

Лабораторные испытания. Сравнительная оценка бактерицидного эффекта адгезивов Дентафикс геля и Пектафикс геля была проведена методом диффузии в агаре. Результаты проведенного исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Бактерицидный эффект адгезивов Дентафикс геля и Пектафикс геля

Тест-микрорганизмов	Зона задержки роста (мм)	
	Дентафикс гель	Пектафикс гель
S.aures	20	7
E.coli	24	11
Ps.aeruginosa	17	5

Полученные данные лабораторных исследований позволили провести апробацию предложенных адгезивов в клинических условиях.

Клинические испытания составов «Пектафикс» гель и «Дентафикс» гель произведены на 42 пациентах (20+22). Возраст от 47 лет до 75 лет.

Распределение больных проводили по следующим признакам:

– 20 пациентов, которым изготовили съёмные пластиночные протезы полного зубного ряда, пользующиеся клеевой композицией «Пектафикс» гель;

– 22 пациента, которым изготовили съёмные пластиночные протезы полного зубного ряда, пользующиеся клеевой композицией «Дентафикс» гель.

Для удобства обследования и динамического наблюдения была разработана специальная карта оценки статуса больного, включающая в себя следующие разделы: паспортные и анамнестические данные, жалобы, внешний осмотр пациента, данные обследования полости рта, результаты клинико-экспериментального этапа ортопедического лечения. Обследование больных проводили по единой схеме. Во время опроса больных устанавливали время (давность) потери зубов, пользовался ли больной съёмными пластиночными протезами, сроки пользования ими.

При осмотре выявляли степень атрофии альвеолярных гребней и альвеолярной части (классификация А.И.Дойникова), форму альвеолярного гребня, наличие экзостозов, выраженность торуса. Особое внимание обращали на наличие гиперемии, отечности слизистой оболочки протезного ложа и переходных складок, а также нарушение целостности слизистой оболочки протезного ложа. После визуального исследования проводили пальпацию, во время которой определяли подвижность и податливость слизистой оболочки десны, ее влажность, выраженность складок и места прикрепления уздечек. После чего проводили протезирование всех пациентов съёмными пластиночными протезами.

В результате, у всех обследуемых 42 пациентов, после наложения и фиксации съёмных пластиночных протезов, на 3 сутки возникали явления протезного стоматита, в виде выраженной гиперемии и отёка слизистой оболочки протезного ложа. Среди субъективных ощущений, со слов пациентов, отмечались боль, чувство жжения, сухость в полости рта и изменение вкуса. Далее, после коррекции, на 3 сутки практики у всех пациентов отмечалось улучшение состояния полости рта, однако они жаловались на несильную фиксацию протеза, особенно при приёме пищи. Объективно: отсутствие отёка и высыпаний слизистой оболочки протезного ложа, отмечалась лишь незначительная гиперемия в отдельных участках слизистой. В период адаптации, 20 пациентам была предложена и проведена апробация адгезивного средства «Пектафикс» гель, а 22 пациентам было предложено и проведено клиническое испытание клеевой композиции «Дентафикс» гель модифицированный, заключавшиеся в следующем.

Данные фиксирующие композиции наносили на предварительно увлажнённую, чистую поверхность базиса протеза тонким равномерным слоем из тубы или дозатора. Вводили протез в полость рта пациентам, которые затем плотно смыкали искусственные зубы на несколько секунд. После процедуры фиксации пациенты не принимали пищу в течение 5 минут. Всё это необходимо для изучения эффективности клеевых композиций в стандартных условиях.

Предложенными составами пациенты пользовались 5 суток, после чего они приходили для опроса и обследования. Опрос пациентов после применения адгезивных средств «Пектафикс» гель и «Дентафикс» гель показал, что продолжительность

фиксации улучшилась и составила:

а) для «Пектафикс» геля – 3-5 часов;

б) для «Дентафикс» геля – 6-7 часов.

