

THE FOUNDATIONS FOR ANTHROPOLOGICAL DIAGNOSTICS OF THE CAUSE OF DEATH OF MEN

V.I. Chikun, N.S. Gorbunov, P.A. Samotesov, A.V. Pochekutov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The results of anthropometry of 201 corpses of men of the second period of mature age (36-60 years), showing an opportunity of using body induces in diagnostics of the cause of death are submitted.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зороастров О.М. Диагностические критерии при этаноловой интоксикации, как причины смерти // Судебно-медицинская экспертиза. — 2005. — V. 48, № 2. — P. 16-18.
2. Калинеевский П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. — М.: Медицина, 1987. — 399 с.
3. Лузин А.В., Богомолов Д.В., Богомолова И.Н. с соавт. Определение механизма наступления смерти при странгуляционной механической асфиксии морфологическими методами // Судебно-медицинская экспертиза. — 2005. — T. 48, № 1. — С. 3-7.
4. Шугеев С.В., Жаров В.В. Диагностическое значение содержания морфина в крови и моче на фоне алкогольного опьянения // Судебно-медицинская экспертиза. — 2006. — T. 49, № 2. — С. 30-34.
5. Beasley N.J., Walfish P.G., Witterick I. et al. Cause of death in patients with well-differentiated thyroid carcinoma // Laryngoscope. — 2001. — V. 111, № 6. — P. 989-991.
6. Calder J.D., Buttery D.L., Revell P.A., et al. Apoptosis-a significant cause of bone cell death in osteonecrosis of the femoral head // J. Bone. Joint. Surg. Br. — 2004. — V. 86, № 8. — P. 1209-1213.
7. Deboa D., Borowiak K.S., Ciechanowski K., et al. Thioridazine intoxication of therapeutic error as the cause of death of a three-year girl // Arch. Med. Sadowej. Kryminol. — 2002. — V. 52, № 2. — P. 111-119.
8. Frassati D., Tabib A., Lachaux B. et al. Hidden cardiac lesions and psychotropic drugs as a possible cause of sudden death in psychiatric patients: a report of 14 cases and review of the literature // Can. J. Psychiatry. — 2004. — V. 49, № 2. — P. 100-105.
9. Nashelsky M.B., Lawrence C.H. Accuracy of cause of death determination without forensic autopsy examination // Am. J. Forensic. Med. Pathol. — 2003. — V. 24, № 4. — P. 313-319.
10. Nikolic S., Banjanin I., Stanojevic A. Subarachnoidal hemorrhage from saccular aneurysms as a cause of natural death // Srp. Arh. Celok. Lek. — 2004. — V. 132, № 7-8. — P. 236-239.
11. Oppewal F., Smedts F.M., Meyboom-de Jong B. Cause of death: from primary disease to direct cause of death // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 2005. — V. 149, № 30. — P. 1657-1660.
12. Redelings M.D., Sorvillo F., Simon P. A comparison of underlying cause and multiple causes of death US vital statistics, 2000-2001 // Epidemiology. — 2006. — V. 17, № 1. — P. 100-103.
13. Rosh A., Sampson B.A., Hirsch C.S. Schizophrenia as a cause of death // J. Forensic. Sci. — 2003. — V. 48, № 1. — P. 164-167.
14. Sundararajan S., Ostojic N.S., Rushton D.I., et al. Diaphragmatic pathology: a cause of clinically unexplained death in the perinatal/paediatric age group // Med. Sci. Law. — 2005. — V. 45, № 2. — P. 110-114.
15. Zschoch H. The evaluation of the postmortem body weight with special reference to the optimal weight (author's transl) // Zentralbl. Allg. Pathol. — 1975. — V. 119, № 1-2. — P. 73-78.

