

3. Следует отметить, что благодаря наличию в геле смазочных веществ значительно облегчается движение инструментов в корневых каналах.
4. Важнейшим качеством Glyde является способность к химическому расширению корневого канала.
5. Glyde предотвращает риск заклинивания и поломки эндодонтических инструментов.
6. По сравнению с другими гелями, содержащими ЭДТА, гель Glyde легко вводится в корневой канал.
7. Следует также отметить отбеливающий эффект геля Glyde, что немаловажно в работе с периодонтитными зубами.
8. Гель Glyde необходимо использовать при распломбировке и перепломбировке корневых каналов.
9. При прохождении и инструментальной обработке корневых каналов гель Glyde рекомендуется использовать в 100% случаев.

Литература:

1. Базикян Э.А., Волчкова Л.В., Лукина Г.И. Практическое руководство по эндодонтии / М., Практическая медицина, — 2007, —112с.:ил.
2. Данилевский М.Ф., Сидельникова А.Ф., Рахний Ж.И. Пульпит / Киев, Здоровья, 2003, — 166С.
3. Клиническая эндодонтия. Эндодонтическое лечение, obturация корневых каналов / Под ред. Скрипниковой Т.П. / Полтава, Legat, —2000, —51 С.;ИЛ.
4. Andreeescu C., Ioniță R. Curs de odontologie, București, Editura Cerma, —2001,—139р.
5. Gafar M., Iliescu A. Odontologie, București, Editura Medicală, —1998,—231р.
6. Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский и др., М., Медицина, 2002, —736с.
7. Терапевтическая стоматология. Избранные разделы / Под ред. Е.В. Боровского. — М., Стоматология, 2005, — 224с.
8. М.Белогород, Применение ультразвука в эндодонтии. DentArt, 2008,4, стр 20–26.
9. V.Burlacu, V.Fala. Secretele endodontologiei clinice: Ghid practic./.:Ch.: CCRE”PRESA”,2007.– 132 p.
10. В.В.Николайчук, А.Б.Терехов, К.И.Нэстасе. Эндодонтия / практическое пособие/;– Ch.: Vector, 2009.–208 p.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЛКОСЕРИЛ — ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ ПАСТЫ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА

Rezumat

Tratamentul cu pastă dentală adezivă Solcoseril s-a efectuat la 67 pacienți cu parodontită marginală cu diferit grad de gravitate (ușor, mediu și grav). Preparatul se introducea cu ajutorul capelor elastice, care au fost individual confecționate, în care preventiv se aplica pasta. Apoi capetele se fixau în cavitatea bucală pe termen de 15–20 minute. Cura de tratament a durat 7 zile, procedurile se efectuau peste o zi. Folosirea preparatului a permis de a depista un rezultat clinic benefic, ce ne permite să recomandăm pentru tratamentul leziunilor parodontale.

Summary

USAGE OF SOLCOSERYL — DENTAL ADHESIVE PASTE IN THE TREATMENT OF CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS

The treatment with Solcoseryl — dental adhesive paste was performed on 67 patients with marginal periodontitis of mild, medium, severe forms. The paste was applied before hand in individual prepared elastic trays, then fixed in the oral cavity for 15–20 minutes. The cure of treatment was about 7 days, the procedures was done once in two days. Usage of this remedy has shown good clinical effects, that will permit to recommend it in the treatment of periodontal diseases.

Введение

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем стоматологии.

На сегодняшний день в литературе описан ряд этиологических факторов заболеваний, выяснены многие аспекты механизма развития процесса. Предложено большое количество рациональных методов лечения, намече-

**Валентина Николайчук,
Наталья Сенчакович,
Елена Шевченко**

*Кафедра
терапевтической
стоматологии*

ны пути профилактики. По данным ВОЗ заболевания пародонта широко распространены среди населения земного шара. Ранние проявления заболеваний пародонта воспалительного характера зарегистрированы в возрасте от 10 до 20 лет, 80% детей страдают гингивитом. Выраженные деструктивные изменения в пародонте с вовлечением в процесс костной ткани чаще выявляются у лиц старше 40 лет. В структуре пародонтальных заболеваний преобладают воспалительные — гингивит и пародонтит. Около 90% случаев составляет катаральный гингивит. Пародонтоз составляет около 4–5% от всех заболеваний пародонта[1].

