определять в плазме крови и эритроцитах содержание продуктов перекисного окисления липидов, а также показателей антиоксидантной системы организма принято для диагностики липоперекисной патологии и оценки эффективности проводимого лечения.

Целью работы явилось изучение состояния антиоксидантной системы у больных рожистым воспалением. Под наблюдением находилось 42 больных первичной рожой различной локализации (у подавляющего большинства больных воспалительный очаг локализовался на нижних конечностях – у 36 человек, у 5 – на коже лица и головы, у 1 – на коже правой верхней конечности). У всех наблюдавшихся больных была эритематозная форма заболевания. Из них у 5 человек заболевание протекало в легкой форме, у 30 – в среднетяжелой и у 7 – в тяжелой. Состояние антиоксидантной защиты оценивали по уровню каталазы эритроцитов по рекомендации А.И.Карпищенко (1999г.). Кровь больных обследовали в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

В процессе заболевания рожой отмечено достоверное повышение уровня каталазы в эритроцитах с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов, параллельно положительной динамике заболевания (уменьшение симптомов интоксикации, гиперемии в очаге воспаления, снижение температуры) наблюда-