DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Russian Edition

РОССИЯ | Апрель, 2009 | №2, Том 8

Краткие новости

Бесплодие в результате заболеваний десен

Лейпциг: Страдающие бесплодием мужчины с большей степенью вероятности имеют хронические заболевания десен, чем мужчины со здоровой спермой. Обследовав 56 мужчин, обратившихся в лабораторию для анализа спермы, израильские ученые установили, что более 80% из них страдают той или иной формой пародонтита.

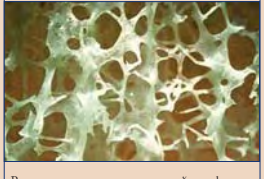
Успешная попытка регенерации дентина

Новое исследование может помочь самостоятельному восстановлению зубов, пораженных кариесом.

Дэниел Циммерман, DTI

Лейпциг: Согласно исследованию, проведенному в Калифорнийском университете Сан-Франциско (UCSF), пломбирование поврежденных зубов может уйти в прошлое. Новые данные, полученные проф. Sally Marshall с кафедры профилактической и восстановительной стоматологии UCSF, заставляют предположить, что повторный рост дентина можно вызвать при помощи специального кальцийсодержащего раствора электрически заряженных частиц. Путем нанесения слоя ионного раствора на опытные образцы проф. Marshall удалось добиться реминерализации отдельных участков зубов. Тем не менее полное восстановление дентина пока еще остается нерешенной задачей, уточнила она.

Реминерализация эмали и дентина возможна, но для надлежащего функционирования зубов требуется восстановление как механических характеристик, так и содержания в этих тканях минеральных веществ; последнее происходит в том случае, если минеральные вещества заполняют промежутки между волокнами коллагена, а не просто осаждаются на них.



Выступая недавно на весенней конференции Материаловедческого общества в Сан-Франциско, госпожа Marshall сказала: «Реминерализация эмали, внешней оболочки зуба, является хорошо известным явлением, однако восстановление дентина по-прежнему остается трудной задачей вследствие сложной структуры последнего. Для полного восстановления дентина необходимо, чтобы образование кристаллов затронуло весь его объем».

Возможность использовать некоторые «строительные материалы» организма для восстановления тканей зубов стала бы великолепным подарком стоматологам, вот уже почти два века реставрирующим зубы при помощи различных пломбировочных материалов. Проф. Marshall убеждена, что способ восстановления функций дентина будет найден в ближайшие несколько лет. «Мы надеемся, что при выявлении кариеса на ранней стадии развития заболевания сможем в значительной степени восстанавливать зубы за счет реминерализации», – говорит она.

Естественное восстановление зубов поможет пациентам избавиться от страха перед бормашиной.

www.dental-tribune.com

Тенденции и практика

Выбор инструментов и боров для минимально-инвазивного препарирования зуба

В результате значительного улучшения стоматологического здоровья населения Земли и усиления интереса пациентов к эстетической стоматологии получила развитие техника минимального инвазивного вмешательства.

стр. 4

Здоровье и профилактика

Ополаскиватели для полости рта: мнения экспертов расходятся

Новые доказательства, полученные австралийскими учеными, показывают, что долговременное применение спиртосодержащих ополаскивателей может привести к увеличению риска развития онкологических заболеваний полости рта.

стр. 11

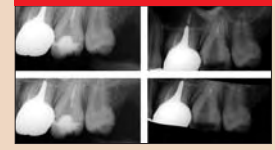
Клиническая практика

Фиксация реставраций: советы и секреты

Приемлемые клинические характеристики стоматологических цементов включают адекватную устойчивость к растворению в полости рта, образование прочной связи, высокую прочность при растяжении, хорошие рабочие свойства.

стр. 14

Судебная стоматология



Идентификация по стоматологическим рентгенограммам всего за 4 мин

Идентификация жертв крупных техногенных или природных катастроф – это огромный объем работы для судебных медиков. С увеличением числа таких смертельных случаев время, необходимое на идентификацию останков, и риск ошибки при идентификации экспоненциально возросли.

стр. 17

Миллионы долларов на борьбу с бутылочным кариесом

Коринна Каарлела, США

Сан-Франциско, Калифорния, США: Стоматологическая школа Университета Калифорнии получила от Национального института здоровья США (NIH) многомиллионный грант на устранение проблемы неравного обеспечения детей стоматологической помощью и осуществление новых программ профилактики кариеса у детей раннего возраста (ECC). По словам декана Стоматологической школы д-ра John Featherstone, программы будут включать новые исследования, направленные на сравнение методов профилактики кариеса у детей, и мероприятия по интеграции современных научных представлений в работу разнообразных служб неотложной и социальной помощи.

Стоматологическая школа также будет служить координационным центром для сбора данных рандомизированных исследований, проводимых двумя другими центрами в Бостоне и Денвере.

Кариес является одним из наиболее распространенных среди населения США заболеваний; проблема неравной доступности стоматологического лечения для разных возрастных групп очевидна. В отчете Национального ресурсного центра материнского и детского стоматологического здоровья говорится, что хотя более 90% стоматологов оказывают помощь детям и подросткам, лишь немногие из них занимаются лечением детей младше 4 лет. Что касается детей и подростков из семей с низким доходом, то у детей от 2 до 5 лет нелеченными оказались почти 80% пораженных кариесом молочных зубов.

Неравенство существует и между расами, и этническими группами: пораженные кариесом или запломбированные зубы имеются у 42% и 32% детей в возрасте от 2 до 5 лет из мексиканских и чернокожих семей соответственно, тогда как для белых детей этот показатель составляет 24% (данные «Национального исследования здоровья и питания» Центра по контролю заболеваний, Атланта, Джорджия). DT

(Подготовила к печати Клаудия Сальвичек.)

Практика применения пептидных препаратов «VIVAX DENT» в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта

Интервью с к.м.н. Т.Б.Ткаченко, доцентом кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Корр.: Татьяна Борисовна, расскажите о значимости состояния слизистой оболочки полости рта и современных возможностях лечения ее заболеваний.

Ткаченко Т.Б.: Слизистая оболочка полости рта – одна из важнейших систем организма, которые осуществляют барьерную функцию в отношении действия патогенных биологических, физических и химических факторов. Кроме того, состояние слизистой оболочки полости рта является тончайшим индикатором тяжести патологических процессов желудочно-кишечного тракта, иммунного статуса организма, общего уровня активности, пролиферации клеточных систем.

Вместе с тем последнее десятилетие характеризуется активным изучением механизмов биологической регуляции физиологических процессов в норме и при патологии. Множественность регуляторных систем предполагает наличие универсальных посредников – регуляторных пептидов (или пептидных биорегуляторов), которые участвуют в поддержании структурного и функционального гомеостаза клеточных популяций. Экзогенное введение регуляторных пептидов ведет к высвобождению веществ, для которых исходный пептид служит индуктором, позволяющим запустить пептидный каскад, лежащий в основе биологической регуляции. Таким образом, эффект от применения пептидов может наступить спустя некоторое время и сохраняться достаточно долго. В соответствии с предложенной концепцией пептидной биорегуляции сформировалось представление об участии эндогенных пептидных биорегуляторов, получивших общее название «цитомедины», в поддержании структурного и функционального гомеостаза клеточных популяций, которые содержат и продуцируют эти факторы. Термин образован от греческого слова citos и латинского mediator. Эти вещества являются щелочными полипептидами, имеющими молекулярную массу от 1000 до 10 000 Да. Актуальность применения цитомединов в стоматологической практике определена достаточно давно. Лабораторно и клинически доказана эффективность применения пептидных препаратов в комплексной профилактике и лечении воспалительных заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта, периодонтита, остеомиелита, заболеваний слюнных желез.

Корр.: Насколько эффективно применение пептидных препаратов для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта?

