

*На правах рукописи*

Третьних Светлана Алексеевна

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА  
ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ  
ПАРОДОНТИТОМ**

14.00.21 – Стоматология

14.00.16 – Патологическая физиология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

ИПРМ, 2007

Работа выполнялась в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермский государственный медицинский академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ректор д.м.н. профессор И.П. Корюкова).

#### Научные руководители:

дoктoр мeдицинских наук,  
профессор

*Петрова Людмила Евгеньевна*

кандидат медицинских наук,  
дoцeнт

*Климанов Владимир Федорович*

#### Официальные оппоненты:

дoктoр мeдицинских наук,  
профессор

*Лавинская Марина Анатольевна*

дoктoр мeдицинских наук,  
профессор

*Степан Анатольевич Шестович*

#### Ведущая организация:

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава (г. Екатеринбург)

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2007 г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д. 208.067.01 при ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава (614990, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава (614000, г. Пермь, ул. Коммунистическая, 26) и на сайте [www.pgma.ru](http://www.pgma.ru) в автореферате.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2007 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

*Мухомов В.А.*

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Хронический генерализованный пародонтит является сложным заболеванием, в патогенезе которого играют роль микроорганизмы зубной бляшки, вызывающие воспаление и деструкцию тканей пародонта, эндотоксикацию и снижение иммунологической резистентности организма (Воложин А.И., 1996; Душенин Т.М., 2001; Дмитриева Л.А., 2003).

Перспективными направлениями исследований в пародонтологии являются разработка новых методов диагностики и лечения хронического пародонтита. Важным аспектом является совершенствование методов лабораторной оценки тяжести воспалительно-деструктивного процесса в пародонте с одновременным определением уровня местной противомикробной защиты и неспецифической резистентности организма (Барер Г.М., Лемешкая Т.И., 1996; Григорьян А.С., 1999; Давылевский Н.Ф., 1996; Маянский Д.Н., 1991).

Актуальной задачей является разработка и апробация новых способов медикаментозной терапии хронического пародонтита, оказывающих комплексное воздействие на этиологические и патогенетические факторы развития заболевания (Грудянов А.И., 2004; Орехова Л.Ю., 2004; Ценов Л.М., 2006).

Доказана эффективность применения 2% водного раствора соли «Ахиллес» для улучшения гигиены полости рта и повышения минерализующего потенциала ротовой жидкости у школьников и для профилактики вирусных заболеваний у детей в эпидемический период (Колобова Е.Б., 2001; Корюкова И.П. с соавт., 2004; Шустова О.А., 2004). Однако, при лечении пародонтита этот препарат не использовали.

В комплексном лечении больных пародонтитом целесообразно применение сорбентов, которые адсорбируют токсические вещества и оказывают десенсибилизирующее, детоксицирующее и антиоксидантное действие (Леонова Л.Е. с соавт., 2000; Москвина Т.С. с соавт., 1998.), но такой уникальный энтеросорбент, как «Реклиден-РД» не использовали.

В последние годы получены позитивные сведения о применении биологически активных лекарственных средств, обеспечивающих противовоспалительный и иммуотропный эффекты. В связи с этим представляет интерес изучение эффективности совместного применения 2% водного раствора соли «Ахиллес» в качестве ополаскивателя полости рта, а также вещества природного происхождения – адантогена «Олексин» и энтеросорбента «Реклиден-РД» в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести. Сведения об использовании такого лечебного комплекса при пародонтите отсутствуют.

**Цель работы:** клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести с применением нового способа медикаментозной терапии.

### Задачи:

1. Провести клиническую апробацию и оценку эффективности комплексного лечения пациентов хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести с использованием нового лечебного комплекса, включающего препараты «Олексин» и «Рекшан-РД», а также 2% водный раствор соли «Ахиллес».
2. Оценить влияние комплексного лечения больных хроническим пародонтитом с использованием 2% водного раствора соли «Ахиллес» на клинические и лабораторные показатели состояния пародонта.
3. Разработать новый лабораторный цитологический критерий оценки степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта и использовать его для оценки эффективности предложенного лечения.
4. Изучить характер общей неспецифической фагоцитарной реакции организма для совершенствования диагностики и оценки эффективности лечения хронического пародонтита различной степени тяжести.
5. Изучить эффективность использования нового лечебного комплекса в комплексной терапии у больных хроническим генерализованным пародонтитом различной тяжести в отдаленные сроки.

**Научная новизна.** Впервые для повышения эффективности комплексного лечения хронического пародонтита на основе клинико-лабораторных исследований разработан новый «Способ лечения пародонтита» (патент №2283100 от 10.09.2006).

Впервые проведена комплексная клинико-лабораторная оценка эффективности использования нового лечебного комплекса, включающего 2% водный раствор соли «Ахиллес» в качестве ополаскивателя полости рта для местной медикаментозной терапии, а также адгосорбент «Олексин» и энтеросорбент «Рекшан-РД» у больных хроническим генерализованным пародонтитом различной степени в ближайшие и отдаленные сроки.

Разработан новый количественный цитологический показатель АЧ/ВДИ, основанный на соотношении уровня местной противомикробной защиты ротовой полости (АЧ) и степени деструкции тканей пародонта (ВДИ) и позволяющий оценить степень тяжести воспалительного процесса тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом (свидетельство на интеллектуальный продукт «Способ оценки степени тяжести воспалительного процесса тканей пародонта» №73200700064 от 07.08.2007).

