

Результаты исследования. На вопрос анкеты, используете ли вы физические методы для диагностики и лечения стоматологических заболеваний, 62% респондентов ответили положительно.

86 % врачей всегда используют R-графию после пломбирования корневых каналов, апекс-локацию применяют: всегда – 37%, редко – 35%, никогда – 28%.

Методику депофореза используют: часто – 12%, редко – 32% , никогда – 56% .

На вопрос, применяете ли Вы электрофорез при лечении деструктивных форм периодонтитов: 22 % респондентов ответили – часто; 54% – редко; 24% – никогда.

При диагностике кариеса и его осложнений ЭОД используют: часто – 5%; редко – 51%; никогда – 44%.

Лазерная диагностика проблемного кариеса врачами используется: редко – 57% , никогда – 40% , часто – 3% .

Для каких действий вы чаще всего назначаете физиопроцедуры? 75% врачей ответили: для лечения, 22% – для устранения осложнений, 3% – для профилактики.

Диатермокоагуляцию никогда не применяют 57% врачей, редко – 24% , часто – 19%.

Чаще всего из физиопроцедур назначаются: УВЧ – 51%, АСБ – 54%, ДДТ – 64%, УЗТ – 6%, УФЛ – 22%, МИЛ – 27%, Озономед – 6% .

При лечении пародонта физиопроцедуры назначаются: часто в 64% случаев, редко в 34% , никогда в 2% .

На вопрос, какова, по вашему мнению, причина редкого назначения физических процедур доктора ответили: слабая информированность – 19%, недостаточная оснащённость физиокабинетов – 56% , затруднились ответить – 25% .

Выводы. Из традиционных физиотерапевтических методов наиболее популярны: ДДТ, АСБ, УВЧ, R-графия. Недостаточно широко применяются современные методики. Выявлена недостаточная информированность врачей, медленное внедрение в практику новых физиотерапевтических методов, низкая оснащённость физиокабинетов муниципальных поликлиник современным физиотерапевтическим оборудованием, что в конечном итоге может отразиться на качестве оказываемых услуг.

ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ, ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ И ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Мошель Т.Н.

*Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

По данным многих авторов, от 82% до 95 % больных хроническим генерализованным пародонтитом имеют патологию органов системы пищеварения, в частности хронические гастриты, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы. Общность патогенетических механизмов обосновывает необходимость применения в комплексном лечении одновременного воздействия на основные звенья этиопатогенеза патологии тканей пародонта и пищеварительной системы. Однако, в современных литературных источниках не уделяется достаточного внимания исследованию изменений в тканях пародонта, а также способам лечения больных генерализованным пародонтитом с сочетанным течением хронического холецистита и панкреатита.

Поэтому **целью** нашего исследования было изучение изменений клинических показателей в процессе лечения больных генерализованным пародонтитом I и II степени тяжести с применением комплекса препаратов антимикробного, иммунобиологического и остеотропного действия.

Материалы и методы. В клинических исследованиях приняли участие 36 больных генерализованным пародонтитом (ГП) с сочетанным течением хронического холецистита и панкреатита (XX и XII) в возрасте от 17 до 64 лет, находившиеся на лечении в областном гастроэ-