© ГАЛОНСКИЙ В.Г., РАДКЕВИЧ А.А. — 2007

ПОЛНОЕ СЪЁМНОЕ ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

В.Г. Галонский, А.А. Радкевич

(Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН,
директор — чл.-корр. РАМН, проф. В. Т. Манчук)

Резюме. Представлены результаты ортопедического лечения полной адентии у 53 больных с применением протезов с сверхэластичным базисом из никелида титана, исключающем контакт пластмассовых частей с тканями протезного ложа. Описаны преимущества разработанной технологии протезирования перед традиционными.

Ключевые слова: зубное протезирование, материалы с памятью формы.

Полная адентия возникает, как правило, после утраты зубов в результате осложненного кариеса и/или воспалительно-деструктивных изменений тканей пародонта, в редких случаях является следствием врожденных пороков развития зубочелюстного аппарата, проявления наследственных генетических синдромов, как результат хромосомных aberrаций и генных мутаций. По данным Г. В. Базияна (1971), полное отсутствие зубов наблюдается в возрасте 40-49 лет у 1% обследованных, 50-59 лет — у 5,5% и у людей старше 60 лет — в 25% случаев [6]. Изучение распространенности основных нозологических форм, подлежащих

ортопедическому лечению в современных условиях показало, что полная потеря зубов выявляется с 50 летнего возраста у 11,9±0,3% обследованных и становится весьма существенной уже в возрастной группе 55-59 лет, составляя 26,6±0,5%, особенно резкое увеличение их числа наблюдается с 60 летнего возраста — 34,8±0,02% и достигает 43,1±0,1% в возрастной группе 70 лет и старше [7].

Выраженная атрофия альвеолярных отростков, взаимоотношение их с верхнечелюстными синусами, основанием грушевидного отверстия, нижнечелюстным каналом нередко затрудняют планирование и выполнение ортопедического лечения

с использованием дентальных имплантатов при полной адентии. Кроме того, декомпенсированная патология внутренних органов делает данное лечение невозможным. В этих случаях съёмное протезирование является основным методом реабилитации указанной категории больных.

В настоящее время достигнуты значительные успехи в области разработки теоретических концепций и технических приёмов полного съёмного зубного протезирования [11, 12 и др.]. Вместе с тем, по данным М. И. Садыкова (2003), после ортопедического лечения 28,8% больных не пользуются протезами, что позволяет отнести проблему эффективности реабилитации при полной адентии имеющей медико-социальное значение [15]. Известны различные конструкции полных съёмных зубных протезов [1–5 и др.]. Основными их недостатками следует считать: большую толщину базиса из акриловых пластмасс (2,5 мм и более), что из-за значительной массы причиняет неудобства пациенту и увеличивает срок адаптации; нарушение восприятия температурных раздражителей, так как базис протеза изготавливается из материала, обладающего низкой теплопроводностью; недостаточную прочность протеза в виду хрупкости пластмассы, в результате уменьшается срок его использования; отсутствие биосовместимости с тканями организма базисных пластмасс при функционировании протеза вызывает атрофию протезного ложа. В связи с этим разработку ортопедических конструкций, позволяющих устранить указанные недостатки, сохраняет свою актуальность.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) разработаны материалы, обладающие биохимической и биомеханической совместимостью с тканями организма, сверхэластичными свойствами и отсутствием токсического влияния на подлежащие структуры [8]. Учитывая многочисленный положительный опыт по применению данных материалов в различных отраслях практической медицины [9], представляется возможным использовать литейный стоматологический сплав на основе никелида титана с аналогичными характеристиками (Регистрационное удостоверение федеральной службы по надзору в сфере ЗО и СР № ФС 01012006/3796-06 от 26.12.2006) [13] в качестве основы ортопедической конструкции, контактирующей с тканями протезного ложа, в полном съёмном зубном протезировании.

Целью работы оценки методов повышения эффективности съёмного зубного протезирования у лиц с полной адентией.