Впервые в процессе диагностики и лечения больных пародонтитом установлены различные типы общей неспецифической фагоцитарной реакции с формированием при легкой степени заболевания преимущественно гиперергического типа, при тяжелой степени – гиперергического типа, а при средней степени – всех трёх типов с включением нормергического. Установлена патогенетическая связь между нарастанием степени интоксикации среды ротовой полости (ПМЛ), нарастанием степени тяжести воспалительного процесса (АЧ/ВДИ) и снижением интенсивности фагоцитарной реакции (ИАФ).

**Практическая значимость работы.** Результаты проведенных исследований относятся непосредственно к практической медицине.

Разработанный способ лечения пародонтита может быть использован для широкого применения в стоматологической практике, особенно для лечения больных с развивающейся формой хронического генерализованного пародонтита, так как он обеспечивает повышение эффективности местной медикаментозной терапии, уровня местной противомикробной защиты и улучшение состояния тканей пародонта.

В комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита для местной медикаментозной терапии на всех этапах лечения может быть применён 2% водный раствор соли «Ахиллес» в качестве ополаскивателя полости рта, который обладает выраженным противовоспалительным действием.

Разработанный количественный цитологический показатель АЧ/ВДИ, отражающий величину соотношения интенсивности процессов местной защиты и повреждения, может быть использован для оценки степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса при хроническом генерализованном пародонтите и оценки эффективности проводимого лечения.

Показатель ИАФ может быть применён для определения типа общей неспецифической фагоцитарной реакции при ХГП различной степени тяжести, а также для прогноза и оценки эффективности лечения заболевания.

Степень интоксикации среды ротовой полости может быть определена по процентному содержанию мёртвых лейкоцитов (ПМЛ) и использована для оценки местных проявлений эндотоксемии.

### Положения, выносимые на защиту:

1. Использование нового лечебного комплекса в программе местной и общей медикаментозной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом оказывает существенное позитивное влияние на клиническое состояние тканей пародонта в ближайшие и отдаленные сроки.
2. Комплексное лечение больных ХГП с применением нового лечебного комплекса приводит к ограничению воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, нормализации местной противомикробной и общей фагоцитарной защиты организма, что приводит к снижению тяжести заболевания.

**Внедрение в практику.** Данные исследования внедрены в практику работы терапевтического отделения стоматологической клиники ГОУ ВПО ПГМА им. д-ра Е.А.Вагнера Рязань. Материалы диссертации используются при чтении лекций на кафедре стоматологии ФПК и ППС и кафедре патологической физиологии ГОУ ВПО ПГМА им. д-ра Е.А. Вагнера Рязань.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ. Получен патент: «Способ лечения пародонтита» (№2283100 от 10.09.06) и свидетельство на интеллектуальный продукт «Способ оценки степени

тяжести воспалительного процесса тканей пародонта» (№73200700064 от 07.08.2007)

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на V Всероссийском конгрессе «Стоматология XXI века. Клиническая пародонтология» (Пермь, 2005), VI Всероссийском конгрессе «Стоматология Большого Урала. Новейшие технологии в стоматологии» (Пермь, 2007); на международной выставке «Медицина и здоровье» (Пермь, 2006); научной сессии ГОУ ВПО ПГМА (Пермь, 2006); Уральской конференции «Актуальные вопросы иммунологии» (Пермь, 2006).

Ход выполнения диссертационной работы обсуждался на заседаниях кафедр стоматологии ФПК и ППС и патологической физиологии, а также на совместном заседании сотрудников кафедр стоматологического факультета (2004). Апробация работы проведена на совместном заседании научно-координационного Совета по стоматологии и кафедры патофизиологии ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава 14 июня 2007г.

**Личный вклад автора в выполнение работы.** Все клинико-рентгенологические, лабораторные и статистические исследования, а также обследование больных пародонтитом с помощью компьютерной системы «Флорида Проуби» выполнены лично автором. Лечение больных проводили в частном стоматологическом кабинете г.Нижневартовска и на базе кафедры стоматологии ФПК и ППС ГОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А.Вагнера Росздрава. Лабораторные исследования выполнены на кафедре патологической физиологии ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация представлена рукописью на русском языке объемом 145 машинописных страниц и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который содержит 210 наименований работ, в том числе 138 отечественных и 72 зарубежных. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 21 рисунком.

## Содержание работы

### Материалы и методы исследования

Проведено клиническое обследование и лечение 129 пациентов (69 женщины и 60 мужчин) в возрасте от 28 до 55 лет, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) различной степени тяжести. Пациенты были обследованы участковыми терапевтами по месту жительства, выявлены заболевания внутренних органов в стадии ремиссии: у 19 больных диагностированы заболевания желудочно-кишечного тракта; у 5 пациентов – хронической бронхит, остеохондроз – у 17 больных.

Всем больным проведено комплексное стоматологическое обследование по традиционной схеме, включающей основные клинические методы и определение индекса гигиены полости рта (ОИГ-5) по методу J.C. Green, J.R. Vermillion (1964), индекса гингивита – PMA (C.Patna, 1960), пародон-

тального индекса – Pi (A.Russef, 1956) и индекса кровоточивости десневой борозды (SBI) по H.R.Mihelmann и модификации J.Cowell (1975). Углубленное исследование состояния тканей пародонта проведено у 43 человек с помощью компьютерной системы «Флорида Проуби». Всем пациентам проведено рентгенологическое обследование.