Ткаченко Т.Б.: Клиническое наблюдение, проведенное на кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, позволило подтвердить эффективность применения «Лечебно-профилактического противовоспалительного геля для полости рта «VIVAX DENT» у пациентов с хроническим травматическим повреждением слизистой оболочки полости рта.

→ DT стр. 2

Рис. 1. Пациентка С., 54 года. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки.

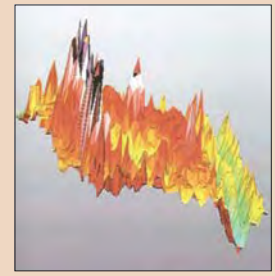


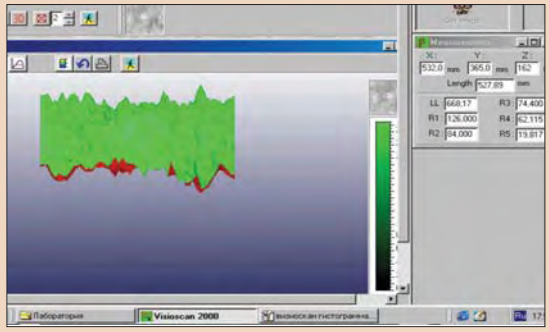
Рис. 2. Та же пациентка. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки (результат визиосканирования участка лейкоплакии до лечения).

← DT стр. 1

Корр.: Как возник и что представляет из себя данный противовоспалительный гель?

Ткаченко Т.Б.: «Лечебно-профилактический противовоспалительный гель для полости рта «VIVAX DENT» – это результат многолетних научно-экспериментальных и клинических исследований специалистов Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН и Академии научной красоты (Москва). Главными действующими компонентами геля выступают пептидные биорегуляторы, зарегистрированные под кодами АК (аминокислотные комплексы): АК-1, АК-7, АК-12. АК-1 (Lys-Glu) – пептиды тимуса – ускоряют заживление ран, стимулируют процессы регенерации тканей в очаге повреждения и воспаления, стимулируют синтез тканеспецифических белков, пролиферативную и метаболическую активность клеток, активизируют функции клеток соединительной ткани, эндотелиоцитов, макрофагов и лейкоцитов, обладают противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и антистрессорным действием.

АК-7 (Ala-Glu-Asp-Gly) – пептиды сосудов – регулируют обменные процессы и усиливают синтез белка в клетках слизистой оболочки ротовой полости и пародонта; обладают высокой антиоксидантной активностью; нормализуют метаболизм в клетках сосудистой стенки, улучшая микроциркуляцию крови и восстанавливая кровоснабжение в тканях слизистой оболочки полости рта и пародонта; нормализуют процессы перекисного окисления липидов в клетках слизистой оболочки полости рта и пародонта, в результате чего ускоряется восстановление их функции после обострения воспалительного процесса. АК-12 (Lys-Glu-Asp) – пептиды хрящевой и костной ткани – регулируют обменные процессы и усиливают синтез белка в клетках тканей пародонта, хрящей и связок; обладают высокой антиоксидантной активностью, нормализуют процессы перекисного окисления липидов в клетках различных тканей, в том числе пародонта; уменьшают деструктивные изменения при дегенеративно-дистрофических и воспалительных процессах в тканях пародонта и хрящевой ткани суставов; стимулируют регенерацию тканей пародонта, ускоряя нивелирование воспалительного процесса в ротовой полости.



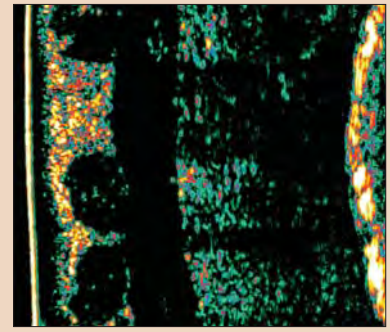


Рис. 3. Та же пациентка. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки (результаты сканирования участка лейкоплакии после лечения).

Корр.: Можете ли Вы представить нашим читателям пример использования данного противовоспалительного препарата на практике?

Ткаченко Т.Б.: Мне хочется рассказать о применении вышеописанного геля при лечении плоской лейкоплакии слизистой оболочки полости рта на клиническом примере.

На основании осмотра и цитологического исследования мазка отпечатка пациентке С. (54 года) был поставлен диагноз «плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки слева». Заболевание развилось вследствие длительного травмирования данного участка слизистой оболочки острым краем 36 зуба, имеющего скол эмали в области щечных бугров. После устранения травмирующего фактора слизистая оболочка щеки была обработана антисептическим раствором фурациллина 1:5000 и на поверхность высыпного элемента нанесен «Лечебно-профилактический противовоспалительный гель для полости рта «VIVAX DENT» с последующими рекомендациями применять лечебно-профилактическое средство 2 раза в день после чистки зубов и ополаскивания полости рта. Результатом стало исчезновение очага повышенного ороговения и застойной гиперемии на 8-й день после начала терапии.

По результатам объективной оценки поверхности слизистой оболочки в области хронической травмы с помощью метода ультразвукового сканирования было установлено, что нормализация структуры слизистой оболочки произошла на 18-й день после начала терапии, хотя клинические проявления плоской лейкоплакии были устранены уже к 8-м суткам лечения.

Корр.: Какие рекомендации по применению противовоспалительного геля для полости рта Вы бы хотели дать своим коллегам?

Ткаченко Т.Б.: На основании аналогичных наблюдений, проведенных ранее как в нашей клинике, так и в ряде коммерческих стоматологических структур, «Лечебно-профилактический противовоспалительный гель для полости рта «VIVAX DENT» может быть рекомендован как в случае воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта и губ, так и при терапии ее травмы различного генеза. DT

AD

Использование Кетонала при лечении воспалительных заболеваний полости рта

А.М.Панин, МГМСУ

Одним из распространенных симптомов большинства острых стоматологических состояний является наличие выраженного в большей или меньшей степени болевого синдрома. Чаще всего с необходимостью купировать боли в челюстно-лицевой области на врачебном приеме сталкиваются стоматологи-хирурги и терапевты. Для эффективного лечения врачу важно понимать механизм возникновения болевого синдрома и, следовательно, возможные методы его купирования.

Воспалительный процесс сопровождается проявлением в очаге воспаления биологически активных веществ, таких как простагландины, брадикинины, лейкотриены, кинины, нейроактивные пептиды и т.д. Эти биологически активные вещества воздействуют на ноцицептивные (болевые) рецепторы, от которых нервный импульс передается в головной мозг по миелиновым и безмиелиновым нервным волокнам.

Одной из наиболее распространенных фармакологических групп для лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области является группа нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Такая широкая популярность данной фармакологической группы связана с тем, что эти препараты, с одной стороны, снижают интенсивность и предотвращают развитие воспалительного процесса, а с другой – обладают выраженным аналгезирующим эффектом.

Механизм противовоспалительного и обезболивающего действия НПВП связан с угнетением особого фермента – циклооксигеназы, способствующей синтезу простагландинов – основных медиаторов воспаления и боли. Механизмы блокады циклооксигеназы бывают разными, доказано существование по крайней мере двух изоферментов – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Ранее считалось, что чем селективнее препарат действует на ЦОГ-2 (основный изофермент, отвечающий за воспалительную реакцию), тем меньше нежелательных явлений следует от него ожидать. Жизнь опровергла эти ожидания, причем некоторые из НПВП, избирательно ингибирующие ЦОГ-2, были изъяты с фармацевтического рынка из-за риска развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (вальдекоксиб, рофекоксиб).

В своей клинической практике мы успешно применяем Кетонал (кетопрофен) как препарат, сочетающий выраженное противовоспалительное и противоболевое действие и хорошую переносимость [1].