Материалы и методы

Данная работа основана на опыте ортопедического лечения полной адентии у 83 больных,

которые были разделены на две группы. Первую (опытную) составили 53 чел. с наиболее неблагоприятными анатомо-топографическими условиями для полного съёмного протезирования, характеризующимися атрофией верхней челюсти второго или третьего типа по классификации Шредера и отлогой формой вестибулярного ската альвеолярного отростка, нижней челюсти — второго или четвёртого типа по Келлеру. Количественная характеристика больных в зависимости от локализации патологического процесса, пола, возраста и типа поражения представлена в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Количественное распределение больных первой группы в зависимости от локализации патологического процесса, пола и возраста

Локализация патологического процесса	Возраст, лет	Количество, чел. (%)		
		мужчины	женщины	всего
Беззубые верхние челюсти	44–73	14(26,4)	10(18,9)	24(45,3)
Беззубая нижняя челюсть	35–78	11(20,8)	5(9,4)	16(30,2)
Беззубые верхние и нижняя челюсти	6–65	7(13,2)	6(11,3)	13(24,5)
Итого	6–78	32(60,4)	21(39,6)	53 (100)

Таблица 2

Количественное распределение больных первой группы в зависимости от характера атрофии альвеолярных отростков верхних челюстей и альвеолярной части нижней челюсти

Тип атрофии	Верхние челюсти		Нижняя челюсть	
	второй тип	третий тип	второй тип	четвёртый тип
Количество больных	20	16	21	8

В данной группе проведено ортопедическое лечение с помощью полных съёмных зубных протезов, состоящих из двуслойного базиса и искусственных зубов. Слой базиса, обращённый к протезному ложу, наружные края которого расположены в активно-подвижной части слизистой оболочки переходной складки, огибая уздечку губы (языка) и щёчные складки с образованием замыкающего клапана, выполнен из сверхэластичного сплава на основе никелида титана, а слой, компенсирующий атрофию тканей альвеолярного отростка, из акриловой пластмассы (рис. 1) [14]. Вторую (контрольную) группу составили 30 чел., с атрофией верхней челюсти первого типа по классификации Шредера и отвесной формой вестибулярного ската альвео-



Рис. 1. Полные съёмные верхнечелюстной и нижнечелюстной зубные протезы с сверхэластичным базисом из никелида титана.

лярного отростка, нижней челюсти — первого или третьего типа по Келлеру, которым изготовлены протезы с базисом из акриловой пластмассы. Из них в 10 случаях выполнено полное съёмное зубное протезирование верхней челюсти, в 10 — нижней, в 10 — обеих челюстей.

Оценка результатов ортопедического лечения проводилась на основании клинического наблюдения за пациентами в сроки 6, 12, 24, 36 месяцев после протезирования и функциональных жевательных проб по С.Е. Гельману. Анализ реакции протезного ложа на ортопедическую конструкцию осуществляли с применением разработанного способа оценки атрофии опорных тканей протезного ложа, включающего получение функциональных слепков через 6, 12, 24, 36 месяцев после протезирования под силой жевательного давления одинаковой величины, используя в качестве корректирующего материала акриловую пластмассу холодного отверждения, с последующим её отделением от протеза и измерением толщины в исследуемых точках [10], ортопантомографии и патоморфологического исследования биоптатов слизистой оболочки под базисом протеза, до и через 12, 24, 36 месяцев после ортопедического лечения. Для общего представления о морфологическом состоянии исследуемой ткани, полученные гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином. Более детализированную картину, характеризующую воспалительный и атрофический процессы, получали после окраски по методу ван Гизона и Маллори-Генденгайна.

Результаты и обсуждение

Динамическое наблюдение за больными показало, что адаптация к предложенной конструкции полного съёмного зубного протеза протекала в среднем в течение 7–14 суток, после чего пациен-

ты отмечали удовлетворительное функциональное состояние зубочелюстного аппарата. При осмотре в указанные промежутки времени больные жалоб не предъявляли, состояние протезов удовлетворительное.