Цитоморфометрические исследования содержимого пародонтальных карманов выполнены у 129 больных ХГП различной тяжести в процессе лечения по методу Григорьяна А.С. с соавт. (1999) с определением воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ). Значения индекса вычисляли по формуле:  $ВДИ = [L + G + \Phi] / M$ , где L – число нейтрофильных гранулоцитов, G – голоядерные мононуклеары,  $\Phi$  – фибробласты, M – неповрежденные мононуклеары. Границы нормы ВДИ составляют 3,0 – 10,0 относительных единиц. Критерием местной противомикробной защиты служила адгезивная способность эпителиальных клеток ротовой полости – адгезионное число (АЧ). В норме АЧ составляет 3,0 – 6,0 объектов адгезии на 1 эпителиоцит (Леонова Л.Е., Красина Ю.Ю., 2002).

Интенсивность процесса эмиграции лейкоцитов в ротовую полость оценивали по методу М.А. Яснковского (1942) с определением абсолютного количества лейкоцитов (АКЛ) и процентного содержания мертвых лейкоцитов (ПМЛ), как показателя протоксичности среды ротовой полости. В норме АКЛ составляет 0 – 100 клеток в 1мл слюняной жидкости, а ПМЛ – 0 – 30%. Индекс десневой жидкости (ИДЖ), отражающий процесс экссудации, определяли в соответствии с рекомендациями Барера Г.М. (1989), при нормальной величине показателя 0 – 0,1 мг сухой массы экссудата.

Общую лейкоцитарную реакцию организма оценивали по абсолютному количеству нейтрофилов в капиллярной крови (АКН), составляющему в норме  $2,0 - 6,0 \cdot 10^3$  клеток/мл. Общую неспецифическую фагоцитарную реакцию организма оценивали по фагоцитарной активности нейтрофилов капиллярной крови методом В.Н. Каплина (1995) с расчетом индекса активности фагоцитов в стандартном выражении. В норме ИАФ составляет 0,7 – 1,4 относительных единиц. Всего приготовлено и изучено 517 микропрепаратов.

Комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтитом включало проведение профессиональной гигиены и обучение навыкам индивидуальной гигиены полости рта, устранение местных раздражающих факторов тканей пародонта и слизистой полости рта. По показаниям рекомендовали хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. В зависимости от методов проводимого лечения были сформированы две группы наблюдения (табл. 1).

**В основную группу вошли 77 пациентов (40 мужчин и 37 женщин, средний возраст –  $40,3 \pm 1,6$  лет). Пародонтит легкой степени установлен у 12 больных, средней тяжести – у 41 и тяжелой степени – у 24 обследованных.**

Лечение больных проводили по единой схеме и в зависимости от индивидуальных особенностей и степени тяжести пародонтита. На приеме у врача для аппликаций и инстилляций в пародонтальные карманы использовали 0,1% раствор хлоргексидина.

Таблица 1

Распределение больных по группам наблюдения

Степень тяжести пародонтита	Основная группа	Группа сравнения	Всего
Легкая	12	11	23
Средняя	41	28	69
Тяжелая	24	13	37
Всего	77	52	129

Для лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом в программе медикаментозной терапии был разработан и апробирован лечебный комплекс, включающий препараты «Ахиллес», «Олексин» и «Рекицен-РД».

Пациентам рекомендовали проводить дважды в день полоскания 2% водным раствором соли «Ахиллес» при пародонтите легкой степени не менее 14 дней, средней степени – 20 дней и тяжелой степени – в течение 30 дней. Для получения необходимой концентрации требовалось растворение 1 чайной ложки соли в стакане питьевой воды.

Морская соль «Ахиллес» (патент РФ № 2028274, ОАО «Сильвинит» г. Соликамск) представляет собой кристаллический полиминеральный экологически чистый продукт, раствор соли близок по минеральному составу не только к морской воде, но и к слюне, и плазме крови, pH 7,0-7,4. Раствор соли «Ахиллес» обладает противовоспалительным, бактерицидным и регенерирующим действием.

«Олексин» (патент № 2132197, «Пермское НПО «Биомед») представляет гидрофильный концентрированный экстракт из листьев и цветков персика обыкновенного (*Persica vulgaris* Mill.), содержат флавоноиды и их гликозиды, танины, фенолкарбоновые кислоты, порфирины и полисахариды, обладает противовоспалительным, противоопухолевым, антиоксидантным, адаптогенным и иммуномодулирующим действием, повышает фагоцитирующую активность лейкоцитов, усиливает синтез антител и продукцию Т-лимфоцитов.

«Рекицен-РД» (ТУ 9295-003-05344371-99, ЗАО «Ягодное» г. Киров) являясь энтеросорбентом, оказывает противовоспалительное, детоксицирующее, иммуностимулирующее и антиоксидантное действие.

Терапию осуществляли следующим образом: «Олексин» назначали внутрь 2 раза в день по 15-20 капель в небольшом количестве воды, «Рекицен-РД» принимали, разводя 1 столовую ложку в 100мл воды, либо кефира или йогурта утром и вечером перед едой в течение 10 дней с повторением курса лечения через 10 дней. Продолжительность курса лечения составляла 30 дней.