Эксплуатация протезов с «Дентафикс» гелем стала более комфортной, а именно:

– протез лучше и плотнее фиксируется;

– уменьшились болевые ощущения;

– прекратилось попадание пищи под протез;

– сократились сроки адаптации к протезам с 15-22 дней до 10-12 дней.

Выводы. Таким образом, разработанная адгезивная композиция «Дентафикс» гель по результатам технических и клинических испытаний показала улучшение фиксирующих свойств для съёмных пластиночных протезов полного зубного ряда, сокращение периода адаптации к ним и высокий бактерицидный эффект.

Литература

1. Воронов, А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов /, Лебедево И.Ю., Воронов И.А., // Учебное пособие.– М.: МЕДпресс-информ, 2006.– С. 320.
2. Slaughter, A. Professional attitudes toward denture adhesives: A Delphi technique survey of academic prosthodontists/A. Slaughter. R.V.Katz// J. of prosthetic. Dentistry, 1999.– Vol.82. №1.– P. 80–89.
3. Жолудев, С.Е. Анализ адгезионных свойств средств для улучшения фиксации полных съёмных зубных протезов / Жолудев С.Е., Мирсаев Т.Д., // Уральский стоматологический журнал, 2004.– №4.– С. 37.
4. Чуев, В.П. «Пектафикс»- когда забываешь о протезах / В.П. Чуев, Л.А. Колченко, // Стоматология сегодня, 2001.– №7.– С. 3
5. Михайлов Ю.И. Введение «Применение препаратов серебра в медицине» / Михайлов Ю.И., Родионов П.П.// По материалам научно-практической конференции «Новые химические системы и процессы в медицине».– Новосибирск, 21-22 декабря-2001.– С. 7–8.
6. Уразаева, Н.Н. Адгезивные средства для улучшения фиксации и ускорения адаптации к съёмным пластиночным протезам / Н.Н. Уразаева // Стоматология, 1991.– С. 73–75.

THE ANALYSIS OF ADHESIVE PROPERTIES OF FIXATION IMPROVING MATERIALS FOR REMOVABLE LAMINAR PROSTHESES

E.S. KALIVHADZHIYAN, M.N. BOBESHKO, A.V. PODOPRIGORA

Voronezh State Medical Academy, Chair of Prosthetic Dentistry

This article presents technical and clinical studies using the adhesive composition named "Dentafix", gel for improving fixation and reducing the period of adaptation to removable laminar dentures in patients with complete absence of teeth.

Key words: removable dentures, adhesive compositions, adaptation, gel, natural polymer.

UDK 616.314.18-002-08:57

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА

Е.С. КАЛИНИНА*

В статье освещены особенности лечения хронического фиброзного пульпита с сохранением жизнеспособности пульпы. Большое внимание при исследовании уделяется диагностике пульпы и таким методам как бактериоскопия, бактериология и цитология, роли грибов рода Candida на эффективность лечения, значению лазеротерапии. **Ключевые слова:** фиброзный пульпит, бактериоскопия, бактериология, цитология, грибы рода Candida, лазеротерапия.

Заболеваемость кариесом продолжает расти, несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии и патогенеза кариозного процесса зубов. Не имеет тенденции к снижению число осложненных форм этого заболевания с поражением пульпы и периодонта.

К сожалению, основным методом лечения этих заболеваний до сих пор является экстирпация пульпы с последующей обра-

* ГОУ ВПО «Воронежская медицинская академия имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г.Воронеж, пр-т Революции, 14, тел.: 8 (4732) 53-05-36, e-mail: xxxfdxxx@yandex.ru

боткой и пломбированием корневых каналов. Лечение воспаленной пульпы с использованием биологического метода, обеспечивающего полное сохранение ее структуры и функции, не получило пока должного распространения, так как связано с трудностями в постановке диагноза, частым возникновением осложнений в процессе лечения [2,5].

