вовало снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности.

Применение предложенного устройства позволяет: за короткие сроки (3 - 5 дней) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития периодонтита; получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, устройство для удаления экссудата из зуба с применением перманентного вакуума удобно для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. При применении предложенного устройства эксудат эффективно удаляется не только из канала и многочисленных его разветвлений, но и из тканей периодонта. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенное устройство, как в техническом исполнении, так и по времени его воздействия.

НОВЫЙ СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ ФОТОПОЛИМЕРНЫМИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

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

Современные технологии и огромный выбор стоматологических материалов делают работу стоматологов сродни искусству, однако цель стоматолога – сделать реставрацию не только внешне красивой, но и восстанавливающей здоровье зубов пациента.

Общеизвестно, что полимеризационная усадка при затвердевании фотополимерного пломбировочного материала 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.

В связи с этим, для уменьшения полимеризационного стресса применяют лампы с “плавным стартом”, при работе которой, в первую секунду лампа выдаёт минимальную мощность, в связи с тем, что полимеризационный стресс происходит в течении первой секунды, а затем, в течении 5 секунд, мощность полимеризационного потока возрастает до рабочей, но применение таких фотополимерных ламп недоступно в широкой стоматологической практике, так как их стоимость достаточно высока. Данные недостатки побудили авторов к созданию нового способа пломбирования композитными материалами светового отверждения.

Задачей нашего исследования явилось сокращение время работы, повышение качества пломбирования и предотвращение осложнений.

При разработке предложенного нами способа мы применяли композитные материалы светового отверждения и стандартную фотополимерную лампу. В связи с тем, что при нахождении полимеризующего источника на расстоянии от полимеризуемого материала, мощность светового потока уменьшается прямо пропорционально расстоянию световода до материала, мы предлагаем в течении первых секунд, для ликвидации полимеризационного стресса, световод лампы держать на расстоянии 3 – 5 см., плавно поднося к полимеризуемому материалу, тем самым плавно наращивая мощность светового потока.

Известно, что нагревание композитной пломбы при её обработке вызывает дальнейшую полимеризацию материала (E. Hellwig, J. Klimek, T. Attin.: Einfuhrung in die Zahnerhaltung 1999). На основе этих данных мы предлагаем на конце световода укрепить термоэлемент, который включают одновременно с лампой, что приводит к лучшей полимеризации материала и снятию полимеризационного стресса, полной полимеризации материала за более короткое время.

При нанесении очередной порции материала, она не соприкасается с предыдущей порцией и полимеризуется в течение 5 секунд, причём термоэлемент, укреплённый на световоде лампы, включают одновременно с полимерным потоком и полимеризационный поток от фотополимерной лампы подают в момент, когда конец световода находится на расстоянии 3 - 5 см. от порции материала подлежащего полимеризации, а затем - в течение 2 секунд непосредственно около материала.

Предложенный нами способ пломбирования зубов позволяет: повысить качество пломбирования кариозных полостей всех классов. При применении предложенного способа, можно свести к минимуму полимеризационную усадку, за счёт техники приближения источника полимеризации, и избежать возникновения краевой щели, и как следствие вторичного кариеса, так как получается улучшенная связь композита с твёрдыми веществами зуба. С помощью подогрева материала усиливается процесс полимеризации. Тем самым значительно снижается содержание остаточного мономера и возможность раздражения тканей пульпы. Предложенный способ удобен врачу тем, что затрачивается минимальное количество времени на постановку и моделировку пломбы, не требует дополнительного дорогостоящего оборудования.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНСАДОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Маланьин И.В., Бондаренко И.С.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

Заболевания пародонта являются широко распространенной патологией челюстно-лицевой области. По данным разных авторов, распространенность болезней пародонта варьирует до 98%. Однако, несмотря на значительное количество методов, предло-

женных для лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных поражений пародонта, проблема фармакотерапии пародонтита сохранила свою актуальность (Лемецкая Т.И., Козловская А.Н., Лукашева В.И. и др. 1985).

В настоящее время в пародонтологии, широкое применение находит новый препарат Инсадол, содержащий титрованный экстракт неомыляемой фракции ZEA MAYS L и наполнители: анисовое масло и этанол 95%. Действующим началом препарата являются фитостероиды – вещества эстрогенной, андрогенной и гонадотропной активности. Инсадол обладает противовоспалительным действием, стимулирует репаративные процессы костной ткани альвеол, подавляет неприятный запах изо рта.

Вышеизложенное дает основание использовать препарат Инсадол в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

Целью данной работы явилось клинико-лабораторное исследование эффективности применения препарата Инсадол в комплексном лечении пародонтита.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и лечение с препаратом Инсадол, 39 больных (20 мужчин и 19 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом получавших традиционное лечение. Оценку результатов лечения проводили по данным клинических методов исследования в динамике: осмотр, определение глубины пародонтальных карманов, индекс гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), индекс РМА, проба Шиллера-Писарева, индекс кровоточивости (ИК), определение функциональной стойкости капилляров по В. И. Кулаженко (ФСК) (Баранникова И.А., Заславский С.А., Свирин В.В. 1990г). Состояние микроциркуляции сосудов пародонта определялось методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК – 01 (Маланьин И.В., Рисованный С.И., Алхазова Е.М. 2000г).

До начала лечения всем больным проводили санацию полости рта, были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки осуществляли снятие над- и поддесневых отложений пьезоэлектрическим склером (P-5 BOOSTER SUPRASSON). По показаниям проводили кюретаж.

Результаты исследований.

Лечение больных с применением препарата Инсадол, позволило за короткий срок (6-8 посещений в основной группе против 10-12 посещений в контрольной) получить стойкий лечебный эффект. Клиническое улучшение подтверждалось положительной динамикой изменений клинических индексов.

Динамика изменений клинических индексов у больных пародонтитом при лечении с применением препарата Инсадол и традиционным методом.

Таблица.

Наименование индексов	До лечения	После лечения с применением препарата Инсадол	После лечения традиционным методом
ИГ	2.24±0.16	1.34±0.15	1.67±0.32
РМА	26.04±2.17	1.06±0.45	1.65±0.33
ИК	5.01±1.14	0.15±0.24	3.02±0.65
ФСК	15.11±1.43	47.33±3.25	31.12±2.11

Динамика клинических показателей через 7 дней после лечения с применением препарата Инсадол свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта, что проявлялось уменьшением воспалительных процессов в десне. Через 6 месяцев после лечения наблюдалось значительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, исчезновение воспалительной реакции в десне.

Обращаем внимание врачей стоматологов на то, что Инсадол, как стимулятор, нецелесообразно использовать при обострении патологических процессов в пародонте, абсцедировании, выраженной гиперплазии десен, равно как и всякую стимулирующую терапию при этих состояниях.

ВЫВОДЫ: Препарат Инсадол позволяет: за короткие сроки (6-8 посещений) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития пародонтита; получить стойкий лечебный эффект. Инсадол удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению, что позволяет рекомендовать Инсадол для комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ФИБРАТОВ И НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Маль Г.С., Малородова Т.Н., Богомолова О.В., Соколова В.Б., Кузнецова В.И., Попова Н.А., Боева Н.А.

Курский государственный медицинский университет, кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии, Курск

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 миллиона человек. Эти показатели гораздо выше, чем в развитых странах Европы, США и Японии. Среди сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС) и мозговой инсульт, которые