Кетонал, основным действующим веществом которого является кетопрофен, существует в нескольких лекарственных формах, делающих его применение удобным в клинической практике врачей-стоматологов.

Болеутоляющий эффект Кетонала обусловлен двойным механизмом аналгезирующего действия. Во-первых, Кетонал предотвращает возбуждение центральных ноцицептивных структур. Это происходит за счет блокирования афферентной импульсации в задних рогах спинного мозга и других отделах центральной нервной системы (ЦНС). Он также блокирует синтез простагландинов в таламусе и влияет на высвобождение эндогенных опиоидных пептидов, что приводит к повышению порога болевой чувствительности и снижению болевых ощущений. Во-вторых, Кетонал за счет блокады ЦОГ-2 снижает активность брадикинина и других цитокинов и, следовательно, уменьшает афферентную импульсацию из очага воспаления [2].

Воздействуя на механизм боли как в очаге воспаления, так и в ЦНС, Кетонал в послеоперационном периоде в качестве болеутоляющего средства позволяет отказаться от приема наркотических анальгетиков [2].

На базе кафедры факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета была проведена сравнительная оценка эффективности НПВП в послеоперационном периоде. В результате данного исследования было установлено, что Кетонал обладает наибольшей анальгетической активностью и минимумом побочных эффектов, поэтому может быть рекомендован в качестве обезболивающего средства в послеоперационном периоде [3].

Кетонал выгодно отличается от других препаратов класса НПВП, например от Кеторолака, противовоспалительное действие которого значительно ниже, чем у Кетонала [4]. К тому же наличие ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта и ЦНС является абсолютным противопоказанием к применению Кеторолака [5].

Кетонал целесообразно назначать пациентам при наличии таких воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, как периоститы верхней или нижней челюсти, обострение хронического периодонтита, абсцессы и флегмоны различной локализации, абсцедирующие фурункулы. Кроме того, хотелось бы отметить низкую токсичность препарата, которая подтверждена обширными клиническими испытаниями и разрешением его к применению в большинстве стран мира [6].

Кетонал выпускается в различных формах (таблетки, капсулы, ампулы, таблетки пролонгированного действия, ректальные суппозитории), каждая из которых имеет определенное значение для стоматолога-практика. Кетонал в таблетированной форме выпускается в двух дозировках: Кетонал таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг (ранее – Кетонал форте) и Кетонал таблетки пролонгированного действия 150 мг (ранее – ретард).

Таблетки Кетонал 100 мг, покрытые пленочной оболочкой, мы рекомендуем назначать для купирования острого болевого синдрома по 1 таблетке 3 раза в сутки. Наличие обширного воспалительного процесса предполагает более частый прием препарата – до 4 таблеток в сутки.

Однако не стоит злоупотреблять таким режимом приема препарата, так как максимальная рекомендованная суточная доза – 200 мг.

Кетонал в таблетках пролонгированного действия мы использовали для купирования хронических болей по 1 таблетке 2 раза в сутки. Кетонал в таблетках пролонгированного действия целесообразно назначать при наличии хронического продуктивного остеомиелита верхней или нижней челюсти, когда характерны постоянные, ноющие боли разной интенсивности. Обладая продолжительным эффектом, Кетонал в таблетках пролонгированного действия особенно эффективен при подобной симптоматике.

Наличие у пациента умеренно выраженного болевого синдрома предполагает назначение Кетонала в капсулах. Содержание активно действующего вещества в нем составляет 50 мг. При этом в утреннее и дневное время назначают по 1 капсуле, а в вечерние часы – по 2 капсулы.

Использование Кетонала при воспалительных процессах челюстно-лицевой области различной этиологии приводит к быстрому и эффективному снятию не только выраженного болевого синдрома, но и ряда других проявлений воспалительного процесса. Также хотелось бы отметить, что оптимальное соотношение цена–качество и распространенность в аптечной сети делают препарат Кетонал востребованным при лечении пациентов врачами-стоматологами. DT

Литература

1. Кириленко ПА, Гельфанд БР, Леванович ДА и др. Сравнительная оценка эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, применяемых для послеоперационного обезболивания. Consilium Medicum Хирургия, 2002; 2.

2. Cailleteau JG. Ketoprofen in dentistry: a pharmacologic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66 (5): 620–4.

3. Гельфанд БР, Кириленко ПА, Леванович ДА, Борзенко АГ. Сравнительная оценка эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, применяемых для послеоперационного обезболивания. Вестн. интенсив. тер. 2002; 4 (Послеоперационный период): 83–8.

4. Чичасова НВ, Насонов ЕЛ, Имаметдинова ГР. Применение Кетопрофена (Кетонал) в медицинской практике. ФАРМАТЕКА 2003; 5: 30–2.

5. GarcTa RodrTguez LA, Cattaruzzi C, Troncon MG, Agostinis L. Risk of hospitalization for upper gastrointestinal tract bleeding associated with ketorolac, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, calcium antagonists, and other antihypertensive drugs. Arch Intern Med 1998; 158 (1): 33–9.

6. Cooper SA. Ketoprofen in oral surgery pain: a review. J Clin Pharmacol 1988; 28 (12 Suppl): 40–6.

AD

КЕТОНАЛ®
кетопрофен

ПРЫЖОК ИЗ БОЛИ!

Оптимальное сочетание эффективности, качества и доступной цены

- быстрый и мощный болеутоляющий эффект[1]
- выраженное противовоспалительное и жаропонижающее действие[1]
- сбалансированное воздействие на ЦОГ-1/ЦОГ-2[1]
- высокая безопасность по сравнению с другими «стандартными» НПВП[1]
- шесть лекарственных форм

Рег. номера: П №013942/01; П №013942/02; П №013942/03; П №013942/04; П №013942/05; П №013942/06

ИНСТРУКЦИЯ

Капсулы 50 мг. Таблеки покрытые пленочной оболочкой 100 мг. Таблетки пролонгированного действия 150 мг. Суппозитории ректальные 100 мг. Раствор для в/в и в/м инъекций 50 мг/мл 2 мл. Крем 5%.
Кетопрофен является нестероидным противовоспалительным препаратом, обладающим противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием.
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Симптоматическая терапия болезненных и воспалительных процессов различного происхождения, в том числе: воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит; серонегативные артриты: анкилозирующий спондилоартрит – болезнь Бехтерева, псориатический артрит, реактивный артрит (синдром Рейтера); подагра, псевдоподагра; остеоартроз; болевой синдром: головная боль; тендинит, бурсит, миалгия, невралгия, радикулит; посттравматический и послеоперационный болевой синдром; болевой синдром при онкологических заболеваниях; альгодисменорея.
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Гиперчувствительность к кетопрофену или другим компонентам препарата, а также салицилатам или другим нестероидным противовоспалительным препаратам; бронхиальная астма, ринит или крапивница в анамнезе, вызванные приемом ацетилсалициловой кислоты или других НПВП; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; неспецифический язвенный колит, болезнь Крона; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; детский возраст (до 15 лет); выраженная печеночная недостаточность; выраженная почечная недостаточность; некомпенсированная сердечная недостаточность; послеоперационный период после аортокоронарного шунтирования; желудочно-кишечные, цереброваскулярные и другие кровотечения (или подозрение на кровотечение); хроническая диспепсия; III триместр беременности, период лактации.
СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. По 1 таблетке 100 мг 2 раза в день, или по 1 таблетке пролонгированного действия 150 мг 1 раз в день, или по 1-2 капсулы 50 мг 2-3 раза в день, или по 1 суппозиторию 100 мг 1-2 раза в сутки. Крем легкими втирающими движениями наносят тонким слоем на кожу воспаленного или болезненного участка тела 2-3 раза в день. Инъекции назначают для снятия острого болевого синдрома по 100 мг 1-2 раза в сутки внутримышечно и внутривенно. Рекомендуемая суточная доза кетопрофена составляет 200 мг.
ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Аллергические реакции: зуд, крапивница, анафилактоидные реакции; диспепсия, боль в животе, стоматит, сухость во рту, при длительном применении в больших дозах - изъязвление слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта; головная боль, головокружение, сонливость; редко - нарушение функции почек, интерстициальный нефрит, нефротический синдром, гематурия (чаще развиваются у людей, длительно принимающих НПВП и диуретики). Кетопрофен уменьшает агрегацию тромбоцитов, транзиторное повышение уровня ферментов печени.