нтерологическом центре города Полтава по поводу обострения соматического заболевания. Всем больным с сочетанным течением XX и XII врачом-гастроэнтерологом было проведено комплексное обследование и соответствующее лечение. При исследовании пародонтального статуса использовали объективные критерии: пробу Шиллера-Писарева, индекс РМА по С. Parma (1960), пародонтальный индекс по Russel (1956), вакуумную пробу Кулаженко (1960), термометрию десневых сосочков, ортопантомографию челюстей. Состояние гигиены полости рта оценивали с помощью индекса Грина-Вермильона (1964). Диагноз ставили согласно классификации заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского (1994). Лечение 24-х больных генерализованным пародонтитом с сочетанным течением хронического холецистита и панкреатита (основная группа) проводилось по схеме: после устранения местных травмирующих факторов применяли антисептик растительного происхождения „Тимсал” в виде инстилляций в пародонтальные карманы на 15 минут. Внутрь назначали антибиотик „Цифран СТ” по 1 табл. 2 раза в день в течение 5-7 дней, синбиотик „Йогурт” по 1 капс. 2 раза в день в течение 2-3 недель и остеотропный препарат „Кальцемин” по 1 табл. 2 раза в день в течение месяца. Всех больных обучали гигиене полости рта и назначали лечебно-профилактическую зубную пасту „Пародонтаск”, а при наличии гиперестезии – зубную пасту „Сенсодин”. Традиционная схема местного лечения 12-ти больных группы сравнения включала применение настойки календулы в виде полосканий полости рта и ирригаций пародонтальных карманов, а также антибактериального препарата местного действия „Парагель” в виде аппликаций на десну. Внутрь назначали поливитаминный комплекс „Ундевит” по 1 драже 2 раза в сутки и остеотропный препарат „Кальцемин” по 1 табл. 2 раза в день в течение месяца. Кроме того, всем больным через 6 месяцев проводился поддерживающий курс лечения генерализованного пародонтита, включающий удаление зубных отложений, местное применение „Тимсала” или „Парагеля”, а также назначение препарата „Кальцемин” по 1 табл. 2 раза в сутки в течение месяца. Статистическую обработку полученных данных проводили вариационно-статистическим методом анализа результатов исследований с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что лечение больных ГП с сочетанным течением XX и XII с применением предложенного нами способа позволило сократить сроки посещений в 1,3 раза. После курса лечения у всех больных основной группы выявлен бледно-розовый цвет десен, отсутствие кровоточивости, отсутствие зубных отложений и значительное уменьшение подвижности зубов. Глубина пародонтальных карманов уменьшилась в 1,28 раз ($p < 0,001$) и оставалась стабильной через 6 ($p < 0,01$) и 12 ($p < 0,01$) месяцев наблюдений. Под влиянием предложенного нами способа лечения ГП также наблюдалась благоприятная динамика параклинических показателей. ГИ по Грину-Вермильону непосредственно после курса лечения уменьшился в 2,95 раз ($p < 0,001$) (с $2,46 \pm 0,11$ до $0,49 \pm 0,06$ баллов). У больных контрольной группы аналогичный показатель уменьшился в 1,35 раза ($p < 0,01$) (с $2,28 \pm 0,19$ до $1,7 \pm 0,12$ баллов). Через 6 месяцев наблюдений у больных основной группы ГИ составил $1,02 \pm 0,05$ баллов ($p < 0,001$), а через 12 месяцев – $1,01 \pm 0,12$ баллов ($p < 0,001$). Индекс РМА у больных основной группы уменьшился в 29,5 раз ($p < 0,001$) (от $43,08 \pm 3,26$ %, до $1,46 \pm 0,27$ %). После традиционного лечения этот же показатель уменьшился в 1,9 раза ($p < 0,001$) (от $47,08 \pm 4,95$ %, до $24,42 \pm 1,88$ %). Через 6 месяцев интенсивность воспалительных явлений у больных основной группы выросла до $10,29 \pm 0,96$ % ($p < 0,01$), а через 12 месяцев после курса лечения – до $12,4 \pm 0,88$ % ($p < 0,01$) против $26,25 \pm 1,84$ % ($p > 0,05$) и $30 \pm 1,88$ % ($p < 0,05$) соответственно у больных контрольной группы. Показатель индекса РИ по Russel у больных основной группы после лечения уменьшился в 1,4 раза ($p < 0,01$) и оставался стабильным в течение двенадцати месяцев. У больных группы контроля не происходило достоверных изменений этого индекса. Эффективность предложенного способа лечения ГП подтверждалась увеличением стойкости капилляров к действию вакуума в 3,6 раз ($p < 0,01$). У больных группы контроля после курса лечения устойчивость капилляров к действию вакуума только имела тенденцию к повышению и увеличивалась в 2,1 раза ($p < 0,01$). Через 6 и 12 месяцев наблюдений этот показатель оставался достаточно стабильным как в основной, так и в контрольной группе больных. В результате ускорения кровообращения в сосудах микроциркуляторного русла пародонта под влиянием комплекса препаратов „Тимсал”, „Цифран СТ”, „Йогурт” и „Кальцемин” наблюдалась также положительная динамика показателей температурной диагностики десневых сосочков. На ортопантомограммах челюстей больных ГП

с сочетанным течением ХХ и ХП через год после окончания курса лечения с использованием препаратов системного антибактериального, иммунобиологического и остеотропного действия отсутствовали признаки прогрессирования деструктивного процесса.

