няли таривид в дозе 20 мг/кг; в 3 группе (12 пациентов) – ципрофлоксацин в дозе 20 мг/кг; в 4 группе (10 пациентов) – абактал в дозе 15 мг/кг. Оценивали изменение фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного показателя (ФП), индекса активации фагоцитов (ИАФ), спонтанного и индуцированного зимозаном НСТ-теста, индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), функциональный резерв нейтрофилов (ФРН). Контрольную группу составили 10 здоровых доноров добровольцев.

У больных ОП 1-й группы на 1-е сутки отмечалось повышение ФП, ФЧ, НСТ-спонтанного теста, на уровне здоровых доноров оставался только стимулированный НСТ-тест. На 5, 7 и 9 сутки заболевания выявлено резкое снижение всех исследованных показателей. Таким образом, проводимая традиционная терапия, даже на 9 сутки заболевания не корригировала сниженную функциональную активность фагоцитов.

Применение фторхинолонов уже на 5-е сутки заболевания достоверно по сравнению с традиционным лечением повышала изученные показатели, но не до уровня здоровых доноров. К 9 суткам функциональная активность нейтрофилов на фоне применения фторхинолонов практически достигала показателей контрольной группы, при этом наиболее эффективным из препаратов был абактал.

Таким образом, применяемые в условиях ОП фторхинолоны оказались эффективными в отношении показателей врожденного иммунитета.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ГЕНОТОКСИКАНТОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЧЕЛОВЕКА

Лунга И.Н., Стукалов С.В.,
Травина Е.В., Златкина Э.В.
ГУ Медико-генетический научный центр РАМН, Москва

Среди разнообразных факторов, способных оказать влияние на генетически детерминированные показатели репродуктивной функции человека, особое внимание уделяется экологической обстановке. Для городских жителей существенное значение в этом аспекте могут иметь условия их профессиональной деятельности, занимающей значительные временные периоды.

В данном исследовании было предпринято сравнительное изучение, ретроспективным методом, наличия контактов с профессиональными вредностями в семьях, где имеются спонтанные прерывания беременности на ранних сроках развития (рСА), а так же в семьях, где воздействия производственных генотоксикантов не отмечены.

Методом учета рСА явилось интервьюирование женщин по специально разработанному нами опроснику. Случайность выборки определялась тем, что в нескольких женских консультациях г. Москвы были опрошены безвыборочно женщины репродуктивного периода в независимости от причин обращаемости в консультацию. Метод обеспечил сбор максимального количества информации о рСА, позволяющей выяснить диагностику рСА, информацию об акушерско-гинекологическом анамнезе женщины, сведения о медикаментозном лечении, сведения о профессиональном маршруте опрашиваемой и маршруте ее супруга. Данные из опросника были переведены в закодированном виде для обработки на персональном компьютере. Наличие профессиональных вредностей определяли только в случаях получения на работе льгот (ранний выход на пенсию, удлиненный отпуск, укороченный рабочий день, специальное питание). Лица, работавшие на вредном производстве, Но не имевшие льгот, были отнесены в контрольные группы. Из проведенного анализа по профессиональным нагрузкам изучаемого контингента стало очевидным, что рассматриваемая проблема урбанизации является весьма актуальной, так как в данной выборке в той или иной степени «загруженными» оказались 37,9% от общего объема выборки. В изученной выборке были даны характеристики различным видам воздействия производственных генотоксикантов и определена их доля.

Статистически значимые различия частот изучаемых признаков в исследуемых группах оценивали с использованием преобразования критерия Фишера. При анализе встречаемости рСА в зависимости от профессиональной нагрузки у женщины и мужчины получены высоко достоверные отличия во всех экспонированных группах по сравнению с контрольными.

В связи с тем что, используемый способ сбора данных представляется весьма трудоемким, имеется ограниченное количество работ этого уровня. Однако представляется возможным провести частичное сравнение полученных данных с результатами работы, выполненной в Канаде, где было обнаружено повышение общего количества спонтанных абортов над теоретически ожидаемых у женщин, чьи мужья имели определенные профессии, эти данные созвучны нашим результатам.

Исследование поддержало РФФИ (грант № 02-04-48418 а).

