

10. Шабад Л.М. О циркуляции канцерогенов в окружающей среде. М., Медицина, 1973. - 367 с.
11. Известия НИИ нефте- и углехимического синтеза // Науч. конф. Иркутского гос. ун-та им. А.А. Жданова: Тез. докл. - Иркутск, 1969. - ТХП. - С.99-217.
12. Toyosawa S., Fujiwara T., Ooshima T., Shintani S., Sato A., Ogawa Y., Sobue S., Ijuhin N. Cloning and

characterization of the human ameloblastin gene. // Department of Oral Pathology, Osaka University Faculty of Dentistry. - Osaka, Japan. - 1-8 Yamadaoka, Suita, 2001. - P.565-0871, Toyosawa@dent.osaka-u.ac.jp.

© ТИРСКАЯ О.И., МОЛОКОВ В.Д., ВАСИЛЬЕВА Л.С. -
УДК 616.342.17-008.1-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ МЕТОДОМ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДИАЛИЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

О.И. Тирская, В.Д. Молоков, Л.С. Васильева.

(Иркутский государственный медицинский университет - ректор акад., МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода; кафедра терапевтической стоматологии, зав. - д.м.н., проф. В.Д. Молоков, кафедра гистологии, зав. - д.м.н., проф. Л.С. Васильева)

Резюме. Проведено лечение 30 больных в возрасте 31-50 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в стадии обострения. Установлено более раннее купирование воспаления в тканях пародонта при введении антибиотика трансмембранным диализом по сравнению с наложением десневых повязок. Эти данные позволяют рекомендовать метод трансмембранного диализа для лечения хронического генерализованного пародонтита.

Результат терапевтического лечения заболеваний пародонта в большой степени зависит от интенсивности и продолжительности воздействия противомикробного препарата на очаг поражения. Местное использование медикаментозных препаратов не всегда даёт возможность добиться желаемого лечебного эффекта в связи с анатомическими и физиологическими особенностями полости рта, способствующими быстрому вымыванию лекарственных средств [4,5]. При системном приеме препаратов (пероральном и инъекционном) бывает сложно создать необходимую эффективную концентрацию вещества в очаге воспаления из-за микроциркуляторных расстройств в зоне поражения, возникающих при хроническом воспалении [2]. При увеличении же доз препарата и продолжительности их приема возрастает частота побочных реакций. Поэтому важным вопросом в проблеме лечения пародонтита остается поиск оптимальных способов введения препаратов в ткани пародонта, обеспечивающих атравматичность, достижение эффективной концентрации препарата в очаге воспаления и сохранение ее в течение необходимого промежутка времени. По данным Б.С. Гракова [1] наиболее оптимальным местным способом введения антибиотиков является трансмембранный диализ. Вместе с тем сведений о применении метода трансмембранного диализа при лечении заболеваний пародонта в доступной литературе нами не обнаружено.

Целью нашей работы явилось исследование лечебного эффекта трансмембранного диализа антибиотиков в лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы

Под клиническим наблюдением находилось 30 женщин в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит в стадии обострения средней степени тяжести. Десяти больным проводилось лечение с помощью наложения десневой повязки на основе антибиотикосодержащей мази (группа сравнения), двадцати другим - с помощью раствора антибиотика и димексида в соотношении 9:1, вводимого методом трансмембранного диализа (основная группа). Как при диализе, так и при лечении десневыми повязками использовались антибиотики группы линкозамидов, макролидов и аминогликозидов (антибиотик выбирался с учетом чувствительности микрофлоры пародонтального кармана). Диализатор (рационализаторское предложение №4198) или десневую повязку накладывали на 25 минут два раза в день. Для контроля клинической эффективности местного лечения использовали индекс гигиены (ИГ), пробу Шиллера-Писарева, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), пробу Кулаженко.

Наличие воспаления в десне оценивали при помощи пробы Шиллера-Писарева и индекса РМА по Рамта (1960). Для определения индекса РМА окрашивали десну в области обследуемых зубов раствором Шиллера-Писарева. Состояние тканей пародонта оценивали следующим образом:

Р - 1 - воспаление десневого сосочка,

М - 2 - воспаление десневого края,

А - 3 - воспаление альвеолярной десны.

