

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ КАРИЕСА БЕСПРЕПАРОВОЧНЫМ МЕТОДОМ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

И.В. Захарова, Н.В. Курякина

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Особенность стоматологического вмешательства у детей с различными формами церебрального паралича состоит в том, что план лечебных манипуляций должен строиться с учетом специфики нервно-мышечной патологии. Методы и способы, которые позволяют проводить препарирование кариозных полостей без применения бормашини немногочисленны и не всегда доступны.

Разработан и исследован лекарственный фитопрепарат, который позволяет достигать более высокий результат лечения деструктивных форм кариеса у пациентов с детским церебральным параличом в сравнении с традиционными методами лечения.

Эпидемиологическое обследование детей с психоневрологической патологией подтверждает факт высокой распространенности у них кариеса зубов (81,5%), причем у половины – множественные поражения [1]. Кроме этого, отмечено, что у детей с тяжелым течением заболеваний или выраженной степенью умственной отсталости частота кариеса более высокая, течение процесса острое [3].

Среди пациентов с детским церебральным параличом больные с гиперкинетической формой в клиническом аспекте являются наиболее тяжелым контингентом вследствие выраженных произвольных движений головой, нижней челюстью, судорожных движений мускулатуры лица и языка [2, 4, 8], что исключает у них возможность применения бор-машини для препарирования кариозных полостей. Особенность стоматологического вмешательства у детей с гиперкинетической формой церебрального паралича состоит в том, что план лечебных манипуляций должен строиться с учетом специфики нервно-мышечной патологии и методы и способы, которые позволяют проводить препарирование кариозных полостей без применения бормашини немногочисленны и не всегда доступны.

В связи с этим нами был разработан и исследован лекарственный фитопрепарат, который позволил бы безболезненно удалять некротизированный дентин без бормашини.

Целью нашего исследования стало изучение эффективности лечения деструктивных форм кариеса у пациентов с детским церебральным параличом с использованием многокомпонентного лекарственного фитопрепарата.

Материалы и методы

Нами разработан многокомпонентный фитопрепарат на основе 40%

спиртовых настоек календулы, чистотела, тысячелистника и экидистерона, который оказывает хороший обезболивающий эффект, имеет мощное антибактериальное влияние, обладает противовоспалительным и пластикостимулирующим свойствами. Компоненты, использованные нами, при смешивании не вступают в химическое взаимодействие между собой, а взаимно потенцируют фармакологическое действие друг друга.

Эффективность лечения деструктивных форм кариеса в клинических условиях оценивали по результатам наблюдения за 162 больными в возрасте от 3 до 20 лет, у которых вылечено 223 зуба.

В зависимости от вида лечения все больные были распределены на две группы: основная группа 112 человек (152 зуба) и контрольная группа 50 человек (71 зуб). Пациенты основной группы имели разные формы детского церебрального паралича (ДЦП) по классификации К.А. Семеновой (1978 г.).

Из общего числа зубов 52 было с хроническим глубоким кариесом, 43 зуба - с хроническим средним кариесом, 72 - с острым глубоким кариесом и 56 зубов - с острым средним кариесом.

Методика лечения кариеса в основной группе состояла в следующем: в кариозную полость вносили тампон, смоченный изучаемым препаратом, на 5-7 минут, извлекали некротизированный дентин, проводили медикаментозную обработку полости, используя этот же лекарственный препарат. Дальнейшее лечение проводили по общепринятой методике используя в качестве лечебной прокладки, в случае глубокого поражения и острого среднего кариеса, пасту на основе изучаемого фитопрепарата, замешанную *ex tempore* на окиси цинка непосредственно перед применением. Поверхность эмали вокруг пломбы покрывали фторлаком. В качестве материала для постоянной пломбы использовали стеклоиономер фуджи-филл.

Методика лечения кариеса зубов у лиц контрольной группы (практически здоровых) была традиционной. Для препарирования кариозной полости использовали турбинную бор-машину.