Одной из причин, вызывающих осложнения после применения витальных методов, является ошибка на начальных этапах лечения хронического фиброзного пульпита – в диагностике. Трудность заключается в определении обратимости воспалительного процесса в пульпе зуба [3]. Следующая причина – отсутствие лечебных комплексов, способных полностью ликвидировать воспалительный процесс в пульпе и восстановить ее функциональную активность. Лечение пульпита только антимикробными препаратами не обеспечивает достаточную эффективность, поэтому в лечебном комплексе, наряду с этиотропными, необходимо применять лекарственные вещества патогенетического влияния.

В литературе мало упоминается о роли физиотерапевтического воздействия на воспаленную пульпу при витальных методах лечения хронического фиброзного пульпита. Лишь только А.А.Кунин, Б.Р. Шумилов, С.Н. Панкова в своих публикациях, основываясь на результатах исследований, отмечают высокое бактерицидное, противовоспалительное действие диодного света красной области спектра [1].

Эти данные не меняли традиционную методику применения паст на основе сильнодействующих антибиотиков при биологическом методе лечения воспаления пульпы. Отсутствие же эффекта от проводимого лечения, прогрессирование заболевания и развитие осложнений не связывали с наличием грибов рода *Candida* в очаге поражения [4].

Поэтому необходимо разработать наиболее эффективный и целесообразный метод лечения хронического фиброзного пульпита с учетом ранее сказанного.

Цель исследования – повышение эффективности консервативного метода лечения хронического фиброзного пульпита.

Материалы и методы исследования. Для постановки диагноза одно из ведущих мест занимает пульпоскопия с помощью стоматоскопа при увеличении от 7 до 40 раз. В основу положен метод стоматоскопии, разработанный А.А.Куниным. Данное исследование позволило определить все структурные нюансы поверхности пульпы, ее цвет и оценить состояние окружающих тканей.

В нашей работе материалом для бактериоскопического и цитологического исследований служили мазки-отпечатки пульпы. Массу тонким слоем распределяли на поверхности предметного стекла, высушивали, окрашивали 1% водным раствором метиленового синего в течение 30 секунд, смывали проточной водой, высушивали и осматривали с помощью микроскопа под иммерсией при увеличении 7×90.

Использование в диагностике хронического фиброзного пульпита бактериоскопического метода исследования позволило установить, что у 54 больных (44,7%) выделенные микроорганизмы являются дрожжеподобными грибами *Candida albicans*.

Микроскопическое исследование патологического материала производилось в окрашенных препаратах. По мнению многих исследователей, окраска препаратов необходима, во-первых, во всех случаях, вызывающих сомнение относительно грибковой природы видимых элементов. Особенно это касается препаратов с множеством лейкоцитов, эритроцитов, которые иногда могут имитировать споры гриба. Во-вторых, окраска необходима при малом количестве материала, представленного для изучения. В-третьих, окрашенные препараты можно долго хранить, что важно для микологических консультаций.

Определяли количество в поле зрения элементов грибов и кокковой флоры: единичные элементы, единичные скопления, много в поле зрения и сплошь, покрывающие все поле зрения.

Эти же препараты служили для морфологической оценки воспаленной ткани пульпы, исследование проводилось при просматривании всего препарата в объективе 3, а затем в объективе 7 и иммерсии изучались участки с элементами, характеризующими воспаление.

С целью выявления вида гриба проводилось бактериологическое исследование, которое не только подтверждало данные бактериоскопии, но и конкретизировало ранее полученные результаты. Материалом для бактериологического исследования служила ткань коронковой части пульпы, которую брали во время ампутации и непосредственно у кресла больного, помещали в

пробирку с жидкой средой Сабуро. Данная методика позволяла соблюсти необходимые требования забора и транспортировки патологического материала в течение 2 часов. В дальнейшем проводили посев материала на плотную среду – глюкозопептонный агар Сабуро путем втирания пластмассовым шпателем.