Литература: 1. В,В, Бадокин, Нестероидные противовоспалительные препараты в практике врача поликлиники: клиническая фармакология кетопрофена. Справочник поликлинического врача 2007; 4: 53-56.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

SANDOZ

ЗАО «Сандоз»
123104 Москва, Б. Палашевский пер., д.15
тел.: +7 (495) 660-75-09

Мепивакаин – современный препарат для местной анестезии

К.Г.Гуревич
МГМСУ

Местная анестезия характеризуется потерей чувствительности только в той области, в которую введен/наложен лекарственный препарат (The American Heritage® Dictionary of the English Language, 2000).

Первая ассоциация, связанная со стоматологией, которая возникает у большинства людей, это – боль. Именно поэтому представить современную стоматологию без обезболивания невозможно. Учитывая объемы врачебных вмешательств, наибольшую роль в современной стоматологии играют местные анестетики.

Местная анестезия – обратимая утрата болевой чувствительности тканей организма на ограниченных участках тела. Она достигается из-за прекращения проведения импульсов по чувствительным нервным волокнам вследствие блокады натриевых каналов местными анальгетиками.

С давних пор человечество искало эффективные и безопасные методы для анестезии. По сути методы обезболивания начали развиваться вместе со стоматологией за много тысяч лет до н.э. Есть свидетельства того, что методы обезболивания применялись в древних Ассирии, Египте, Китае, Индии. Обезболивающие средства изготавливались из мандрагоры, красавки, опия, индийской конопли, белены, цикуты. Описано обезболивание путем сдавления сосудов шеи или конечностей, обильным кровопусканием. Для обезболивания применялись спирт и холод. В 1540 г. Парацельс описал обезболивающие свойства эфира. В 1844 г. врач Х. Уэллс при удалении зуба использовал закись азота.

В 1859–1860 гг. Albert Niemann выделил из листьев коки алкалоид, которому дал название «кока-ин» (внутри коки). Он отметил онемение языка под влиянием кокаина. С 1862 г. кокаин стал производиться. В 1884 г. Carl Koller использовал кокаин для местной анестезии на роговице. В этом же году кокаин был применен для местной анестезии при удалении зубов.

Однако к началу XX в. стали появляться сообщения о смертельных исходах при применении кокаина для местной анестезии. В 1914 г. вышел первый законодательный акт, в котором кокаин приравнивался к наркотическим веществам.

В 1905 г. Alfred Eincyorn синтезировал препарат, который в дальнейшем был назван «новокаин» (буквально: новый кокаин), хотя общего в химической структуре двух этих веществ не было. До 1940-х годов новокаин был «золотым стандартом» местной анестезии.

В 1944 г. Hilding Bjorn впервые использовал синтезированный несколько ранее лидокаин в стоматологии. В 1960 г. было доказано, что лидокаин способен вызывать развитие нарушений сердечного ритма.

В 1956 г. произошла революция в местной анестезии. На основе лидокаина был получен препарат мепивакаин (артикаин), который не оказывает действия на сосуды. В США синтез препарата осуществили ученые Экенштам (Ekenstam), Эгнер (Egner) и Петтерсон (Petterson). Мепивакаин был разрешен к применению в клинике в 1960 г.

Препарат удобен для практикующих стоматологов, так как не требуется готовить раствор анестетика ex tempora. Кроме того, снижается вероятность развития побочных эффектов при проведении местной анестезии. Мепивакаин является препаратом первого выбора у пациентов с повышенной чувствительностью к действию вазоконстрикторов (заболевания сердца и сосудов, эндокринной системы и др.).

Если сравнивать мепивакаин с новокаином, то он всего в 1,5 раза токсичнее, а по эффективности в 4–5 раз превосходит его (см. таблицу). Это делает мепивакаин одним из наиболее оптимальных местных анестетиков по соотношению «клиническая эффективность»/»вероятность развития побочных эффектов». Среди местных анестетиков препарат обладает самым оптимальным соотношением активности и токсичности, т.е. имеет большую широту терапевтического действия.

Низкая токсичность мепивакаина связана с его физико-химическими свойствами. Препарат уступает лидокаину в жирорастворимости, но превосходит его по степени связывания с белками. Это снижает проникновение препарата через мембраны и его системное воздействие. Мепивакаин в меньшей степени, чем другие местные анестетики, проходит через плацентарный барьер, что имеет большое значение при выборе местного анестетика для проведения обезболивания у беременных женщин.

Константа диссоциации мепивакаина равна 7,8. Это близко к pH внеклеточной среды интактных тканей (7,4), что обусловливает наступление эффекта через 1–2 мин после инфильтрации препарата. В условиях воспаления (кислая среда) мепивакаин теряет свою активность в меньшей степени, чем другие местные анестетики. Мепивакаин обладает важным свойством – высокой диффузионной способностью. Только мепивакаин позволяет проводить вмешательства на тканях зубов нижней челюсти во фронтальном отделе под инфильтрационным обезболиванием, тогда как применение других местных анестетиков подразумевает проводниковую анестезию для достижения адекватного обезболивания. Таким образом, мепивакаин упрощает процедуру обезболивания при вмешательствах на нижней челюсти и снижает вероятность развития побочных эффектов.

Высокая диффузионная способность мепивакаина позволяет вводить препарат у детей на зубах верхней челюсти только с вестибулярной стороны. Это позволяет избегать болезненных инъекций в небо.

В ряде клинических исследований мепивакаин рассматривают как препарат выбора для обезболивания тканей при тяжелых гнойно-воспалительных процессах, заболеваниях печени и почек, у ослабленных больных, беременных и детей. DT

Характеристики местных анестетиков

Препарат	Сила действия	Токсичность
Новокаин	1	1
Лидокаин	4	2
Тримекаин	3	1,5
Карбокаин	4	1,5
Мепивакаин	4–5	1,5

Выбор инструментов и боров для минимально-инвазивного препарирования зуба

Автор клинического случая Дмитрий Копылов, врач-консультант DENTSPLY, врач-стоматолог «Клиники Новикова»

В результате значительного улучшения стоматологического здоровья населения Земли и усиления интереса пациентов к эстетической стоматологии получила развитие техника минимального инвазивного вмешательства. Консервативное лечение пораженных тканей зуба – это ценная составляющая современного подхода к вмешательству в зубном ряду. В данной статье будут обсуждены дизайн полости препарирования, а также инструменты, необходимые для проведения минимально-инвазивного стоматологического вмешательства. При этом будут рассмотрены ключевые аспекты и проиллюстрированы требования, предъявляемые к полости препарирования.

Минимально-инвазивная стоматология является составной частью комплексного понимания клиницистами процессов кариесообразования и терапевтических преимуществ адгезивной стоматологии. Окончательная цель минимально-инвазивной стоматологии – сохранение тканей зуба для длительной и активной функции. Инновационные устройства диагностики, такие как Midwest Caries I.D™ (DENTSPLY Professional, York, PA), а также другие средства обнаружения кариеса способствовали переходу к стоматологии минимального инвазивного вмешательства. Это помогло клиницисту консервативно отвечать требованиям стоматологического здоровья современных пациентов. Ведение пациентов с кариесом зубов предполагает качественное планирование лечения и выбор подходящих инструментов при проведении восстановительных процедур (рис. 1). Также при ведении пациентов, имеющих предрасположенность к развитию кариеса, большое значение имеют правильная функция зубов и проведение пациентом качественной индивидуальной гигиены полости рта.