Результаты функциональных жевательных проб по С.Е. Гельману, что в обеих группах в процессе пользования протезами происходит повышение жевательной эффективности до максимальной величины к 12 месяцам после протезирования (табл. 3-4). Однако, в первой группе функция жевания восстанавливалась в большем объёме, превышая в 1,5 раза показатели второй группы. Дальнейшие наблюдения показали снижение достигнутых показателей после протезирования съёмными протезами из акриловой пластмассы, что следует объяснить прогрессирующим атрофическим процессом протезного ложа, увеличением с течением времени несоответствия протеза опорным структурам и отсутствием аналогичных процессов у больных первой группы.

Сравнительный анализ точности соответствия рельефа протезного ложа базису конструкции показал, что толщина корректирующего слоя после получения функциональных слепков в проекции вершины, вестибулярной и оральной поверхностей альвеолярного отростка составляла в первой группе $0,18 \pm 0,55$ мм и оставалась на этом уровне в отдалённые сроки наблюдения, что в совокупности с данными рентгендиагностики, свидетельствующими об отсутствии убыли костной ткани, и патоморфологическими исследованиями слизистой оболочки протезного ложа указывающими на отсутствие признаков хронического воспаления, позволил сделать вывод о минимальном прогрессирующем атрофии опорных тканей протезного ложа в процессе функционирования протезов.

Состояние тканей протезного ложа у лиц второй группы характеризовалось наличием призна-

Таблица 3
Жевательная эффективность у больных первой группы после ортопедического лечения, %, (n=53)

Виды протезирования	Кол-во больных	Сроки наблюдения						
		2 суток	7 суток	1 мес	6 мес	12 мес	24 мес	36 мес
Полное съёмное протезирование верхней челюсти	24	21,94±0,34	34,14±0,98	44,74±0,65	51,72±0,85	55,65±0,87	56,72±0,65	55,29±0,45
Полное съёмное протезирование нижней челюсти	16	19,95±0,26	30,53±0,56	42,12±0,24	47,35±0,54	51,11±0,54	49,54±0,45	50,13±0,05
Полное съёмное протезирование обеих челюстей	13	17,01±0,97	28,62±0,43	34,23±0,05	40,95±0,15	45,05±0,23	43,34±0,26	46,65±0,65

Таблица 4
Жевательная эффективность у больных второй группы после ортопедического лечения, %, (n=30)

Виды протезирования	Кол-во больных	Сроки наблюдения						
		2 суток	7 суток	1 мес	6 мес	12 мес	24 мес	36 мес
полное съёмное протезирование верхней челюсти	10	24,14±0,87	27,53±0,72	31,26±0,09	36,14±0,53	40,31±0,74	38,25±0,05	33,42±0,75
полное съёмное протезирование нижней челюсти	10	21,03±0,48	23,09±0,46	28,73±0,05	30,53±0,83	34,32±0,36	32,63±0,98	30,53±0,02
полное съёмное протезирование обеих челюстей	10	20,43±0,26	22,41±0,76	24,02±0,52	29,59±0,13	32,18±0,13	30,64±0,05	28,43±0,05

ков хронического воспаления (рис. 2), патоморфологическое исследование слизистой оболочки показало, что с увеличением срока пользования протезами нарастали изменения, характеризующиеся утолщением эпителиального пласта и истончением собственной пластинки, постепенным исчезновением зернистого и рогового слоёв, выраженной картиной акантоза, увеличением в соединительной ткани количества инфильтратов из лимфоидных, плазматических клеток и гистиоцитов. В результате оценки атрофии опорных тканей протезного ложа выявлено, что толщина корригирующего слоя через 12 мес после протезирования составляла $0,3 \pm 0,9$ мм и далее увеличивалась до $0,4 \pm 0,7 - 0,5 \pm 1,0$ мм (в различных отделах протезного ложа).