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, значительные изменения в зубочелюстной системе больного, которые приводят в конечном итоге к потере зубов. При этом отмечаются нарушения жевательной эффективности, наступает инвалидизация больных. У них нарушается функция пищеварения, психоэмоциональное состояние, снижается резистентность организма к действию инфекции. Все это делает описываемую проблему социальной и общемедицинской.

В основе патогенеза заболеваний пародонта лежит повреждение клеток, повышение содержания биологически активных веществ — медиаторов и модуляторов воспаления; расстройства микроциркуляции; повышение сосудисто-тканевой проницаемости (экссудация и клеточная инфильтрация); деполимеризация основного вещества соединительной ткани десны, разрушение коллагена, нарушение транс — капиллярного обмена и вторичная гипоксия. Замедляется кровоток, и образуются тромбы. Повышается активность тканевой и микробной гиалуронидазы. Нарушаются процессы регенерации, образуется патологическая грануляционная ткань. С усилением воспаления отмечаются и иммунологические сдвиги.

Поэтому остается актуальным изыскание средств, способствующих улучшению кровоснабжения и восстановлению нарушенного обмена в тканях пародонта. Нами было принято решение использовать в лечении маргинального хронического пародонтита активатор клеточного метаболизма препарат Солкосерил — дентальную адгезивную пасту.

Цель данной работы: клиническое исследование эффективности применения Солкосерил — дентальной адгезивной пасты в лечении хронического генерализованного пародонтита.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение с применением Солкосерил — дентальной адгезивной пасты 67 пациентов (35 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 25 до 55 лет. При этом, с легкой степенью пародонтита принято — 10 больных, с пародонтитом средней тяжести — 46 больных, и с пародонтитом тяжелой степени — 11 больных.

Контролем служила группа больных, получивших традиционное лечение.

Solcoseryl — Dental Adhesive Paste (Солкосерил — дентальная адгезивная паста) относится к фармакологической группе ангиопротекторов и корректоров микроциркуляции, антигипоксантов и антиоксидантов, а также — регенерантов. Препарат содержит целый спектр естественных низкомолекулярных веществ: гликолипидов, нуклеозидов, нуклеотидов, аминокислот, олигопептидов, незаменимых микроэлементов, электролитов и промежуточные продукты углеводного и жирового обмена[2–4].

Паста выпускается в тубах по 5 г. Паста содержит на 1 грамм:

- депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят, стандартизированный химически и биологически — 2,125 мг;
- полидоканол 600 — 10 мг;
- консерванты: метилпарагидроксибензоат (E218) — 1,8 мг; проилпарагидроксибензоат (E216) — 0,2 мг;
- вспомогательные вещества: натрия карбоксиметилцеллюлоза — 22,875 мг; масло мяты перечной — 2,925 мг; ментол — 0,075 мг;
- основа пасты: натрия карбоксиметилцеллюлоза; желатин; пектин; полиэтилен 350; жидкий парафин — 960 мг.

Паста бледно бежевая, зернистая однородная, легко распределяющаяся масса с запахом перечной мяты.

Фармакологическое действие пасты — ранозаживляющее, антигипоксическое, мембраностабилизирующее, ангиопротективное и цитопротективное. Паста повышает потребление кислорода клетками ткани, нормализует процессы метаболизма, улучшает транспорт глюкозы, стимулирует синтез АТФ и тем самым ускоряет регенерацию клеток и тканей. Препарат стимулирует ангиогенез, способствует ревазуляризации ишемизированных тканей, созданию благоприятных условий для синтеза коллагена и роста свежей грануляционной ткани. Кроме того, препарат ускоряет реэпителизацию, а также обладает мембраностабилизирующим и цитопротективным эффектом.

После нанесения пасты, она образует защитный лечебный слой на слизистой оболочке полости рта и предохраняет ее от механических и химических повреждений в течение 3–5 часов, выполняя функции лекарственной повязки. Она также обладает быстрым, но продолжительным местным обезболивающим эффектом. Боль купируется через 2–5 минут и обезболивание сохраняется в течение 3–5 часов. Это происходит за счет входящего в состав пасты полидоканола 600. Это местный анестетик, действующий в области периферических нервных окончаний, вызывая их обратимое блокирование.