Дальнейшее исследование проводилось по общепринятой схеме, то есть полученные культуры идентифицировали до вида по характеру роста на плотной среде, образованию хламидоспор и типам филаментации. Частота использования лабораторных методов диагностики хронического фиброзного пульпита: бактериоскопия 120 исследований (100%), бактериология – 47 (39,2%), цитология – 120 (100%). Таким образом, всем больным, находившимся под наблюдением и лечением, проводилось бактериоскопическое и цитологическое исследование и при необходимости, в том числе для подтверждения активности роста, в 39,2% случаев использовался бактериологический метод исследования.

При клиническом определении обратимого состояния пульпы и прогнозировании показаний для применения биологического метода лечения воспаленной пульпы зуба, пасту с добавлением противогрибкового компонента и воздействие модулированного светового излучения применяли на 40 зубах, преимущественно премолярах и молярах, у 32 лиц в возрасте от 16 до 40 лет (первая группа), у которых был клинически здоровый пародонт и не было некариозных поражений твердых тканей зубов. Вторая группа включает 40 зубов у 29 лиц, где применяли биологическую пасту с добавлением противогрибкового компонента без модулированного светового излучения. Контрольная группа – 40 зубов у 23 лиц, где применялась традиционная паста (триамциноловая).

В нашей работе использовался диодный свет красной области спектра, который несколько не уступает гелий-неоновому лазеру. Это подтверждается данными клинических наблюдений и показаний ЭОД. Проводили светолечение в следующих параметрах – экспозиции 1-2 мин., выходная мощность светового потока 25 мВт, 1 процедура до наложения лечебной пасты и вторая – после наложения в проекции нахождения лечебного комплекса.

Непосредственные результаты мы отмечали спустя 24 часа и на 3 сутки после лечения. Ранние клинические результаты регистрировали при контрольных осмотрах на 7, 14, 30 и 90 дни после проведенного курса лечения. Отсроченные клинические наблюдения – через 6, 12 и 24 мес. После биологического лечения как в первой и второй, так и в контрольной группе. Во время контрольных осмотров мы отмечали функциональное состояние зубов, состояние прилегающих тканей, реакцию на термическое воздействие, реакцию на перкуссию и измеряли возбудимость пульпы зуба в мкА *электродонтодиагностическим* (ЭОД) методом, отмечали также рентгенологический статус зубов. Сравнивая рентгенологическую картину одного и того же участка на альвеоло-коронарном сегменте перед и после лечения, мы получили данные о состоянии периодонта и пульповой камере зубов.

Результаты и их обсуждение. Непосредственно после лечения на 3 день в первой группе у 5% зубов было установлено появление боли, вызванной термическим раздражителем. Во второй группе – 15%, а в контрольной группе у 57% зубов. Во время контрольных осмотров на 7 день в первой группе не было ни спонтанных, ни после термического раздражителя болей. В группе, где применялась паста с добавлением противогрибкового компонента без воздействия модулированного источника света боль от термического раздражителя сохраняется в 5% случаев, в то время как в контрольной группе – в 48% случаев. Эти результаты подтверждают заключение о более высоком эффекте применения биологической пасты с противогрибковым компонентом. Отсутствие боли и лучшие результаты ЭОД зубов, показательные для более эффективного влияния на воспалительный процесс в ранней стадии применения биологической пасты с противогрибковым компонентом при сравнении с традиционной пастой. Сравнивая средние значения ЭОД зубов в трех клинических группах, найдена статистически достоверная разница на 7 день в пользу первой и второй группы, что показывает более быстрое восстановление зубов, которые мы лечили биологической пастой с противогрибковым компонентом. При исследовании на 14 день не было отмечено спонтанных и перкуторных болей не в первой, ни во второй группе, а при аппликации холодного раздражителя боль не вызывалась. В то время, как в контрольной группе боль от холодного раздражителя вызывалась у 31% зубов. На контрольный осмотр на 6 месяце явились 67 пациентов с 82 obturированными зубами,

которые составляют 68,3% зубов, прошедших контроль через 3 мес, из них в 35 зубах использована биологическая паста с противогрибковым компонентом и воздействие источника модулированного света, в 32 зубах только паста с противогрибковым компонентом, а в 15 зубах применялась традиционная паста.