Группу сравнения составили 52 пациента (20 мужчин, 32 женщины, средний возраст –  $39,2 \pm 1,85$  лет). Пародонтит легкой степени диагностирован у 11 больных, средней тяжести – у 28 и тяжелой – у 13 пациентов. Лечение пародонтита также проводили по единой схеме. Для местной медикаментозной терапии применяли 0,1% раствор хлоргексидина на приеме у пародонтолога. Рекомендовали полоскания отварами трая (ромашка, тысячелистник, календула) и ополаскивателями, содержащими хлоргексидин. По индивидуальным показаниям назначали приём антибиотиков и витаминов.

Результаты лечения оценивали через 1, 6 и 12 месяцев. Пациенты в обеих группах были сопоставимы по возрасту и клиническим проявлениям воспалительно-дистрофического процесса в пародонте.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью пакетов статистических программ Statistica for Windows 5.0 и «Биостатистика». Для определения достоверности результатов исследования применяли параметрический t критерий Стьюдента и непараметрический U критерий Манна-Уитни. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследования и их обсуждение

Проведено обследование и лечение 129 пациентов, страдающих пародонтитом. До лечения больные чаще всего предъявляли жалобы на неприятный запах и дискомфорт в полости рта, кровоточивость и болезненность десны, на подвижность отдельных зубов. Большинство больных ранее не лечились у пародонтолога. У обследованных установлена высокая интенсивность кариеса зубов (КПУ =  $18,1 \pm 3,7$ ). Дефекты зубных рядов в области моляров выявлены у 33% обследованных, у 25% больных обнаружены аномалии положения зубов, диастемы, тремы.

У всех пациентов наблюдалась выраженная кровоточивость десны на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Индекс гигиены полости рта как «неудовлетворительной» и «плохой» установлен у 83% больных пародонтитом легкой степени, у 89% – при средней степени и у всех пациентов с тяжелым течением пародонтита. В пародонте наблюдался воспалительно-деструктивный процесс, подтвержденный изменениями пародонтальных индексов. Отмечено возрастание средних значений индекса гингивита от  $22,64 \pm 1,93\%$  – при легкой степени заболевания до  $68,12 \pm 3,73\%$  – при тяжелом течении, а пародонтального индекса – от  $1,25 \pm 0,15$  до  $5,45 \pm 0,14$  соответственно.

Оценка непосредственных результатов терапии больных пародонтитом различной степени тяжести в обеих группах наблюдения свидетельствовала о положительном эффекте лечения. После курса лечения у большинства обследованных десна приобрела бледно-розовую окраску, стала безболезненной, плотной, исчезла кровоточивость десны и уменьшилась глубина пародонтальных карманов. Ежедневный контроль усвоения пациентами основ индивидуальной гигиены демонстрировала достоверное улучшение гигиенического состояния полости рта.

В процессе лечения больные основной группы отметили быстрое уменьшение и исчезновение кровоточивости и болезненности десны и появление ощущения «чистых гладких зубов» после использования соли «Ахиллес» в качестве ополаскивателя.

У больных пародонтитом легкой степени после 2-3 сеансов лечения произошло достоверное улучшение состояния пародонта, а гигиеническое состояние полости рта оценивалось как «хорошее». Наиболее выраженный эффект применения лечебного комплекса, включающего использование 2% водного раствора соли «Ахиллес» для местной терапии, установился при динамике индексов кровоточивости и гингивита. Среднее значение индекса SBI достоверно уменьшилось в 6,2 раза, а индекса РМА в 3,8 раза. После курса лечения в половине случаев кровоточивость десны при зондировании не определялась, а значение индекса гингивита равнялось нулю. Глубина пародонтальных карманов уменьшилась в среднем от  $2,68 \pm 0,12$  до  $1,83 \pm 0,05$  мм (табл. 2).

Таблица 2

**Индексная оценка состояния гигиены и тканей пародонта у больных пародонтитом легкой степени в процессе лечения (M±m)**

Показатели	Группы больных	
	основная группа (n=12)	группа сравнения (n=11)
<b>ОHI-S до лечения</b>	<b>1,95±0,18</b>	<b>1,89±0,19</b>
через 1 месяц после лечения	0,47±0,05 *	0,56±0,16 * **
через 6 месяцев после лечения	0,61±0,05 *	0,86±0,04 * **
<b>SBI до лечения</b>	<b>1,67±0,09</b>	<b>1,64±0,08</b>
через 1 месяц после лечения	0,27±0,05 *	0,56±0,06 * **
через 6 месяцев после лечения	0,72±0,06 *	0,95±0,06 * **
<b>РМА (%) до лечения</b>	<b>22,64±1,93</b>	<b>22,31±2,54</b>
через 1 месяц после лечения	5,85±0,74 *	8,31±0,92 * **
через 6 месяцев после лечения	7,95±0,88 *	12,90±0,91 * **
<b>Рi до лечения</b>	<b>1,25±0,15</b>	<b>1,22±0,11</b>
через 1 месяц после лечения	0,46±0,03 *	0,59±0,08 * **
через 6 месяцев после лечения	0,69±0,04 *	0,86±0,08 **

Примечание: \* – достоверность отличия средних показателей в группах до и после лечения при использовании критерия t Стьюдента; \*\* – между основной и группой сравнения после лечения при использовании критерия U Манна-Уитни.