МАТРИЦА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ КАРИОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ПОЗВЛЯЮЩАЯ ИЗБЕЖАТЬ ВЕРОЯТНЫЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Маланьин И.В., Глущенко М.А.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

В стоматологической практике широко используют различные устройства (матрицы), служащие для временного восстановления отсутствующей стенки зуба во время пломбирования кариозной полости, что является необходимым условием для изготовления качественной функциональной пломбы. Матрицы предназначены для облегчения формирования пломбы при воссоздании внешней формы зуба. Они защи-

щают краевой пародонт от избыточного пломбировочного материала и, тем самым, от травмы тканей пародонта. Вместе с тем, при контурировании пломбировочного материала в придесневой области могут возникнуть изменения пародонта вследствие образования бляшки. К тому же, в этой области может развиваться вторичный кариес. Ни одна из матричных систем не обеспечивает такой плотной посадки на зуб, чтобы предотвратить избыточное наполнение пломбировочного материала (Э. Хельвиг, Й. Климек, Т. Аттин.: Терапевтическая стоматология 1999, стр.186). Поэтому разработка новых приспособлений (матричных систем), служащих для временного восстановления отсутствующей стенки зуба во время пломбирования кариозной полости является актуальной в настоящее время.

Целью данной работы явилось повышение качества пломбирования комбинированных кариозных полостей с нарушением целостности угла коронки, предотвращение пародонтологических осложнений.

Предложенная нами матрица для пломбирования комбинированных кариозных дефектов выполнена в форме эллипса, полая, эластичная. Её устанавливают на межзубной промежуток. Матрица имеет подводимую от компрессора трубку для обеспечения прижатия её к пломбируемой поверхности. Матрица может иметь различные формы и типоразмеры, в зависимости от формы зубов и локализации кариозной полости. Устройство снабжено приспособлением для измерения и регулирования создаваемого давления, а также терморегулятором для подачи тёплого воздуха и измерения его температуры. Давление подаваемое в матрицу должно равняться 2 - 3 Н/мм^2.

Матрицу применяют следующим образом: Кариозную полость препарируют по общепринятой методике. Затем на зуб устанавливают матрицу. В кариозную полость наносят адгезивную систему и проводят световую полимеризацию. После этого в полость вносят пломбировочный материал светового отверждения с небольшим избытком. Затем в матрицу подают по трубке компрессором воздух, подогретый до температуры 37^0 терморегулятором. Рекомендуемое давление уплотнения 2 -3 Н/мм^2. Данное давление регулируют с помощью устройства для измерения и регулирования давления. Под воздействием давления пломбировочный материал плотно прижимается к дну и стенкам полости, а его избытки выдавливаются в верхнюю часть. После удаления избытков материала производят световую полимеризацию. После завершения полимеризации выпускают воздух из матрицы. Затем матрица легко снимается, не повреждая свежеанесённой пломбы.

Современные композитные материалы имеют полимеризационную усадку в пределах 1,7-6% по массе. Поэтому во время полимеризации в материале могут возникать напряжения и одновременно образовываться щели вдоль краев полости. Напряжения могут вызывать образование трещин на поверхности пломбы, вследствие чего происходит выпадение частиц наполнителя, т.е. повышается истираемость пломбы. Эти особенности свойств материалов требуют применения предложенного нами устройства для пломбирования композитными материалами.

Полимеризационная усадка при затвердевании приводит к уменьшению объёма, вследствие чего образуется краевая щель между композитной пломбой и твёрдыми тканями зуба. В эти щели могут попадать вместе со слюной микроорганизмы полости рта. Это приводит к маргинальной окраске пломб и вторичному кариесу. Недостаточное краевое прилегание композитного материала не компенсируется макромеханическим удерживанием. (E. Hellwig, J. Klimek, T. Attin.: Einfuhrung in die Zahnerhaltung 1999, стр.140).

При применении предложенной матрицы, к минимуму сводится полимеризационная усадка, за счёт создаваемого давления, и вышеперечисленные осложнения, так как обеспечивается улучшенная связь композита с твёрдыми веществами зуба.

Известно, что ингибитором полимеризации является кислород. Замедление полимеризации на внутренних поверхностях пломб приводит к повышенному содержанию остаточного мономера и, тем самым, к появлению угрозы раздражения тканей пульпы.

При применении предлагаемой матрицы, мы можем избежать создания ингибированного кислородом слоя, за счёт плотного прижатия предложенного устройства к пломбировочному материалу и в связи с этим, полимеризации материала без доступа кислорода.