Полученные цифры суммировали, индекс определяли по формуле:

$$PMA = \frac{\sum \text{оценок}}{3 \times \text{число зубов}} \times 100\%$$

При проведении пробы Шиллера-Писарева десну окрашивали тем же раствором. По интенсивности окраски десны судили о наличии воспаления десны. Окрашивание десны в соломенно-желтый цвет свидетельствует об отсутствии воспаления, чем темнее окраска тем сильнее выражено воспаление.

Состояние гигиены полости рта оценивали с помощью индекса Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной (1971). Количественную оценку проводили по пятибалльной системе. Расчет значения индекса проводили по формуле:

сумма показателей 6 зубов/6.

Для определения пробы Кулаженко вакуумный наконечник прикладывали к десне после создания в системе разряжения 720-740 мм рт.ст. при остаточном давлении 20 мм рт.ст., и засекали время (сек), в течении которого образовывается гематома.

Результаты и обсуждение

При анализе результатов клинического наблюдения за больными хроническим пародонтитом средней степени тяжести, которым проводилось традиционное лечение (группа сравнения) с группой больных, лечение у которых сочеталось с трансмембранным диализом (основная), было установлено, что эффективными являлись оба вида воздействия, но в основной группе отмечалось более четкое улучшение всех клинических и функциональных показателей, причем за более короткое время.

Из данных, приведенных в таблице 1, следует, что на 3 сутки от начала лечения у больных с пародонтитом средней степени тяжести в основной группе наблюдения значения индекса РМА уменьшились в 1,4 раза, тогда как у больных в группе сравнения лишь в 1,1 раза. Улучшились показатели пробы Шиллера-Писарева, положительная проба наблюдалась в 20% случаев в основной группе и в 60% - в группе сравнения, слабо положительная проба отмечалась в 80% и 40% соответственно. Отмечалось улучшение пробы Кулаженко. причем у больных основной группы наблюдения это изменение было более заметно.

Анализ данных наблюдения больных, непосредственно после проведенного лечения позволил установить, что в основной группе наблюдения индекс РМА свидетельствовал о практически полной ликвидации воспаления, тогда как у больных группы сравнения воспаление сохранялось. Улучшились показатели пробы Шиллера-Писарева, отрицательное значение которой определялось в 70% случаев основной группы и в 40% - группы сравнения. Улучшение показателей пробы Кулаженко у больных основной группы наблюдения было более значительным, что проявилось в увеличении времени образования гематомы по сравнению с данными, полученными до лечения, в 1,8 раза. У больных группы сравнения показатели пробы Кулаженко увеличились в 1,3 раза. Индекс гигиены у больных основной группы во время проводимого лечения имел более низкие значения, чем у группы сравнения.

Положительная динамика индексных показателей и функциональных проб сопровождалась улучшением клинической картины заболевания: наблюдалось уплотнение слизистой оболочки десны, восстановление конфигурации десневого края, уменьшение отека и прекращение кровоточивости десны. Однако у больных в основной группе эти явления протекали более энергично, что выразилось в сокращении сроков купирования воспалительного процесса в пародонте.

Наблюдаемый нами высокий клинический эффект лечения антибиотиком, вводимым с помощью диализа, может быть связан с несколькими моментами. Во-первых, при диализе происходит проникновение и накопление антибиотика непосредственно в слизистой оболочке десны. Однако, быстрое купирование воспалительного процесса в пародонте и более раннее начало и развитие репаративных процессов в тканях пародонта у больных, получавших лечение с помощью диализа нельзя свести только к действию антибиотика. По данным литературы, камера диализатора в какой-то мере берет на себя элиминирующую функцию, что способствует уменьшению вторичной альтерации и отека [1]. Это позволяет более активно и в более ранние сроки развиваться репаративным процессам [3]. Все выше перечисленное, по-видимому, и обеспечивает более быстрое купирование

Таблица 1.

Динамика индексных и функциональных показателей у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести при различных способах лечения (M±m)

Параметры	Средние величины изучаемых показателей					
	до лечения		3 сутки лечения		после лечения	
	диализ	повязки	диализ	повязки	диализ	повязки
ИГ (балл)	2,3±0,13	2,05±0,13	1,42±0,05	1,68±0,05	1,08±0,02	1,28±0,03
РМА (%)	45,14±2,12	43,44±2,13	31,5±1,28	39,7±2,2	2,4±1,26	11,28±0,78
Проба Шиллера-Писарева (%)	(+)100,0	(+)100,0	(+)20,0 (±)80,0	(+)60,0 (+)40,0	(+) (±)30,0 0)70,0	(+)10,0 (+)50,0 (-)40,0
Проба Кулаженко (сек)	16,56±1,32	17,3±0,72	19,3±1,76	18,6±0,5	29,2±1,28	23,1±0,46

Примечание: (+) - положительная; (±) - слабо положительная; (-) - отрицательная.