В группе сравнения у пациентов ХГП легкой степени также наблюдали положительные изменения анализируемых показателей, но они были менее выражены, чем в основной группе. Кроме того, число посещений пародонтолога было на 2–3 сеанса больше. Значения индекса гигиены после проведенной терапии соответствовали «среднему» уровню. У 35% больных определяли выраженную кровоточивость десны, а значения индекса SBI стали меньше только в 2,8 раза.

Через 6 месяцев после лечения в основной группе пациенты жалоб не предъявляли. Сохранилось удовлетворительное клиническое состояние тканей пародонта. Средние значения пародонтальных индексов изменились не-

значительно по сравнению с показателями через месяц после лечения. В группе сравнения динамика пародонтальных индексов достоверно указывала на ухудшение состояния пародонта по сравнению с показателями в основной группе (табл. 2).

У больных пародонтитом средней степени в основной группе через 4-6 дней лечения отсутствовали жалобы, а через месяц после лечения гигиеническое состояние полости рта улучшилось в 4,5 раза. У всех больных, использующих предложенный лечебный комплекс, уменьшилась интенсивность воспаления в тканях пародонта (табл. 3).

Таблица 3

**Индексная оценка состояния гигиены и тканей пародонта у больных пародонтитом средней степени в процессе лечения (M±m)**

Показатели	Группы больных	
	основная группа (n=41)	группа сравнения (n=28)
<b>ОHI-S до лечения</b>	<b>2,30±0,34</b>	<b>2,39±0,27</b>
через 1 месяц после лечения	0,51±0,12 *	0,88±0,07 * **
через 6 месяцев после лечения	0,98±0,10 **	1,67±0,10 **
<b>SBI до лечения</b>	<b>2,28±0,11</b>	<b>2,23±0,13</b>
через 1 месяц после лечения	0,37±0,06 *	0,68±0,04 * **
через 6 месяцев после лечения	0,92±0,04 *	1,91±0,83**
<b>РМА (%) до лечения</b>	<b>36,40±3,84</b>	<b>36,71±2,98</b>
через 1 месяц после лечения	7,51±0,87 *	10,42±0,83 * **
через 6 месяцев после лечения	8,65±1,07 *	15,05±2,07 * **
<b>Рi до лечения</b>	<b>3,28±0,36</b>	<b>3,26±0,29</b>
через 1 месяц после лечения	1,50±0,36 *	2,01±0,18 *
через 6 месяцев после лечения	1,58±0,15 *	2,00±0,09 * **

Примечание: \* – достоверность отличия средних показателей в группах до и после лечения при использовании критерия t Стьюдента; \*\* – между основной и группой сравнения после лечения при использовании критерия U Манна-Уитни.

Это подтверждено положительной динамикой пародонтальных индексов, которая имела достоверные отличия от исходных показателей. Так, средние значения показателей индекса кровоточивости снизились в основной группе в 6,2 раза, а индекса РМА – в 4,8 раза. Глубина пародонтальных карманов уменьшилась от  $3,9 \pm 0,22$  до  $3,12 \pm 0,18$  мм.

В группе сравнения после лечения большинство больных не предъявляли жалоб, однако в 19% случаев не произошло значимого улучшения состояния тканей пародонта. Снижение средних величин индекса SBI в 3,3 раза, индекса гингивита РМА – в 3,5 раза было менее значимым.

Через полгода после лечения у пациентов основной группы по данным клинического обследования диагностировали заболевания в фазе ремиссии, тогда как у пациентов группы сравнения состояние тканей пародонта значительно ухудшилось (табл. 3).

У больных ХГП тяжелой степени в основной группе уже после 5-7 дней медикаментозной терапии с включением ежедневных полосканий раствором

случае «Ахиллес» отмечено появление чувства комфорта в полости рта, исчезновение болезненности и кровоточивости десны, а также неприятного запаха изо рта. Только в 17% случаев сохранилась незначительная гиперемия и кровоточивость десневых сосочков в области отдельных зубов. Через месяц у 73% пациентов основной группы наблюдали безболезненную, плотную десну, отсутствовали кровоточивость и отделяемое из пародонтальных карманов. Уровень гигиены полости рта оценивался как «хороший» у 90% пациентов. Уменьшилась клинически определяемая глубина пародонтальных карманов в среднем от  $5,61 \pm 0,90$  до  $3,16 \pm 0,26$  мм.

В основной группе оценка динамики пародонтальных индексов показала значимые позитивные отличия по сравнению с исходными данными и показателями после лечения в группе сравнения (табл. 4). Так, средние значения индекса SBI в основной группе уменьшились в 4,4 раза, величина индекса РМА стала меньше в среднем в 4,2 раза, а индекса Рi – в 1,8 раза. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии лечебного комплекса на состояние тканей пародонта у больных ХГП тяжелой степени.