Если существует подозрение в развитии кариозного процесса какого-либо участка, выявление кариеса с помощью общепринятых методов (например, рентгенодиагностики, зондирования) или техноло-

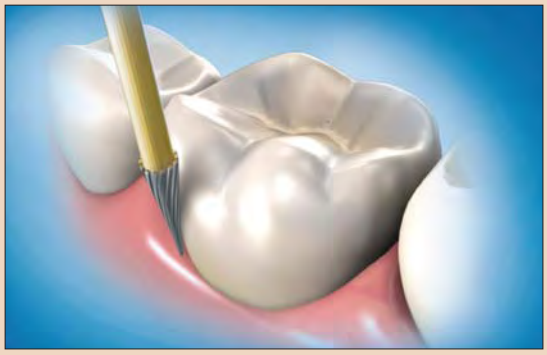


Рис. 1. Конусовидный бор с круглым кончиком (например, MidwestR Esthetic Finishing Bur, DENTSPLY Professional, York, PA) хорошо подходит для консервативного препарирования вдоль щечных борозд зуба.

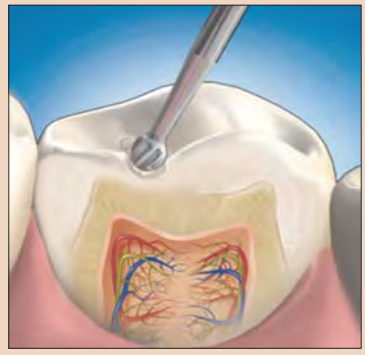


Рис. 2. Использование 1/4 маленького карбидного бора (Esthetic Finishing Bur, DENTSPLY Professional, York, PA) обеспечивает консервативный доступ к кариозной полости. Сохранение структуры зуба – ключ к консервативной стоматологии.

Клинический случай восстановления боковых зубов с использованием твердосплавных боров DENTSPLY Midwest и реставрационных материалов концерна DENTSPLY

Рис. 1. Вид зубов до лечения. Обратите внимание на некачественное прилегание реставрации и появление кариеса под ней. Также отмечаются стираемость медиального щечного бугра зуба 36 и пигментация фиссур с признаками кариозного поражения как 36, так и 37 зуба.

Рис. 2. После удаления реставрации 36 зуба зондирование помогает определить степень развития кариозного процесса. Применение кариес-маркера подтвердило наличие в полости размягченного дентина. Для удаления реставрации и начального препарирования были использованы круглые твердосплавные боры FG3 и FGSS2 (DENTSPLY Midwest).

Рис. 3. Дальнейшее препарирование проведено с помощью бора FG3 и круглого твердосплавного бора LA 4, полость на вестибулярной поверхности обработана 1/2 маленьким круглым бором, фиссуры – также 1/2 маленьким круглым бором и тонким фиссурным бором FG 169, края полости сглажены.

Рис. 4. Этап реставрации: внесение опакового слоя Spectrum TPH®3 (A3,5-O).

Рис. 5. Окончательный вид реставраций. Предварительную обработку реставрации можно провести 12-, 18- и 30-гранными карбидными борами (например, Esthetic Finishing Burs, DENTSPLY Midwest). Финишная обработка и полировка проведены системами Enhance, PoGo и полировочными резинками Enhance с пастами Prisma Gloss.

гических устройств, таких как Midwest Caries I.D™, имеет принципиальную важность, равно как и попытки клинициста предотвратить прогрессирование кариозного процесса. Любые диагностические мероприятия должны быть максимально консервативными и по возможности ограничиваться эмалью зуба.

Если препарирование проводится для диагностики или прямого восстановления зуба с начальным кариесом, для минимальной инвазии, ограниченной кариозным поражением (рис. 2), доступ должен быть осуществлен с использованием 1/4 маленького круглого бора (Midwest® Operative Bur, DENTSPLY Professional, York, PA). Целью этой процедуры является сохранение здоровых тканей зуба для удержания остаточной прочности зуба и обеспечения достаточной для адгезии композита площади.

В момент, когда начальный доступ был создан с помощью 1/4 круглого бора, клиницист может использовать его или 1/2 круглый бор, чтобы консервативно удалить кариозные ткани. Затем может быть проведена прямая «превентивная» реставрация текучим композитом, например X-flow (DENTSPLY). Этот эстетический текучий композит может быть эффективно внесен с помощью носика компьюлы®. Композит рентгеноконтрастен, что помогает клиницисту проводить мониторинг во время последующих визитов пациента.

В случае если кариозный процесс выходит за пределы дентино-эмалевой границы, препарирование полости следует проводить по I или II классу. При таком препарировании может быть использован карбидный конусовидный бор Midwest® с круглым кончиком (DENTSPLY Professional, York, PA; рис. 3, 4). Клиницист должен сохранить как можно меньшую ширину полости препарирования и сделать внутренние линии углов округлыми, а стенки полости гладкими для того, чтобы обеспечить оптимальную адаптацию композита при внесении. Кариозный дентин, не удаленный во время начального доступа, и полость препарирования могут быть препарированы с использованием 1/4 маленького круглого бора (Midwest® Operative Bur, DENTSPLY Professional, York, PA). Как только дентин при зондировании становится плотным, удаление зубных тканей должно быть прекращено. Затем, чтобы уменьшить объемную полимеризационную усадку и вероятность отлома бугра, может быть внесен горизонтальный слой композита (например, Spectrum TPH®3, DENTSPLY). Далее окончательная реставрация может быть обработана 12-, 18- и 30-гранными карбидными борами (например, Esthetic Finishing Burs, DENTSPLY Professional, York, PA), которые уберут излишки материала, проведут сглаживание и очищение прямой реставрации. Затем проводится полирование с помощью систем Enhance® и PoGo® (DENTSPLY Caulk), чтобы придать окончательный вид восстановленному зубу с гладкой поверхностью, натурально выглядящим глянцем и оптимальной эстетикой и функцией.

Минимально-инвазивные стоматологические процедуры получают все большую популярность при лечении и восстановлении начальных кариозных дефектов. Способность адгезивной реставрации усилить сохраненную здоровую структуру зуба должна быть объединена с правильным выбором и адекватным использованием инструментов для обеспечения лучшего для пациента результата. DT

Рис. 3. Дивергирующие стенки полости препарирования могут быть созданы с использованием конусного бора с круглым кончиком, что усилит общую ретенцию прямой композитной реставрации.

Рис. 4. Обратите внимание на формирующиеся борозды окклюзионной поверхности зуба при минимально-инвазивном препарировании. Дальнейшая реставрация проводится текучим композитом.

AD

Инвестиции в веб-сайт

Интернет – незаменимый источник информации, поэтому вашей клинике необходим хороший сайт

Эми Роуз
Великобритания

Когда-то пациенты обращались в ту стоматологическую клинику, которая была ближе всех к их дому. Сегодня такое случается все реже. Пациенты хотят получить стоматологическую помощь высочайшего качества за приемлемую цену и готовы искать и находить возможности для этого. Интернет – это тот инструмент, который позволяет людям получать самую разнообразную информацию, не выходя из дома. Сегодня все отрасли задействуют потенциал Интернета, и есть немало стоматологов, поступающих именно так.