Рис. 2. Состояние слизистой оболочки протезного ложа протезоносителя полного съёмного зубного протеза с базисом из акриловой пластмассы

Больная С., 28 лет, DS: Полная вторичная верхнечелюстная и нижнечелюстная адентия, атрофия альвеолярных отростков и тел челюстей. Наблюдается у гематолога по поводу нейтропении (рис. 3). Зубы удалены в разные сроки по поводу парадонтолиза. С целью восстановления жевательной эффективности трижды были попытки изготовления съёмных пластинчатых зубных протезов, эффекта не наступило. Больной вы-



Рис. 3. Состояние полости рта больной С. до ортопедического лечения.



Рис. 4. Ортопантомограмма больной С. после реконструкции альвеолярных отростков верхних и нижней челюстей

полнена реконструкция альвеолярных отростков верхних и нижней челюстей остеогенной тканью (патент РФ № 2180812) с увеличением высоты на 8–10 мм (рис. 4). На десятый день после операции изготовлены полные съёмные верхнечелюстной и нижнечелюстной протезы согласно разработанной технологии (рис. 5). При осмотре через 3 года больная жалоб не предъявляла, состояние протезов удовлетворительное.

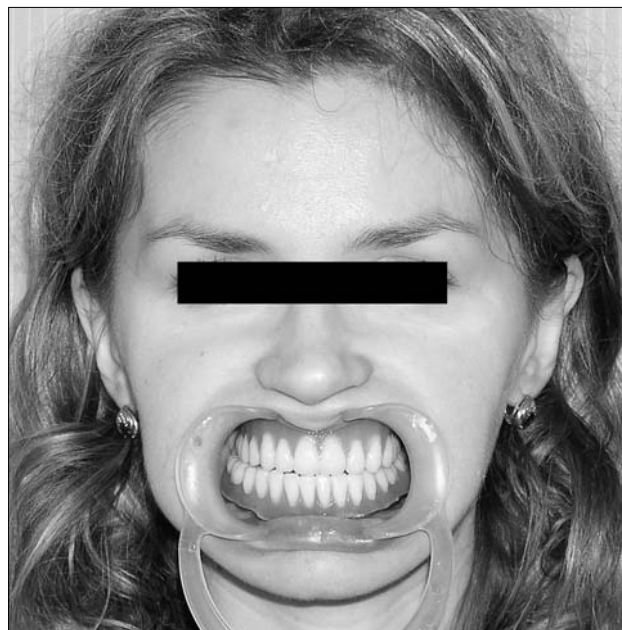


Рис. 5. Зубные протезы в полости рта больной С.

Больной Ю., 6 лет, DS: Эктодермальная ангиодротическая дисплазия (синдром Криста — Сименса — Турена), полная первичная верхнечелюстная и нижнечелюстная адентия (рис. 6). Родился от первой беременности у клинически здоровых родителей. На рентгенограмме зачатков временных и постоянных зубов не выявлено (рис. 7). Двукратные попытки съёмного зубного протезирования не удовлетворительны. Изготовлены полные съёмные верхнечелюстной и нижнечелюстной протезы согласно разработанной технологии (рис. 8). При осмотре через 1,5 года больной жалоб не предъявлял, состояние протеза удовлетворительное, ребёнок постоянно пользуется протезами, посещает общеобразовательную школу.

Таким образом, клиническая апробация предложенной конструкции полных съёмных зубных протезов показала высокую их эффективность,



Рис. 6. Состояние полости рта больного Ю. до ортопедического лечения.



Рис. 7. Ортопантограмма больного Ю. до ортопедического лечения.

что позволяет на качественно новом уровне решить проблему реабилитации больных с полной адентией. Благодаря использованию сверхэластичного сплава на основе никелида титана как основного конструкционного материала, контак-



Рис. 8. Зубные протезы в полости рта больного Ю.