Таблица 4

**Индексная оценка состояния гигиены и тканей пародонта у больных пародонтитом тяжелой степени в процессе лечения ( $M \pm m$ )**

Показатели	Группы больных	
	основная группа (n=24)	группа сравнения (n=13)
<b>ОHI-S до лечения</b>	<b>2,96±1,22</b>	<b>2,95±0,12</b>
через 1 месяц после лечения	0,58±0,09 *	0,81±0,11 **
через 6 месяцев после лечения	0,89±0,07 *	2,61±0,47 **
<b>SBI до лечения</b>	<b>2,61±0,14</b>	<b>2,67±0,13</b>
через 1 месяц после лечения	0,59±0,11 *	1,09±0,17 **
через 6 месяцев после лечения	1,12±0,08 *	2,12±0,34 **
<b>РМА (%) до лечения</b>	<b>68,12±1,73</b>	<b>67,93±4,57</b>
через 1 месяц после лечения	16,15±1,86 *	20,12±2,84 **
через 6 месяцев после лечения	20,24±2,05 *	39,22±4,15 **
<b>Рi до лечения</b>	<b>5,45±0,14</b>	<b>5,39±0,66</b>
через 1 месяц после лечения	2,98±0,27 *	3,27±0,28 *
через 6 месяцев после лечения	3,15±0,29 *	3,98±0,23 **

Примечание: \* – достоверность отличия средних показателей в группах до и после лечения при использовании критерия t Стьюдента, \*\* – между основной и группой сравнения после лечения при использовании критерия U Манна-Уитни.

В группе сравнения после лечения у большинства пациентов отмечено улучшение состояния тканей пародонта, но положительная динамика пародонтальных индексов была менее выражена. У 34% больных сохранились гиперемия и кровоточивость десневых сосочков в области отдельных зубов. Отмечено уменьшение средних значений SBI в 2,4 раза, величины индекса РМА – в 3,3 раза, а индекса Рi – в 1,6 раза.

Через 6 месяцев после лечения наиболее существенная разница выявлена при анализе значений индексов гигиены и кровоточивости. У больных основной группы средние значения индекса РМА уменьшились в 3,4 раза, а индекса SBI – в 2,3 раза. В группе сравнения средние величины этих показателей практически вернулись к исходному уровню (табл. 4).

Первичное исследование пародонтологического статуса 43 пациентов основной группы с помощью компьютерной системы «Флорида Проуб» показало, что зубной налет был выявлен у всех обследованных на всех поверхностях зубов, кровоточивость десны определена при легком течении пародонтита в 49%, при средней степени – в 68% и тяжелом течении ХГП – в 86% исследованных точек. В среднем глубина пародонтальных карманов при пародонтите легкой степени составила  $2,36 \pm 0,62$  мм, при пародонтите средней степени –  $3,99 \pm 0,61$  мм, при тяжелой степени –  $5,26 \pm 0,6$  мм. Через 1 месяц после лечения существенно улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Налет не определялся на щечных поверхностях зубов, на остальных поверхностях количество налета уменьшилось в 13 – 15 раз. Глубина пародонтальных карманов у больных пародонтитом легкой и средней степени уменьшилась на 31% и на 24% соответственно. Кровоточивости десны и тноотечения из пародонтальных карманов в момент зондирования зарегистрировано не было. У больных пародонтитом тяжелой степени определены уменьшенные глубины пародонтальных карманов на 31%. Кровоточивость десны сохранилась только у 2 больных в 5% точек. Проведенные исследования позволили подтвердить клинические данные об эффективности использования у больных пародонтитом лечебного комплекса и раствора соли «Ахиллес» для полоскания полости рта, обладающего выраженным противовоспалительным и элиминирующим налет действием.

Цитологические исследования содержимого пародонтальных карманов и ротовой жидкости, проведенные у больных ХГП различной тяжести до лечения, свидетельствовали о наличии хронического воспаления в тканях пародонта и снижении местной противомикробной защиты.

У всех больных средние значения изученных показателей местной воспалительной реакции соответствовали степени тяжести пародонтита, при этом имела место деструкция пародонта с повышением величины ВДП и угнетением адгезивной способности эпителиальных клеток со снижением величины АЧ.

Средние значения показателей воспалительной эмиграции лейкоцитов (АКП) и экссудации (ИДЖ) были повышены при легкой и средней степени ХГП у 72% и 76% больных, соответственно, и у всех больных с тяжелым течением пародонтита. С нарастанием тяжести пародонтита возрастало также количество мертвых лейкоцитов (ПМЛ), что говорит о повышении цитотоксичности среды ротовой полости. При тяжелом течении у всех больных этот показатель был выше нормы.

Общая лейкоцитарная реакция организма была более выражена при лёгком течении ХГП, при этом величина АКН превышала норму у 28% больных. Определённые закономерности были выявлены при формировании воспалительной фагоцитарной реакции. У большинства (71%) больных с лёгкой степенью тяжести формировался активированный (гиперергический) тип фагоцитарной реакции с повышением величины ИАФ выше 1,4. У большинства больных (78%) с тяжёлым течением заболевания превалировал депрессивный (гипоергический) тип фагоцитарной реакции с понижением величины ИАФ ниже 0,7. У пациентов со средней степенью тяжести с одинаковой частотой встречались все три типа фагоцитарной реакции: гипо-, гипер- и нормергический.

В результате анализа были установлены корреляционные отношения с прямой и обратной связью между индивидуальными величинами лабораторных показателей и величинами клинического показателя гингивита (РМА), определёнными у пациентов с пародонтитом различной степени тяжести. При этом прослеживается положительная связь значений индекса РМА с показателями ВДИ ( $r = 0,71 \pm 0,15; p < 0,05$ ) и ПМЛ ( $r = 0,52 \pm 0,15; p < 0,05$ ), а также АКЛ и ИДЖ, и отрицательная – с показателями АЧ ( $r = -0,58 \pm 0,14; p < 0,05$ ) и ИАФ ( $r = -0,62 \pm 0,17; p < 0,05$ ) (Рис. 1).