Основы

Даже самый простенький сайт может содержать огромное количество важной информации. Его посетители могут узнать, где расположена ваша клиника, и как до нее добраться (возможно, изучив выложенную на сайте карту), выяснить часы работы клиники и ее контактные данные. Для удобства пациентов большинство клиник поддерживает с ними связь не только по телефону, но и по электронной почте. Сайт также может содержать полезные советы для пациентов, уже прошедших лечение, и описание видов стоматологической помощи, оказываемой клиникой. Последнее очень важно – если, например, человек, интересующийся отбеливанием зубов, не обнаружит на вашем сайте упоминания об этой процедуре, он, скорее всего, покинет вашу Интернет-страницу и будет искать дальше, вполне справедливо предполагая, что ваша клиника не занимается отбеливанием зубов.

Следите за своим сайтом

Открыв сайт, регулярно обновляйте его содержание – это поможет вам сделать его заметным. Тем не менее внимание следует уделять и такому аспекту, как дизайн сайта.

Если вы не хотите, чтобы потенциальные пациенты считали вас безнадежно отставшим от времени, поставьте себя на их место и представьте, что ищете стоматолога, оказывающего помощь высочайшего качества в соответствии с новейшими достижениями медицины и технологии. Если вы все еще сомневаетесь, вкладывать ли деньги в сайт, задайтесь вопросом: не будет ли клиника, располагающая информативной и привлекательной страницей в Интернете, более успешной, чем клиника, не имеющая своего сайта?

А если у вас уже есть сайт, но вы уделяете его состоянию мало внимания, то спросите себя, кого бы предпочли в качестве лечащего врача: стоматолога, на сайте которого есть интересные анимированные изображения и актуальная информация, или стоматолога, сайт которого находится в зачаточном состоянии и предлагает минимум возможностей?

Создайте неповторимый индивидуальный стиль

Интернет-сайт является лишь частью маркетинговой стратегии: эта стратегия должна предусматривать и наличие привлекательного запоминающегося логотипа, и адреса электронной почты с доменным именем, совпадающим с названием вашей клиники. Гармоничный индивидуальный стиль позволит вам создать марку, привлекающую пациентов и отражающую ваше стремление к совершенству. Если у вашей клиники до сих пор нет сайта, вам просто необходимо его создать. Технологии развиваются непрерывно, и если вы уже сейчас отстаете от времени, как же вы собираетесь шагать с ним в ногу потом? DT

Чтобы получить доброжелательные рекомендации по любым вопросам, касающимся создания сайтов, свяжитесь с компанией «Dental Design» по телефону 01202 677277 или посетите страницу по адресу www.dental-design.co.uk.

Контактная информация

Эми Роуз (Amy Rose) возглавляет отдел дизайна и маркетинга компании «Dental Design Ltd»; в области маркетинга стоматологических клиник она работает уже более 6 лет.

Улучшение гигиены полости рта способно снизить уровень больничных инфекций

Исследователи из Тель-Авивского университета Израиля обнаружили, что надлежащая гигиена полости рта может снизить риск возникновения больничных инфекций почти наполовину. Руководитель исследования д-р Ofra Raanan с кафедры медсестринского дела говорит, что сестры, работающие в различных медицинских центрах, обнаружили: чистка зубов у интубированных пациентов 3 раза в день ведет к сокращению числа случаев заболевания вентиляторно-ассоциированной пневмонией (ВАП), легочной инфекцией, возникающей у пациентов, подключенных к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Больничные инфекции, например ВАП, представляют серьезный риск при продолжительном пребывании в клинике. Как правило, ВАП вызывается безвредными бактериями полости рта, которые вместе с каплями воды попадают в дыхательную трубку, а через нее – в легкие, которые и колонизируют. Попав в легкие, бактерии вследствие ослабления иммунной системы пациента размножаются, вызывая серьезные заболевания, способные привести к летальному исходу. Интубированные пациенты могут получить пневмонию уже через 2–3 дня после введения трубки.

Обычно медицинские сестры используют специальный отсос для удаления секрета, скапливающегося во рту и горле пациентов, или же каждые несколько часов усаживают их. Д-р Raanan говорит, что ее рекомендации (публикация которых в ведущем журнале для медицинских сестер уже запланирована) могут убедить медицинские центры всего мира в необходимости выделения дополнительных ресурсов для проведения такой обычной процедуры, как чистка зубов пациентов. «Данный подход, безусловно, увеличит шансы пациентов» – убеждена она. DT

Мисвак ничем не хуже зубной пасты

Лейпциг: Стоматологи из Университета Короля Сауда, Риад, Саудовская Аравия, установили, что изготовленные из древесины арака палочки для чистки зубов, или мисвак, влияют на стоматологическое здоровье так же благотворно, как и зубная паста. Исследование выявило наличие в древесине арака 19 веществ, которые убивают болезнетворные микроорганизмы и защищают ткани десен. DT

Веселящий газ оказался более эффективен в сочетании с гипнозом

Болеутоляющее воздействие закиси азота – веселящего газа – может быть усилено внушением или гипнозом: об этом говорит новое исследование, проведенное в Университетском колледже Лондона (UCL). Исследование, опубликованное в журнале Psychopharmacology, показало, что закись азота усиливала восприимчивость к гипнотическому внушению примерно на 10% вне зависимости от ожиданий пациентов в отношении воздействия вещества. Результаты исследования указывают на то, что пациенты стоматологов могут выиграть, если научатся расслабляться в процессе седации.

«Закись азота является одним из наиболее широко применяемых и при этом наименее изученных анестезирующих газов, и до недавнего времени о механизме его воздействия было известно относительно мало, – сказал д-р Matthew Whalley, почетный член исследовательской группы UCL. – Многие стоматологи применяют веселящий газ для уменьшения волнения пациентов, однако наше исследование показывает, что сочетание газа с правильными инструкциями и внушением, помогающим пациентам расслабиться и погрузиться в мир собственного воображения, может усилить болеутоляющее действие».

Д-р Whalley сказал, что примерно 500 стоматологов Великобритании уже научились использовать в своей работе гипноз; оказалось, что пациенты хорошо реагируют на спокойную, гипнотическую манеру разговора с ними. Результаты нового исследования заставляют предположить, что этот эффект может быть усилен за счет использования веселящего газа, – добавил он. DT

AD

Nobel Biocare™

NobelReplace™

Самая распространенная система имплантатов в мире.*

Внутреннее трехканальное соединение для создания точных и надежных ортопедических конструкций

Поверхность TiUnite® и резьба Groovy™ для улучшения остеоинтеграции

Дизайн имплантата, повторяющий форму корня естественного зуба

Система цветового кодирования для точной и быстрой идентификации компонентов и простоты использования

Цветовая кодировка: пошаговый протокол сверления и предсказуемое хирургическое вмешательство

* Источник: Millennium Research Group

© Nobel Biocare 2009

Универсальность, простота использования и предсказуемость сделали дизайн имплантата NobelReplace™ Tapered самым распространенным в мире.* NobelReplace™ Tapered — это широко применяемая система двухкомпонентных имплантатов, которая позволяет достигать положительных результатов как в мягкой, так и твердой кости, а также при одно- и двухэтапном протоколе имплантации, обеспечивая оптимальную первичную стабилизацию во всех случаях. NobelReplace™ Tapered представляет собой систему, которая постоянно совершенствуется, чтобы максимально соответствовать требованиям хирургов, ортопедов и их пациентов — при создании как одиночных реставраций, так и конструкций из нескольких единиц. Независимо от того, обладает стоматолог начальным или значительным опытом установки имплантатов, данная система предоставляет широкие возможности применения.