Известно, что нагревание композитной пломбы при её обработке вызывает дальнейшую полимеризацию материала (E. Hellwig, J. Klimek, T. Attin.: Einfuhrung in die Zahnerhaltung 1999, стр.153).

При применении предложенной матрицы, можно с помощью подачи воздуха, подогретого до температуры 37^0 усилить процесс полимеризации. Тем самым значительно снижается содержание остаточного мономера и снижается возможность раздражения тканей пульпы.

Предложенная матрица для пломбирования комбинированных кариозных дефектов апробирована у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, пломбирование кариозных дефектов которым производили традиционным способом (с применением матриц и клинышков).

У 25% пациентов контрольной группы, пломбирование кариозных дефектов которым производили традиционным способом, через 3 месяца после пломбирования в области запломбированного зуба наблюдались явления маргинального пародонтита. А у пациентов с начальными стадиями заболеваний пародонта симптомы пародонтита усилились.

Пациенты, пломбирование кариозных дефектов которым производили с помощью предложенной матрицы, на дискомфорт не жаловались. Через 3 месяца пародонтальных изменений не обнаружено.

Предложенная матрица имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Устройство для пломбирования комбинированных кариозных дефектов №2223065».

Предложенная матрица позволяет: повысить качество пломбирования комбинированных кариозных полостей с нарушением целостности угла коронки, предотвратить пародонтологические осложнения. При примененной матрицы, можно свести к минимуму полимеризационную усадку, за счёт создаваемого

давления, и избежать возникновения краевой щели, и как следствие вторичного кариеса, так как получается улучшенная связь композита с твёрдыми веществами зуба. При применении предлагаемой матрицы, мы можем избежать создания ингибированного кислородом слоя, за счёт плотного прижатия предлагаемой матрицы к пломбировочному материалу и в связи с этим, полимеризации материала без доступа кислорода. С помощью подачи воздуха, подогретого до температуры 37^0 усиливается процесс полимеризации. Тем самым значительно снижается содержание остаточного мономера и возможность раздражения тканей пульпы.

Матрица удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРМАНЕНТНОГО ВАКУУМА

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

Общеизвестно, что выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению (Sundqvist, G.: Bacteriological studies of necrotic dental pulps, Umena University Odontological Dissertations, no. 7, 1976). По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Давление в результате накопления жидкости становится просто невыносимым. Сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотики. Однако удаления остатков пульпы может оказаться недостаточно, и тогда единственной альтернативой становится прямой доступ к верхушке через кость. Доступ к корню зависит от знания средних значений длины корней, пальпации поверхности кости для определения выпуклостей, образованных корнями и поддержания асептики поля после удаления кортикальной пластинки (Arens, D.E., Adams, W., and DeCtro, R.: Endodontic surgeru, New York, 1981, Harper & Row, Publishers).

Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению, что побудило нас к разработке устройства для удаления эксудата через канал зуба, позволяющего избежать хирургического вмешательства.

Целью данной работы явилось повышение эффективности лечения апикального периодонтита путем использования в комплексе терапевтических мероприятий перманентного вакуума.

Предложенное нами устройство выполнено в виде каппы на весь зубной ряд, к которой закреплен полый эластичный баллончик, для создания перманентного вакуума, имеющий впускной и выпускной клапаны на основаниях, к впускному клапану подведена эластичная трубка - отсос, второй конец которой вводят в корневой канал зуба, причём на горизонтальном изгибе трубки - отсоса с её нижней стороны выполнен заодно с трубкой резервуар для сбора экссудата.

Устройство применяют следующим образом: После трепанации, экстирпации остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают, на сколько это возможно. Затем пациенту одевают, на 40 – 60 минут, ранее изготовленную каппу с эластичным баллоном, так, что бы конец дренажной трубки плотно входил в подготовленный канал. После этого производят нажатие на эластичный баллончик. При нажатии на баллончик, из него выходит воздух через выпускной клапан (который действует аналогично ниппелю), в связи с этим внутри него создаётся отрицательное давление. Воздух в баллончик будет поступать через впускной клапан, откачивая экссудат из зуба по дренажной эластичной трубке. Количество посещений 3 – 5 с интервалом в 1 сутки. После лечения канал пломбируется по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчивых штифтов и метода латеральной конденсации.

При лечении периодонтита применение предложенного устройства было апробировано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000, в течении 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с начальными стадиями заболеваний периодонта – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного устройства, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приёме твёрдой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при периодонтите происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта. Лечение с помощью предложенного устройство способст-