тирующего с тканями протезного ложа, дало возможность уменьшить толщину базиса до 0,3 мм, получить функционально-адаптированную для пациента ортопедическую конструкцию с сохранением температурного восприятия протезного ложа, близкую по физико-механическим свойствам к параметрам организма. Отсутствие макросдвигов на поверхности соприкосновения протеза с протезным ложем устраняет воспалительную реакцию слизистой оболочки и формирует равномерное распределение жевательного давления на мало, средне и хорошо податливые ткани, увеличивая эффективную площадь опорных структур. Всё выше отмеченное, в совокупности с биохимической и биомеханической совместимостью никелида титана с тканями организма, сокращает сроки адаптации к протезам и предотвращает прогрессирование атрофии тканей протезного ложа.

COMPLETE REMOVABLE DENTAL PROSTHETICS WITH THE USE OF THE MATERIALS WITH THE MEMORY OF FORM

V.G. Galonsky, A.A. Radkevich

(Scientific Research Institute for medical Problems of the North. Siberian Department of RAMS)

There have been presented the results of orthopedic treatment of complete adentia in 53 patients with the use of prosthetic device with superelastic basis, made of nickelide titanium, which excludes the contact of plastic parts with the tissues of prosthetic bed. The advantages of the developed technology of prosthesis, in comparison with the traditional ones, have been described.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. с. 1194409 СССР, МКИ А 61 С 13/00. Съёмный протез для беззубой верхней челюсти / С. Б. Каливраджиян, Э. С. Каливраджиян (СССР). Заявл. 05.12.1983. Оpubл. 30.11.1985. Бюл. № 44.
2. А. с. 1496791 СССР, МКИ А 61 С 13/00. Съёмный протез беззубой челюсти / А. В. Павленко, Я. С. Купчак (СССР). Заявл. 10.07.1987. Оpubл. 30.07.1989. Бюл. № 28.
3. А. с. 1554906 СССР, МКИ А 61 С 13/00. Зубной протез Я. М. Г. Адигезалова при полном отсутствии зубов / Я. М. Г. Адигезалов (СССР). Заявл. 07.08.1987. Оpubл. 07.04.1990. Бюл. № 13.
4. А. с. 1706605 СССР, МКИ А 61 С 13/00. Съёмный протез для беззубой челюсти / К. Ш. Дамаданов, Ш. И. Дамаданов (СССР). Заявл. 25.12.1989. Оpubл. 23.01.1992. Бюл. № 3.
5. А. с. 1722485 СССР, МКИ А 61 С 13/00. Съёмный зубной протез / А. Ф. Терёхин (СССР). Заявл. 13.04.1990. Оpubл. 30.03.1992. Бюл. № 12.

6. Базиян Г. В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР, прогнозирование и планирование развития стоматологической помощи: Автореф. дисс. ...д-ра. мед. наук. — М., 1971. — 35 с.

7. Галонский В. Г. Медико-организационные подходы к совершенствованию ортопедической стоматологической помощи населению на муниципальном уровне (по материалам г. Иркутска): Дисс. ...канд. мед. наук. — Иркутск, 2002. — 199 с.

8. Гюнтер В. Э. Сплавы и конструкции с памятью формы в медицине: Дис. ... д-ра техн. наук. — Томск, 1989. — 356 с.

9. Гюнтер В. Э., Г. Ц. Дамбаев, П. Г. Сысолятин и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы — Томск: Изд-во ТГУ, 1998. — 487 с.

10. Заявка на изобретение № 2006110441/14(011360), Российская Федерация, МПК А 61 В 5/00, 5/12. Способ оценки атрофии опорных тканей протезного ложа / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич. Заявл. 13.03.2006.

11. Калинина Н. В., В. А. Загорский. Протезирование при полной потере зубов. — М.: Медицина, 1990. — 224 с.

12. Нападов М. А., А. Л. Сапожников. Протезирование больных с полным отсутствием зубов. — Киев: Здоровье, 1972. — 182 с.

