

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ДИМЕКСИДОМ И ЛИЗОЦИМОМ

С. И. Мушарпова

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Воспаление пульпы зуба — заболевание, проявляющееся выраженным болевым синдромом. В настоящее время лечение пульпита проводится преимущественно хирургическим методом, предусматривающим частичную или полную ампутацию пульпы с применением обезболивания либо после предварительной некротизации. Депульпированные зубы могут стать источником хронической инфекции и сенсибилизации организма [4, 8]. В связи с этим консервативное лечение пульпита, направленное на купирование воспалительного процесса и сохранение жизнеспособной пульпы, представляется особенно интересным.

Известно немало методов консервативного лечения пульпита, основанных на использовании медикаментозных и других средств. Однако они используются только в 2,6—7,7% случаев [3, 5], что связано с их недостаточной надежностью. Следовательно, повышение эффективности консервативного лечения пульпита продолжает оставаться важнейшей задачей.

В настоящее время ряд авторов рекомендуют консервативное лечение пульпита, основанное на использовании медикаментов, повышающих устойчивость ткани пульпы [1, 2, 6, 7]. Среди них следует выделить кристаллический лизоцим и димексид. Интерес исследователей к лизоциму объясняется тем, что он представляет собой один из основных факторов естественной защиты организма. Этот фермент обладает антимикробным, обезболивающим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием. Важным свойством димексида является его способность проникать через биологические мембраны в ткани, в которых он стимулирует репаративные процессы.

Нами изучена терапевтическая эффективность димексида и кристаллического лизоцима, а также их сочетания при консервативном лечении пульпита, которое мы осуществляли в два посещения. В первое проводили оперативную обработку кариозной полости, предусматривающую максимальное удаление размягченного дентина. Но если он, изменившись в цвете, сохранил свою плотность, его оставляли на дне кариозной полости. Такой дентин при аппликации 1% раствора йодистого калия в отличие от пораженного не прокрашивается.

После оперативной обработки на дно кариозной полости накладывали ватный тампон, пропитанный димексидом либо лизоцимом или их смесью. Через 5 мин тампон заменяли и кариозную полость закрывали повязкой из искусственного дентина. При повторном посещении, обычно через 24—48 ч, тампон удаляли и дно кариозной полости заполняли соответствующей пастой. Ее готовили *ex tempore* путем замешивания белой глины на 70% растворе димексида или лизоцима (25 мг лизоцима растворяли в 1,0 мл физиологического раствора) или путем сочетания этих препаратов (25 мг лизоцима растворяли в 1,0 мл 70% раствора димексида). Пасту покрывали искусственным дентином, замешанным на воде, и прокладкой из фосфат-цемента. Завершали лечение пломбированием зуба.

В тех случаях, когда больной жаловался на боли в зубе, повязку удаляли и на дно повторно накладывали ватный тампон, пропитанный соответствующими медикаментами. Если боли не прекращались и к следующему посещению, лечение считали безуспешным. Его эффективность оценивали по непосредственным (до 12 дней) результатам и данным повторного обследования в ближайшие (до 3 мес) и отдаленные (до 24 мес) сроки.

О результативности примененных вариантов непосредственно после лечения судили по устранению болевого синдрома и отсутствию болевой реакции на холодный раздражитель. Исходы лечения в ближайшие сроки определяли по жалобам больного, реакции зуба на перкуссию, на действие холодного раздражителя и по данным электроодонтометрии. При обследовании в отдаленные сроки учитывали жалобы больного, состояние зуба и пломбы, реакцию зуба на термические раздражители, на перкуссию, показатели электроодонтометрии, а также данные рентгенограмм. Наблюдение за больными прекращали при выпадении пломбы или образо-

вании в ней дефекта, сообщающегося с кариозной полостью, а также в случае прогрессирования воспаления пульпы.

Под нашим наблюдением находились 222 человека, из них у 176 был острый серозный ограниченный пульпит и у 46 — хронический фиброзный пульпит. У всех больных проведено лечение соответственно 255 и 49 зубов. Непосредственно после лечения изучена эффективность лечения 239 зубов, леченных димексидом (120), лизоцимом (44), их сочетанием (75). При остром серозном ограниченном пульпите применение димексида непосредственно после лечения оказалось эффективным в $95,6 \pm 2,1\%$ случаев, лизоцима — в $86,9 \pm 5,5\%$, их сочетания — $98,4 \pm 1,5\%$. Лечение хронического фиброзного пульпита с использованием димексида было успешным в $89,3 \pm 6,0\%$, лизоцима — во всех 6 случаях, их сочетания — также во всех 11 случаях.

Результаты применения димексида в ближайшие сроки после лечения острого серозного ограниченного пульпита оказались положительными в $93,1 \pm 2,7\%$, лизоцима — во всех 32 случаях, их сочетания — в $94,9 \pm 2,9\%$. Применение димексида по поводу хронического фиброзного пульпита было эффективным в $83,3 \pm 7,6\%$ случаев, лизоцима — в $83,3 \pm 15,2\%$, их сочетания — в $60,0 \pm 16,3\%$.

В отдаленные сроки после лечения обследовано 189 зубов, леченных димексидом (92), лизоцимом (34), их сочетанием (63). В эти сроки лечение острого серозного ограниченного пульпита димексидом оказалось успешным в $82,9 \pm 4,3\%$, лизоцимом — в $82,8 \pm 7,1\%$, их сочетанием — в $87,3 \pm 4,5\%$.

Лечение хронического фиброзного пульпита димексидом в отдаленные сроки оказалось успешным в 9 из 16 случаев, лизоцимом — в 2 из 5 и димексидом в сочетании с лизоцимом — в 3 из 8.

Таким образом, установлена высокая терапевтическая эффективность консервативного лечения острого серозного ограниченного пульпита с применением димексида, кристаллического лизоцима и их сочетания. При этом зависимости исхода лечения от того, какой медикамент использовался, не обнаружено. При хроническом фиброзном пульпите выявлен недостаточный эффект всех примененных вариантов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балтрушайтене К. П. Некоторые данные о применении лизоцима и неомицина для лечения пульпитов биологическим методом. Автореф. канд. дисс., Каунас, 1972.— 2. Василенко В. Ф. Комплексное лечение пульпита биологическим методом. Автореф. канд. дисс., Киев, 1970.— 3. Грошиков М. И., Гречишников В. И. *Стоматология*, 1982, 1.— 4. Овруцкий Г. Д. *Казанский мед. ж.*, 1981, 1.— 5. Турабов А., Южный В. В. В кн.: *Материалы трудов 1-й городской конференции общества стоматологов и зубных врачей г. Ташкента*. Ташкент, 1973.— 6. Умбеталиев Г. А. В кн.: *Вопросы стоматологии*. Алма-Ата, 1980.— 7. Царинский М. М. В кн.: *Материалы 5-й краевой конференции стоматологов*. Краснодар, 1974.— 8. Raab H. *OST. Z. Stomatol.*, 1964, 61, 4.

Поступила 24 сентября 1983 г.

ОБЗОРЫ

УДК 616.728.2—002.27—089.85

ОСТЕОТОМИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

А. Л. Гиммельфарб

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Остеотомия как корригирующее ортопедическое вмешательство впервые была осуществлена Бартоном более полутора века назад [22]. Спустя сто лет ее еще продолжали рассматривать как корригирующую операцию, противопоставляя ей операции лечебные [8]. Лишь в 1927 г. А. А. Козловский обнаружил благотворное воздействие эпиметафизарных остеотомий на течение суставных, в том числе и дистро-