Nobel Biocare является мировым лидером по созданию инновационных научно обоснованных решений для стоматологии. Дополнительную информацию Вы можете получить у представителя компании Nobel Biocare по телефону +7 (495) 974-77-55 или на веб-сайте компании.

www.nobelbiocare.com/nobelreplace

Изучение клинической эффективности лечебно-профилактических средств линии «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта

Д.м.н, проф. А.И.Грудянов, зав. отделением; к.м.н. И.Ю.Александровская; В.Ю.Корзунина, аспирант ЦНИИС и ЧЛХ, Москва

Отечественный рынок лекарственных средств для местного лечения гингивита и пародонтита представлен довольно обширным набором зарубежных и отечественных препаратов, обладающих противовоспалительным, антимикробным, антисептическим, адсорбирующим и другими свойствами [1–4].

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности новой отечественной лечебно-профилактической серии средств «Асепта»: бальзама для десен «Асепта», геля для десен «Асепта», ополаскивателя для полости рта «Асепта».

Материалы и методы

В группу исследования входили 60 человек (мужчины и женщины) в возрасте от 25 до 55 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Деление групп по возрастному принципу не проводили в связи с предполагаемым отсутствием влияния возрастного фактора.

Все пациенты были разделены на 4 группы по 12–15 человек в каждой. Во всех 4 группах пациенты использовали для чистки зубную пасту «Новый жемчуг Кальций». В контрольной группе пациенты только чистили зубы пастой. В 1-й группе сравнения пациенты наряду с зубной пастой использовали бальзам для десен «Асепта», во 2-й – гель для десен «Асепта», в 3-й – ополаскиватель «Асепта».

В целях изучения эффективности действия именно перечисленных лекарственных препаратов предварительную профессиональную гигиену полости рта пациентам не проводили, и они продолжали привычную чистку зубов.

В состав бальзама для десен «Асепта» входят активные вещества: метронидазол – 1,0%, хлоргексидин – 0,1%, масло мяты эфирное, ментол. Адгезивная основа бальзама состоит из пектина и карбоксиметилцеллюлозы, которая при нанесении на слизистую оболочку хорошо приклеивается к ней, набухает и сохраняется в течение 30–45 мин. Этим объясняется направленное и достаточно длительное действие входящих препаратов. Бальзам «Асепта» пациенты наносили самостоятельно 2 раза в день в течение 14 дней после предварительной демонстрации им методики применения препарата.

В состав геля «Асепта» входит экстракт прополиса 10%. Преимуществом этой формы препаратов прополиса является более длительная адгезия геля на слизистых оболочках и, соответственно, большая реализация лечебного действия. Прополис обладает противомикробным действием в отношении грамположительных бактерий, противовоспалительным, а также противозудным и анальгезирующим действием, ускоряет процесс регенерации и эпителизации, стимулирует метаболические процессы. Гель назначали пациентам 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Ополаскиватель для полости рта – комбинированный препарат для применения при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта. Содержит хлоргексидин – 0,05%, бензидамин – 0,15% (обладает противовоспалительным и обезболивающим действием), ментол. Полоскания назначали 2 раза в день по 1 мин в течение 14 дней.

Зубная паста «Новый жемчуг Кальций» содержит глицерофосфат кальция, который восполняет дефицит кальция и фосфора в твердых тканях зубов, укрепляет эмаль и способствует ее восстановлению. Пациентам рекомендовали чистить зубы 2 раза в день не менее 3 мин в течение 14 дней.

Для определения состояния гигиены полости рта использовали индекс Силнес–Лоэ (Silness–Loe, 1962 г.), который основан на определении количества мягкого зубного налета в придесневой области. Общая оценка гигиенического состояния полости рта дается на основании обследования «зубов Рамфьорда» (S.Ramfjord, 1959): 16, 21, 24, 36, 41, 44.

Количество налета определяли при проведении кончиком зонда по шейке зуба:

0 – на кончике зонда нет налета;
1 – на кончике зонда есть небольшое количество налета;
2 – визуально определяется налет около шейки зуба, а его количество на зонде значительное;
3 – визуально определяется значительное количество налета.

Для характеристики степени воспаления в тканях пародонта использовали показатель интенсивности кровоточивости десневой бороздки при зондовой пробе (H.Muhlemann, 1971). Исследование проводят в области «зубов Рамфьорда» с помощью пуговчатого или специального затупленного зонда. Оценочная шкала следующая:

0 – нет кровоточивости;
1 – кровоточивость появляется не раньше 30 с;
2 – кровоточивость появляется в пределах 30 с;
3 – кровоточивость при приеме пищи или чистке зубов [4].

Индексную оценку проводили до применения перечисленных лечебных препаратов, а также через 7 и 14 дней их использования.

Результаты исследования

В 1-й группе сравнения все пациенты отмечали вполне приемлемые органолептические свойства бальзама (что достаточно лестно для препарата на основе метронидазола и хлоргексидина), простоту его использования и хорошую адгезию на протяжении не менее 30 мин (5 человек отмечали сохранение его до 1 ч).

Ни в одном случае не возникла аллергическая реакция на препарат. Клинически улучшение состояния десны было очевидным. Динамика клинических индексов представлена в табл. 1.

Для выявления эффективности бальзама для десен «Асепта» было проведено сравнительное исследование клинических параметров в контрольной группе, в которой использовалась только зубная паста «Новый жемчуг Кальций», и в группе пациентов, которые использовали данный препарат (см. табл. 1) параллельно с зубной пастой «Новый жемчуг Кальций».

Проведенные клинические исследования показали, что при использовании бальзама «Асепта» индекс Мюллемана на протяжении 2 недель прогрессивно снижался. Подобная тенденция, но только в течение 1-й недели, была и в группе сравнения. В связи с тем, что сам бальзам не улучшает гигиеническое состояние, можно отнести этот эффект за счет улучшения ухода за полостью рта самими пациентами. Что же касается снижения индекса воспаления, то различия в его динамике в обеих группах вполне могут быть объяснены кумулятивным антимикробным действием метронидазола и хлоргексидина.

При использовании геля для десен «Асепта» пациенты также отмечали хорошие органолептические свойства препарата, но длительность его сохранения в полости рта, которую оценивали по запаху и вкусу, была существенно короче – не более 10 мин. Ни в одном случае не отмечено негативной реакции на препарат. Визуально состояние десны было лучше исходного. Динамика клинических индексов также свидетельствует об этом (табл. 2).

Органолептические качества ополаскивателя «Асепта» все пациенты оценивали одинаково хорошими, отрицательных реакций на полоскание не выявлено. Клинически противовоспалительный эффект был очевидным, и это подтверждено изменением клинических индексов (табл. 3).

Через 7 и 14 дней индекс кровоточивости при зондовой пробе был значительно ниже при использовании ополаскивателя для полости рта «Асепта».

Выводы

Анализ полученных результатов выявил достаточно высокую эффективность бальзама для десен «Асепта», ополаскивателя для полости рта «Асепта» при пародонтите средней степени тяжести. Гель для десен «Асепта» оказался также эффективным, но при данной степени тяжести пародонтита, видимо, целесообразно, кроме аппликаций, вводить его непосредственно в пародонтальные карманы в условиях лечебного учреждения. Следовательно, рекомендовать его следует для комбинированного использования – профессионального в сочетании с индивидуальным в период поддерживающей терапии.

Использование ополаскивателя для полости рта «Асепта» оказалось достаточно эффективным. Кроме того, не зафиксировано ни явлений раздражения слизистой оболочки, ни коричневого окрашивания пломб. Это свидетельствует о том, что использование данного ополаскивателя в течение 2 нед обеспечивает очевидный клинический эффект при отсутствии негативных побочных последствий. DT

Таблица 1. Динамика клинических индексов у пациентов, использовавших бальзам для десен «Асепта», и в контрольной группе

Индекс, усл. ед.	Число пациентов	Бальзам для десен «Асепта» и зубная паста «Новый жемчуг Кальций»			Зубная паста «Новый жемчуг Кальций»		
		до использования	через 7 дней	через 14 дней	до использования	через 7 дней	через 14 дней
Силнес–Лоэ	15	2,14	1,58	1,39	2,16	1,6	1,55
Мюллемана	15	1,94	1,18	1,1	2,1	1,65	1,75

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: различия в сравниваемых группах и на этапах наблюдения достоверны при $p<0,01$.