Клинически установлено хорошее состояние обтурации, отсутствие спонтанных болей, сохранение цвета и прозрачности зубов, а также отсутствие изменений воспалительного характера прилежащей десны и межзубных сосочков зубов. Сравнивая средние величины электровозбудимости пульпы, зарегистрированные в трех группах на 6 месяце после лечения, установлена значимая разница в электровозбудимости пульпы зубов, которые мы лечили биологической пастой с противогрибковым компонентом ($7,54 \pm 0,32$ мкА) в сравнении с контрольной группой зубов, где не использовали пасту с противогрибковым компонентом ($11,53 \pm 0,39$ мкА). Клинические наблюдения на 12 месяце после лечения провели на 72 обтурированных зубах (на 32 зубах из первой, 30 из второй и 10 из контрольной группы). Мы не установили изменений в функциональном состоянии зубов, которые лечили, состояние обтурации и края десны вокруг них хорошие. Средние величины электровозбудимости $6,99 \pm 0,31$ мкА у зубов первой и второй группы и $11,87 \pm 0,39$ мкА у зубов контрольной группы. Более физиологичными были показатели у зубов, которые мы лечили пастой с противогрибковым компонентом. Рентгенограммы зубов, где применяли пасту с противогрибковым компонентом не показывают периапикальных изменений или изменений в пульповой камере.

Проведенные нами исследования показывают, что во всех случаях хронического фиброзного пульпита в пульпо-дентинном комплексе протекают обратимые изменения. Лечение обратимо воспаленной пульпы консервативным методом, используя пасту с добавлением противогрибкового компонента влияет на патогенетические механизмы воспаления, восстанавливает гемодинамику в затронутом сегменте пульпы, обеспечивает оптимальные условия для взаимодействия между повязкой и живым пульпо-дентинным комплексом и стимулирует естественный регенеративный потенциал зубной пульпы. Воспалительная реакция в результате инвазии грибов в пульпу, определяет обратимость процесса при хроническом фиброзном пульпите. Эффективность используемого лечебного комплекса мы объясняем воздействием на *Candida* при обратимых пульпитах противогрибковым препаратом в составе биологической пасты.

Положительный результат применяемого комплекса определяется результатами собственных исследований, а именно: непосредственные и ранние клинические результаты показывают противогрибковый эффект и возможность более быстрого и достоверного восстановления нормальной электровозбудимости. Поздние клинико-рентгенологические наблюдения лечебного эффекта комплекса с противогрибковым компонентом дают возможность утверждать, что сохраняется пульпа живой, а также функциональная полноценность и рентгенологический статус леченых зубов.

Выводы: применение противогрибковых препаратов в составе паст для биологического метода лечения пульпитов позволяют нормализовать обменные процессы пульпы и повышают эффективность консервативного лечения в большей степени, чем при применении традиционных препаратов.

Литература

1. Значение лазерных методов в комплексной терапии заболеваний зубов / А.А. Кунин [и др.] // Клинические аспекты лазерной медицины. – Воронеж, 2001. – С. 47.
2. Лобко С.С. Гиперемия пульпы: учеб.-метод. пособие / С.С. Лобко, Л.А. Казеко. – Минск: БГУ, 2006. – 15 с.
3. Особенности диагностики пульпитов / А.А. Кунин [и др.] // Стоматология славянских государств: материалы III международного науч.-практ. конф. – Белгород, 2009. – С. 176–179.
4. Кунин, А.А. Новые методы объективного контроля за состоянием пульпы при ее хроническом воспалении / А.А. Кунин, О.А. Кумирова // Стоматология 2007: материалы IX ежегод. науч. форума, посвящ. 45-летию ЦНИИС. – М., 2007. – С. 172–173.
5. Лукиных, Л.М. Пульпит: клиника, диагностика, лечение. 3-е изд. / Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова. – Н. Новгород: НГМА, 2004. – 87 с.