Для изучения влияния фитопрепарата на пульпу зубов проводили измерение электровозбудимости до лечения, после обработки полости фитопрепаратом и через 30 дней после лечения. Поскольку результаты в основной и контрольной группах до лечения не имели существенных различий, их учитывали вместе.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных нами данных показал, что в ряде случаев электровозбудимость пульпы отклоняется от средних показателей характерных для различных форм кариеса. Так средний показатель ЭОД при остром глубоком кариесе составил $28,9 \pm 3,4$ мкА, при хроническом глубоком кариесе - $24,7 \pm 3,3$ мкА, $20,2 \pm 3,2$ мкА и $19,9 \pm 3,8$ мкА при остром и хроническом среднем кариесе соответственно. Этот факт можно объяснить наличием тесной зависимости между показателями электровозбудимости и степенью сформированности корней. Показатели электровозбудимости приближаются к физиологической норме к моменту полного формирования корней. Наряду с указанными закономерностями в некоторых случаях было отмечено повышение электровозбудимости пульпы на токи 2 мкА, что всегда сопровождалось определенной клинической симптоматикой в виде обильного отложения зубного камня и гингивита. Эти показатели электровозбудимости подтверждаются в работах других исследователей [2].

С целью выявления обезболивающего эффекта изучаемого препарата

проводили измерение электровозбудимости пульпы до и после обработки полости указанным препаратом.

При анализе указанных данных отмечено снижение ЭОД пульпы после обработки кариозных полостей фитопрепаратом в сравнении с данными до лечения. Так, электровозбудимость в зубах с острым глубоким кариесом на жевательных поверхностях снизилась на $15,3 \pm 1,6$ мкА, в пришеечных - на $10,7 \pm 0,7$ мкА, на апроксимальных – на $12,5 \pm 1,6$ мкА. В полостях при хроническом глубоком кариесе на $9,8 \pm 2,0$ мкА, $7,2 \pm 0,8$ мкА, $7,8 \pm 0,6$ мкА соответственно. В зубах с диагнозом острый средний кариес снижение электровозбудимости при обработке кариозных полостей произошло на $13,5 \pm 2,5$ мкА и $8,1 \pm 2,1$ на жевательных и апроксимальных поверхностях соответственно, в пришеечных полостях – на $8,7 \pm 2,1$ мкА. В зубах с диагнозом хронический средний кариес в пришеечных областях электровозбудимость снизилась на $7,1 \pm 3,6$ мкА, жевательных и апроксимальных – на $9,6 \pm 4,0$ и на $7,9 \pm 1,2$ соответственно.

Следовательно, наиболее выраженный анестезирующий эффект отмечен в зубах с кариозными полостями на жевательной поверхности. Этот факт, очевидно, связан с лучшими условиями фиксации вносимого на тампоне средства, и соответственно большей эффективностью воздействия лекарственного компонента. Снижение электровозбудимости пульпы зубов с диагнозом острого глубокого кариеса значительнее в сравнении с острым средним кариесом. В зубах же с хроническим течением кариозного процесса отмечена обратная вышеописанным результатам закономерность. Последнее, очевидно, связано с более выраженной облитерацией дентинных канальцев и наличием более выраженного слоя заместительного дентина при хроническом среднем кариесе, что нашло отражение в степени диффузии изучаемого состава в ткани зубов.

Для оценки результатов лечения определяли состояние пульпы до лечения и через 30 дней после лечения. Поскольку результаты в основной и контрольной группах до лечения не имели существенных различий, их учитывали вместе.