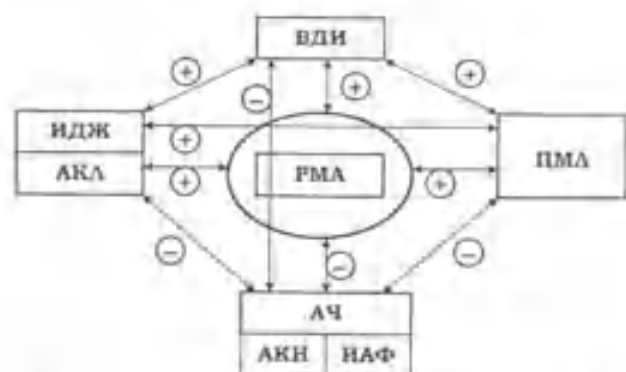


Рис. 1. Корреляционные отношения между клиническим и лабораторными показателями при ХГП различной степени тяжести

Это означает, что при пародонтите с возрастанием тяжести гингивита увеличивается степень разрушения тканей пародонта (ВДИ), нарастает интенсивность эмиграции лейкоцитов (АКЛ) и экссудации (ИДЖ), и также цитотоксичность среды ротовой полости (ПМЛ). Одновременно снижается уровень местной противомикробной защиты [АЧ] и общей фагоцитарной защиты организма (ИАФ).

Было также установлено, что между показателями ВДИ и АЧ существует тесная обратная связь с высокой степенью сопряжённости ( $r = -0,81 \pm 0,17; p < 0,05$ ). Это явилось основанием для разработки нового цитологического показателя оценки тяжести воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, который определяется величиной соотношения показателей АЧ/ВДИ и является информативным диагностическим критерием. При лёгкой степени пародонтита его величина составляет 0,1 – 0,3, при средней степени – 0,05 – 0,15, а при тяжёлой степени – 0 – 0,1; нормальные значения составляют 0,3 – 2,0 относительных единиц (Рис. 2).

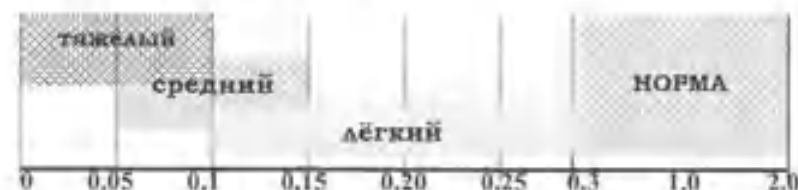


Рис. 2. Границы расположения индивидуальных величины показателя АЧ/ВДИ у больных ХГП различной степени тяжести до лечения

У всех больных основной группы с лёгким течением ХГП через 1 месяц после лечения выявлено ограничение воспалительно-деструктивного процесса в пародонте с достоверным понижением средней величины показателя деструкции (ВДИ) на 63,1%, а также с повышением адгезивной способности эпителиальных клеток (АЧ) в 1,7 раза (табл. 5). Это указывало на снижение тяжести процесса с увеличением показателя АЧ/ВДИ в основной группе в 4,5 раза и его нормализации у всех больных. В этот срок произошло также снижение показателей экссудации (ИДЖ) и эмиграции (АКЛ) на 86,3% и 76,2%, соответственно, с понижением величины цитотоксичности среды (ПМЛ) на 79,3%. В группе сравнения изменения этих показателей были менее выражены, а показатель АЧ/ВДИ повысился в 2,5 раза и нормализовался у 21% больных (Рис. 3).

В основной группе в этот срок отмечалось также снижение интенсивности общей лейкоцитарной и фагоцитарной реакции с достоверным понижением АКН в среднем на 39,5% и ИАФ – на 87,2%. В результате этого гиперергический тип фагоцитарной реакции сменился на нормергический у всех больных основной группы и у 71% больных группы сравнения.

Через 6 и 12 месяцев после лечения все лабораторные показатели у больных ХГП лёгкой степени тяжести в обеих группах имели тенденцию возврата к исходным данным, однако, в основной группе положительный эффект лечения оставался значимым и отмечался у 75% и 41% больных, соответственно, а в группе сравнения фактически не определялся.



Таблица 5

Сравнительная оценка цитологических и лабораторных показателей местной воспалительной и общей фагоцитарной реакций до и после лечения больных ХГП различной степени тяжести