Таблица 2. Динамика клинических индексов у пациентов, использовавших гель для десен «Асепта», и в контрольной группе

Индекс, усл. ед.	Число пациентов	Гель для десен «Асепта» и зубная паста «Новый жемчуг Кальций»			Зубная паста «Новый жемчуг Кальций»		
		до использования	через 7 дней	через 14 дней	до использования	через 7 дней	через 14 дней
Силнес–Лоэ	12	2,24	1,72	1,93	2,16	1,6	1,65
Мюллемана	12	2,37	1,64	1,97	2,1	1,65	1,75

Таблица 3. Динамика клинических индексов у пациентов, использовавших ополаскиватель «Асепта», и в контрольной группе

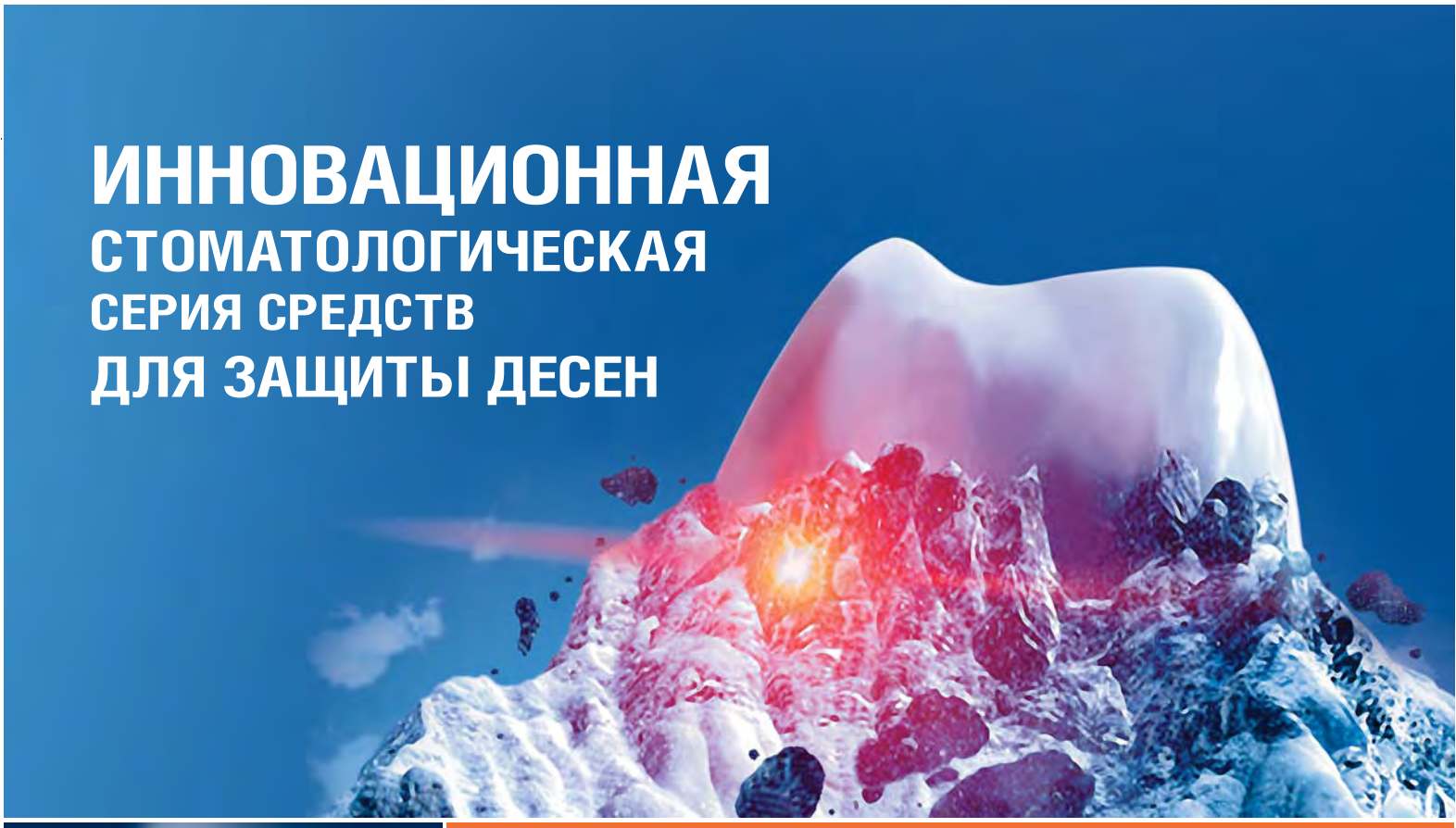
Индекс, усл. ед.	Число пациентов	Ополаскиватель полости рта «Асепта» и зубная паста «Новый жемчуг Кальций»			Зубная паста «Новый жемчуг Кальций»		
		до использования	через 7 дней	через 14 дней	до использования	через 7 дней	через 14 дней
Силнес–Лоэ	15	2,12	1,74	1,57	2,16	1,6	1,65
Мюллемана	15	1,96	1,35	1,48	2,1	1,65	1,75

Литература

1. Орехова ЛЮ., Тэц В.В., Улитовский С.Б. и др. Использование адгезивного бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Пародонтология, 2007; 3 (44): 3–7.
2. Кучумова Е.Д., Леонтьев А.А., Калинина О.В.и др. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта. Пародонтология, 2008; 1 (46): 83–8.
3. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. М.: МИА, 2004; 79.
4. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. М.: МИА, 2007.
5. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. М.: МИА 2004.
6. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002; 328.
7. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. М., 2006.

Эта статья была опубликова в журнале «Пародонтология», 2008; 3 (48).

ИННОВАЦИОННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕРИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ДЕСЕН



АСЕПТА®

НА ЗАЩИТЕ ВАШИХ ДЁСЕН

Подавляет микроорганизмы, вызывающие воспаление десен

Способствует снижению кровоточивости и болезненности десен

Обеспечивает очищающее действие и надежную профилактическую защиту

Бальзам для десен «Асепта®» – специальная адгезивная основа позволяет бальзаму закрепляться на деснах более чем на 30 минут, значимо усиливая эффективность действия противомикробных компонентов бальзама (метронидазол, хлоргексидин) в месте воспаления.*

Гель для десен «Асепта®» с прополисом – обеспечивает удобство и легкость применения прополиса благодаря уникальной гелевой форме выпуска средства.

Ополаскиватель для полости рта «Асепта®» – содержит новую комбинацию антисептика (хлоргексидин) и противовоспалительного компонента (бензидамин), позволяющую совместить противомикробное действие со снятием воспаления и болевых ощущений в полости рта.*

Лечебно-профилактические зубные пасты «Асепта®» – содержат экстракты лечебных трав, термальную грязь, ксилит и фермент папаин, обеспечивающие комплексный уход и снижение повышенной чувствительности зубов и десен в период воспаления и последующей профилактики.*

Ополаскиватель для полости рта «Асепта® Fresh» - обеспечит ежедневную профилактическую защиту здоровья десен и зубов, улучшит гигиену полости рта.

ОДОБРЕНО ЦНИИС

*Эффективность средств серии «Асепта®» подтверждена клиническими испытаниями (ЦНИИС, СПбГМУ, 2007, 2008)

www.asepta.ru

Горячая линия: 8–800–2000–305

ВЕРТЕКС
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