13. Пат. № 2162667, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/20, А 61 К 6/04. Литейный стоматологический сплав / Заявители и патентообладатели В. Э. Гюнтер, П. Г. Сысолятин, Ф. Т. Темерханов, В. Н. Ходоренко и др. Заявл. от 27.04.1999. Оpubл. 10.02.2000.

14. Пат. № 2270636, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/007. Полный съёмный зубной протез верхней челюсти / Заявители и патентообладатели А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер, В. Г. Галонский. Заявл. от 30.07.2004. Оpubл. 27.02.2006. Бюлл. № 6.

15. Садыков М. И. Результаты анализа неудовлетворительных исходов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов // Материалы 5-го Российского научного форума «Стоматология 2003». — М., Авииздат, 2003. — С. 147–155.

© ХЫШИКТУЕВ Б.С., ОСТРОВСКАЯ В.Ф. — 2007

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕПАРАТОМ ДИМЕФОСФОН ПО ДАННЫМ РЕОПАРОДОНТОГРАФИИ

Б.С. Хышиктуев, В.Ф. Островская

(Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В.Говорин, кафедра биологической химии с курсами биоорганической химии и клинической биохимии, зав. — д.м.н., проф. Б.С. Хышиктуев)

Резюме. Изучены показатели гемодинамики: реографический индекс (РИ), показатель тонуса сосудов (ПТС), индекс эластичности сосудистой стенки (ИЭ) и индекс периферического сопротивления (ИПС) у 41 пациента с заболеванием пародонта, которым проводили разные методы лечения. Установлено, что добавленный в схему лечения 15 % водный раствор димефосфона, более эффективно купирует воспалительный процесс в пародонте, чем традиционная терапия. Об этом свидетельствуют изменения гемодинамики, характеризующиеся снижением РИ, ПТС, ИПС и повышением ИЭ. Положительный эффект димефосфона при пародонтите связан с его мембранопротекторными и антигипоксическими свойствами.

Ключевые слова. Репародонтография, пародонтит, пожилой возраст.

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, варьирующая от 85% до 98% в старшей возрастной группе населения, свидетельствует о значительной актуальности данной проблемы в стоматологии [5,6]. Наиболее часто встречающейся нозологической формой указанной патологии является пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости [8].

Ряд авторов, роль первопричины отводит микробному фактору и нарушению окклюзионных взаимоотношений [8,11]. Однако, часто у лиц пожилого возраста, назначение антибактериальной терапии, устранение супраконтактов не приводит к излечению пародонтита и удлинению периода ремиссии, а лишь ведут к снижению выраженности воспалительной реакции [4].

Многочисленные исследования указывают на важную роль в патогенезе заболеваний пародонта нарушений микроциркуляции, сопровождающихся структурно-функциональными изменениями тканей пародонта на фоне выраженной гипоксии [12,13]. Состояние гипоксии способствует интенсификации свободнорадикальных процессов, вызывающих повреждение клеточных и субклеточных мембран [2].

В связи с этим применение фармакологических средств, обладающих антигипоксическими, антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами, может оказаться весьма эффективным в лечении воспалительных заболеваний пародонта [1,7]. Одним из препаратов, нормализующим кислотно-основное состояние при ацидозах различной этиологии, усиливая метаболизм, является димефосфон. Он обладает мембраностабилизирующим и противовоспалительным действием. При наружном применении димефосфон оказывает антисептическое действие, повышает защитные функции кожи и слизистых оболочек. Данный препарат способен связывать свободные радикалы, запуская цепные реакции перекисного окисления липидов [3].

Цель работы: изучить влияние 15% водного раствора димефосфона на показатели гемодинамики тканей пародонта в комплексной терапии больных пародонтитом.

Материалы и методы

На базе госпиталя для ветеранов войн, где пациенты проходили общесоматическое лечение, был