Производитель рекомендует применять пасту при лечении гингивитов, пародонтитов, после оперативных вмешательств, установки имплантов, удаления зубного камня, при протезных от зубных протезов, альвеолите, стоматите, при пучечке, афтах и заедах.

Методика проведения

В ходе наших исследований мы начинали лечение с профессиональной гигиены и тщательного удаления зубных отложений ультразвуковым скалером. Кроме того, проводилось обучение пациента правильным навыкам гигиены полости рта. На этапах лечения также проводился контроль гигиены полости рта. После удаления отложений поверхности зубов полировали циркулярными щетками с абразивными пастами.

Далее проводилась санация полости рта, устранение дефектов пломбирования и протезирования.

Медикаментозное лечение включало обязательное орошение ткани пародонта антисептическими средствами. Для орошения использовали растворы Ротокана, Ромазулана, Хлоргексидина и т.п.

Затем производилось высушивание слизистой оболочки полости рта при помощи струи воздуха из воздушного пистолета стоматологической установки.

Затем пасту тонким слоем при помощи подушечки пальца или ватной палочкой наносили на слизистую маргинальной и альвеолярной десны, а затем поверхность слегка смачивали водой и оставляли на 15—20 минут, или процедуру проводили, располагая пасту в индивидуально изготовленной капле, которую фиксировали в полости рта пациенту на 15—20 минут.

В случае необходимости по показаниям пациентам проводили временное или постоянное шинирование, избирательную пришлифовку.

Пациенты брались на диспансерный учет.

Результаты и обсуждение

Клинические наблюдения пациентов на этапах лечения и после курса лечения с применением дентальной адгезивной пасты Солкосерил позволило

констатировать, что курс лечения данной пастой составлял в среднем 7—9 посещений (в основной группе) против 12—14 посещений при традиционных методах лечения (контрольная группа). Анализ клинических показателей на этапах лечения свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта в виде снижения воспалительных процессов, уменьшения кровоточивости десен и болевых ощущений уже после 2—3 посещения.

После проведенного курса лечения у 64 больных десневой край, десневые сосочки и альвеолярная десна приобретали бледно-розовый цвет, уплотнялись. Отмечалось уменьшение пародонтальных карманов, прекращение выделений из них. У трех больных, страдающих сахарным диабетом, терапевтический эффект через месяц после курса лечения отсутствовал, что проявлялось возобновлением воспаления тканей пародонта.

По рентгенологическим данным у всех пациентов через 6 месяцев после проведенного лечения прогрессирование резорбции костной ткани не выявлено, что говорит о стабилизации процесса.

Выводы:

Применение нового способа лечения генерализованного пародонтита Солкосерил — дентальной адгезивной пастой, вводимой с помощью кап, демонстрирует выраженный терапевтический эффект, мы рекомендуем ее для лечения болезни пародонта. Индивидуально изготовленные эластические кап позволяют лучше дозировать и рационально использовать лекарственное вещество. Паста хорошо переносится пациентами, нами не отмечено побочных действий. Курс лечения с помощью пасты Солкосерил сокращается до 5—7 посещений.

Литература:

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. — М.: Мед. книга, Н.Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 162с.:илл.
2. <http://www.piluli.kharkov.ua/drugs/drug/1677/>
3. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/solcoseryl-dental-adhesive-paste.htm
4. Лемецкая Т.И. Заболевания тканей пародонта/ Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998 — с.109—134.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Rezumat

CLINICUL, DIAGNOSTICUL ŞI TRATAREA CANDIDOZEI MU- COASEI BUCALE

În activitatea medicului stomatolog frecvent se întîlnesc pacienţi cu candidoza mucoasei bucale. Tratamentul lor insistă folosirea paralelă a celor de acţiune locală. Folosirea preparatelor numai de acţiune locală nu provoacă efect curativ.

А.С.Кушнир,
В.З.Бурлаку, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко

Кафедра
терапевтической
стоматологии