BIOLOGICAL ADVISABILITY IN CHRONIC FIBROUS PULPITIS TREATMENT

YE.S. KALININA

Voronezh State Medical Academy, Chair of Preventive Dentistry

The article covers some features of chronic fibrous pulpitis treatment with the pulp vitality preservation. Pulp diagnostics, bacterioscopy, bacteriology, cytology are the priority in the research. The impact of *Candida* fungi on treatment efficiency and the importance of laser therapy are also considered.

Key words: fibrous pulpitis, bacterioscopy, bacteriology, cytology, *Candida* fungi, of laser therapy.

УДК 616.31-018.73+616.516-001.14/15

ВЛИЯНИЕ ДИОДНОГО СВЕТА КРАСНОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ НА ФАКТОРЫ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Е.С. КАЛИНИНА, К.Э. АРУТЮНЯН, О.А. КУМИРОВА, А.А. КУНИН, С.Н. ПАНКОВА, Т.А. ПОПОВА, Р.В.СЕЛИН*

Статья посвящена актуальному вопросу лечения хронического заболевания слизистой оболочки рта – красного плоского лишая, имеющего тяжелое течение и часто рецидивирующее. Была проведена работа по оценке эффективности комплексного лечения данного заболевания традиционным методом и в сочетании с использованием лазера.

Ключевые слова: диодный свет красного спектра, слизистая оболочка рта, красный плоский лишай.

Лечение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта является актуальной проблемой в стоматологии. Одним из заболеваний слизистой оболочки полости рта, наиболее часто встречающихся в стоматологической практике, является *красный плоский лишай* (КПЛ), составляя 4-10% среди заболеваний слизистой оболочки полости рта. КПЛ характеризуется полиморфизмом симптомов клинических проявлений, сложностью диагностики, рецидивирующим течением [1].

Как известно, существует несколько концепций развития КПЛ: наследственная, иммунологическая, вирусная, эндокринная. Установлена связь КПЛ с соматической патологией, некоторыми профессиональными вредностями.

Несмотря на многочисленные исследования, проведенные как у нас, так и за рубежом, этиология и патогенез КПЛ до конца не выяснены. Вследствие этого его лечение и профилактика на сегодняшний день представляют серьезную и трудно решаемую проблему.

Предлагаемые методы лечения, по-видимому, не учитывают всех звеньев этиологии и патогенеза этого заболевания. Большинство исследователей считают целесообразным проводить комплексные лечения, полагая, что ни одно из имеющихся в арсенале лекарственных средств не является достаточно эффективным.

Известно, также, что у больных КПЛ слизистой оболочки полости рта наблюдаются существенные нарушения иммунной реактивности [4]. В этой связи очевидна целесообразность включения в комплексную терапию красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, средств, нормализующих состояние защитных механизмов. К таковым в частности, помимо иммуномодулирующих препаратов, относится светолечение [5].

На рынке медицинской техники имеется большой арсенал лазерной аппаратуры. Но, несмотря на это, продолжают поиски альтернативных источников света достаточной мощности. Так, на отделении медицинской физики Воронежского государственного университета совместно с кафедрой терапевтической стоматологии ВГМА был разработан и изготовлен портативный аппарат «УЛОКС» (устройство локального облучения красным светом, длина волны 665 нм, мощность 4 Вт, модуляция 100 Гц). Данный аппарат несколько по своему действию не уступает гелий-неоновому лазеру, обладая патогенетическим воздействием: противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим, регенеративным эффектом, улучшает кровообращение [2,3].

* ГОУ ВПО «Воронежская медицинская академия имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Кафедра терапевтической стоматологии, г. Воронеж, пр-т Революции 14, 8 (473) 253-05-36, e-mail: xxxfdxxx@yandex.ru