воспалительного процесса в пародонте. Полученные данные убедительно свидетельствуют, что полупроницаемые свойства мембраны диализатора дополняют свойство слизистой оболочки к избирательной проницаемости и всасыванию. Мембрана не препятствует проникновению лекарственного препарата в слизистую оболочку десны, находящийся в диализаторе раствор не контакти-

рует со слюной и накапливается в очаге воспаления, что позволяет воздействовать только на пораженные ткани. Это обеспечивает быстрое уменьшение отека и воспаления десны.

Полученные результаты позволяют рекомендовать введение антибиотиков методом трансмембранного диализа для применения в клинической практике.

ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF ANTIBIOTIC INTRODUCTION BY MEANS OF TRANSMEMBRANE DIALYSIS IN PARODONTICS

O.I. Tirskeya, V.D. Molokov, L.S. Vasilieva

(Irkutsk State Medical University)

There has been conducted the medical treatment of 30 patient aged 31-50 who has chronic generalized parodontitis of middle degree of painfulness. It was improved by early breaking off inflammation of parodontal tissues with transmembrane dialysis treatment as compared with bandage treatment. These facts permit to recommend the dialysis method for the treatment of chronic generalized parodontitis.

Литература

1. Граков В.С., Селезов Е.А., Швецкий А.Г. Полупроницаемые мембраны в лечении и профилактике хирургической инфекции (Управление раневым процессом). - Красноярск: Изд. Красноярского ун-та, 1988. - 157 с.
2. Зуев В.П., Панкратов А.С., Сергеев П.В. и др. Фармакокинетика линкомицина при использовании в качестве компонента лекарственной композиции

с гидроскиаптитом ультравысокой дисперсности // Стоматология. - 1998. - №6. - С.19-22.

3. Ковалевский А.М. Комплексное лечение пародонтита. - СПб.: "Нормед-Издат", 1999. - 136 с.

4. Максимовский Ю.М., Истратов Л.П., Истратова Е.В., Чиркова Т.Д. Коллагенсодержащие препараты в лечении заболеваний пародонта // Клин, стоматология. - 1998. - №4. - С.68.

5. Модина Т.Н., Леонтьев В.К. и др. / Стоматология. - 2001. - №1.

© ГАЙДАРОВА Т.А. -
УДК 616.742.7.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕПРОИЗВОЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Т.А. Гайдарова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра ортопедической стоматологии, зав.-д.м.н., проф. А.Я. Вязьмин)

Резюме. В данной работе приведены данные электромиографических исследований жевательных мышц больных бруксизмом в зависимости от давности заболевания. Полученные данные позволяют диагностировать стадию заболевания, индивидуализировать план лечения, объем лечебных мероприятий и определить прогноз заболевания.

Существует довольно большая группа патологических процессов, при которых поражения нервно-мышечного синапса являются ведущим звеном патогенеза заболевания. Среди таковых, одним из более распространенных является бруксизм, поражающий в целом организм и проявляющийся от незначительных до серьезных нарушений в зубочелюстном аппарате [1,2,5,7,9].

Основным симптомом бруксизма является хроническое напряжение жевательных мышц, которое может привести к образованию очагов дегенерации мышечной ткани.

В настоящее время имеется целый ряд исследований, посвященных разработке методов лечения бруксизма [10,12]. Вместе с тем, эффективность этих методов лечения остается достаточно низкой [8,11].

На наш взгляд во многом это связано с недостаточными знаниями патогенеза бруксизма, что и обуславливает несвоевременность диагностики и недостаточную эффективность лечения.

На основании выше изложенного целью работы явилась оценка функционального состояния жевательных мышц у больных бруксизмом в разные сроки от момента заболевания при помощи электромиографического исследования.

Материалы и методы

Для проведения исследования был использован электронейромиограф "NeuropakS" МБ-550Л (8-канальный) фирмы Nihon Kohden, Япония, а также приборы, входящие в его комплектацию: стимулятор с плавной регулировкой подаваемого напряжения и частоты стимула, блок регистрации, видеомонитор для зрительного анали-