Таким образом, предложенный нами способ лечения генерализованного пародонтита способствует стойкой ремиссии генерализованного пародонтита у больных с сочетанным течением хронического холецистита и панкреатита. На основании полученных клинических и параклинических исследований как в ближайшие, так и в отдалённые сроки наблюдений, способ лечения генерализованного пародонтита с применением препаратов антибактериального, иммунобиологического и остеотропного действия можно рекомендовать для лечения больных генерализованным пародонтитом на фоне соматической патологии.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТА ДЕСНЫ, ВЫЗВАННОГО ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Мусиенко А.И., Мусиенко С.И., Мусиенко А.А.

Омская государственная медицинская академия, г. Омск

БУЗОО ГКСП-№1 Городская клиническая стоматологическая поликлиника №1 г. Омск,

ООО МЛДЦ «Доверие» стоматология СитиМед

Отсутствие или недостаточное прикрепление десны в сочетании с патологией прикуса, скученностью зубов, мелким преддверием полости рта способствуют образованию дефекта слизистой альвеолярного отростка. С учетом высокой распространенности десневой рецессии у взрослого населения актуальным остается вопрос лечения этой патологии. Сегодня в пародонтологии применяется множество хирургических методик для коррекции данного состояния. Большинство этих методов сложны в своем техническом исполнении и требуют значительных материальных затрат, а также весьма травматичны для пациента.

Комплексный подход к планированию лечения позволяет с каждым пациентом построить работу индивидуально, как на этапе диагностики, так и в процессе самого лечения. Предложенное лечение по устранению дефекта десны нормализует ее анатомическую структуру и утраченную функцию (Грудянов А.И., Чупахин П. В. 2007г., Грудянов А.И. 2012г., Корзунина В.Ю. 2010г., Кулаков А.А.2005г., Ковалевский А.М. 2010г).

При хирургическом вмешательстве нами использовались тромбоциты с высоким содержанием фибрина (фактора роста), как препарат для тканевой регенерации (Модина Т.Н., Ганжа И.Р., 2008г.).

В работах клинико-экспериментального характера показано, что FRP (тромбоциты с высоким содержанием фибрина. Фактор роста.) обладает выраженным гемостатическим свойством, противовоспалительным и противомикробным действием адгезией к тканям, снижает интенсивность болевых ощущений, выполняет функцию барьерной мембраны, ускоряет процесс регенерации костной ткани.

Одним из источников тромбоцитарных факторов роста является концентрированная аутогенная тромбоцитарная плазма(FRP), получаемая при фракционировании крови пациента.

Факторы роста – это естественные пептиды, близкие к гормонам, но в противоположность последним, их действие локально, и они не существуют в крови в свободной форме. При высвобождении факторов роста в рубцовой ткани, они обеспечивают мобилизацию необходимых для заживления клеток. Они захватываются особыми рецепторами, находящимися в клетках-мишенях, получающими биохимические сообщения (ADDA F. 2001г., Caranza F.A., Newman M.G.1996г., Tadic D., Epllc M. 2003г.).

Костная ткань способна восстанавливать полностью свою анатомическую структуру и функцию после повреждения.

Устранение рецессии десны, достигается тем, что используется мобилизованный слизисто-надкостничный лоскут и тромбоциты с высоким содержанием фибрина (F.R.P. фактор роста), как препарат для направленной тканевой регенерации.

Материалы и методы. В период с 2000 года по 2014 год пациенты были разделены на основную и группу сравнения. Пациентам основной группы был проведен разработанный нами