Через 30 дней после лечения и в основной и в контрольной группах показатели ЭОД были снижены. Так, в зубах с острым глубоким кариесом снижение электровозбудимости в полостях на жевательной поверхности произошло на $26,2 \pm 1,6$ мкА; в пришеечных – на $16,0 \pm 0,7$ мкА, в апроксимальных – $19,4 \pm 1,6$ мкА. В полостях при остром среднем кариесе на $22,5 \pm 2,5$ мкА, $14,9 \pm 2,3$ мкА, $8,1 \pm 2,1$ мкА соответственно, с хроническим средним кариесом – на $18,4 \pm 3,2$ мкА, на $13,7 \pm 3,4$ мкА, на $14,4 \pm 0,8$ соответственно. В зубах с диагнозом хронического глубокого кариеса цифровые показатели в жевательных полостях возросли на $18,3 \pm 2,0$ мкА, в апроксимальных – на $12,2 \pm 0,6$ мкА. В контрольной группе снижение электровозбудимости пульпы зуба было менее существенным.

Эффект изучаемого средства в зубах с хроническим кариозным процессом ниже в сравнении с зубами при остром течении кариеса, что можно объяснить меньшей выраженностью склеротизации дентина, и вследствие этого лучшим проникновением составных компонентов изучаемого препарата по дентинным канальцам к пульпе при остром течении кариозного процесса. При хроническом среднем кариесе электровозбудимость пульпы снижалась на меньшую величину, чем при хроническом глубоком кариесе, что, очевидно, связано с более выраженной облитерацией дентинных канальцев и наличием более выраженного слоя заместительного дентина при хроническом среднем кариесе, что нашло отражение в степени диффузии изучаемого состава в ткани зубов.

При изучении результатов повторных осмотров отмечено, что более высокий уровень негативных результатов лечения наблюдается в основной группе в сравнении с контрольной и особенно в зубах нижней челюсти. Указанное очевидно можно объяснить трудностью изоляции кариозной полости от слюны у пациентов с детским церебральным параличом. В среднем эффективность лечения у лиц основной группы составило $84,8 \pm 3,4\%$ в контрольной группе – $76,0 \pm 6,04\%$. Осложнения лечения зубов отмечались в виде рецидива кариеса и выпадения пломб. Чаще они встречались при среднем кариесе, чем при глубоком. Так выпадение пломб у лиц основной группы наблюдали в $3,6 \pm 1,74\%$ случаев, вторичный кариес – в $3,0 \pm 1,51\%$ случаев. В контрольной группе указанные показатели соответственно составили $2,7 \pm 1,97\%$ и $5,03 \pm 1,94\%$ случаев.

Выводы

В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что предложенное новое эффективное лекарственное средство оказывает более выраженную клиническую эффективность при лечении указанной патологии в сравнении с традиционными методами лечения, что дает возможность рекомендовать фитопрепарат к клиническому применению при лечении деструктивных форм кариеса у лиц с различными психоневрологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байжанов Б.Б. Актуальные вопросы организации стоматологической помощи в детских психоневрологических учреждениях / Б.Б. Байжанов // Стоматология. – 1980. - №3 – С. 56-58.
2. Джафарова А.Д. Электроодонтодиагностика в клинике детской стоматологии / А.Д. Джафарова // Стоматология, 1967. - №2. – С. 92-94.
3. Ланкин Б.Н. Распространенность кариеса у умственной отсталых детей и организация им стоматологической помощи / Б.Н. Ланкин, И.М. Высочанский // Здравоохран. Рос. Федерации, 1983. - №4. – С. 44-45.

APPLICATION OF A HERB-BASED MEDICINE IN TREATMENT OF DESTRUCTIVE TYPES OF CARIES WITHOUT USE OF A BUR MACHINE IN THE PATIENTS WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

I.V.Zakharova, N.V.Kuryakina

The specific feature of dental interference in children with different types of infantile cerebral paralysis lies in the fact that the plan of therapeutic manipulations should be made with taking into account specificity of neuro-muscular pathology. Methods and means, which allow to treat carious cavities without application of a bur are not numerous and not always available.

A herb-based medicine has been invented, which allows to achieve better results of destructive types of caries in the patients with infantile cerebral paralysis in comparison with conventional methods of treatment.