ПОКАЗАТЕЛИ	Легкая степень		Средняя степень		Тяжелая степень	
	Основная группа n=12 (12/10)	Группа сравнения n=11 (11/9)	Основная группа n=41 (41/35)	Группа сравнения n=28 (28/23)	Основная группа n=24 (24/18)	Группа сравнения n=13 (13/9)
АЧ	до лечения	4,8±0,5	2,7±0,4	2,5±0,5	1,4±0,2	1,5±0,3
	через 1 мес. после лечения	7,7±0,9*	6,1±0,8**	6,1±0,3*	3,9±0,6**	4,1±0,7*
ВДИ	до лечения	7,1±0,9*	4,7±0,8	5,1±0,6*	3,0±0,7*	1,6±0,4
	через 1 мес. после лечения	21,1±6,1	21,7±6,5	34,4±6,9	32,5±6,6	43,7±9,5
АЧ/ВДИ	до лечения	0,67±0,12*	0,50±0,07**	0,52±0,06*	0,20±0,03**	0,07±0,02*
	через 1 мес. после лечения	0,99±0,12*	0,93±0,12*	0,99±0,12*	0,99±0,12*	0,99±0,12*
ИДЖ	до лечения	0,75±0,08*	0,23±0,03	0,22±0,04*	0,1±0,02*	0,04±0,02
	через 1 мес. после лечения	0,28±0,06	0,30±0,06	0,47±0,07	0,44±0,07	0,69±0,11
АКЛ	до лечения	0,04±0,01*	0,07±0,01**	0,12±0,02*	0,22±0,03**	0,24±0,05*
	через 1 мес. после лечения	0,08±0,02*	0,34±0,04	0,25±0,04*	0,37±0,07	0,43±0,06*
ПМП	до лечения	1,96±40	208±42	286±61	294±62	374±73
	через 1 мес. после лечения	48±11*	91±21**	89±19*	170±36**	195±41*
ИАФ	до лечения	61±13*	118±24**	157±33*	249±45**	258±67*
	через 1 мес. после лечения	42,3±9,2	43,3±9,3	56,8±11,1	60,5±12,1	72,7±14,3
ИАФ	до лечения	8,7±2,2*	25,6±6,2**	21,3±5,3*	40,6±8,1**	34,9±7,4*
	через 1 мес. после лечения	16,2±3,5*	37,5±9,3**	38,7±7,5*	57,5±11,2**	47,7±10,2*
ИАФ	до лечения	2,28±0,41	2,31±0,47	1,21±0,31	1,31±0,32	0,56±0,15
	через 1 мес. после лечения	1,22±0,38*	1,74±0,34*	1,15±0,35	1,29±0,36	1,23±0,22*
ИАФ	до лечения	1,32±0,36*	1,99±0,38**	1,02±0,33	1,44±0,36	0,94±0,17*
	через 1 мес. после лечения	1,32±0,36*	1,99±0,38**	1,02±0,33	1,44±0,36	0,94±0,17*

Примечание: \* – достоверность отличия (p<0,05) средних показателей в группах до и после лечения при использовании критерия U Стьюдента.

\*\* – достоверность отличия в группой сравнения после лечения, при использовании критерия U Вилкоксона-Маней-Уитни.

† – количество больных до лечения, в скобках – через 1 и 6 месяцев после лечения.

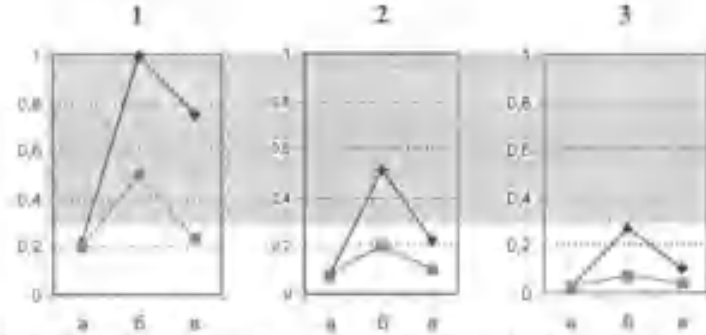


Рис. 3. Динамика показателя тяжести воспалительно-деструктивного процесса тканей пародонта (АЧ/ВДИ) в процессе лечения больных ХГП различной степени тяжести

□ – норма; 1 – легкая степень; 2 – средняя степень; 3 – тяжелая степень  
◆ – основная группа; □ – группа сравнения; а – до лечения; б, в – через 1 и 6 месяцев после начала лечения

У больных ХГП средней тяжести в основной группе через 1 месяц после лечения также было выявлено существенное ограничение деструктивного процесса со снижением средней величины ВДИ на 99,7% и увеличением адгезивной активности (АЧ) в 2,3 раза. Это указывало на значительное снижение тяжести процесса с увеличением средней величины АЧ/ВДИ в 6,5 раза, при его нормализации у 71% больных. Имело место также ограничение местной воспалительной реакции с достоверным повреждением целостности процессов эмиграции (АКЛ) и эксуляции (ИДЖ) в 3,2 и 3,9 раза, соответственно, а также цитотоксичности среды (ПМП) – в 2,7 раза. Изменения лабораторных показателей в этот срок наблюдения у больных группы сравнения были сходными, но достоверно менее выраженными. Величина показателя АЧ/ВДИ, при этом возросла в 2,5 раза, а его нормализация произошла у 22% больных.

Лечение больных основной группы привело также к изменению типа фагоцитарной реакции, при этом у больных с повышенными и пониженными величинами ИАФ этот показатель пришёл к норме, и тип фагоцитарной реакции изменился с гиперергического в гиперергического на нормергический тип. У больных с нормергическим типом фагоцитарной реакции изменений не произошло. В отличие от этого в группе сравнения лечение не привело к нормализации индивидуальных параметров фагоцитоза в типа фагоцитарной реакции.

В обеих группах через 6 и 12 месяцев после лечения положительные изменения лабораторных показателей были менее выражены, но в основной группе оставались значимыми и выявлены у 63% и 38% больных, соответственно.

У больных ХГП тяжелой степени лечение, проведенное в основной группе также оказалось более эффективным. П срок через 1 месяц показатель

деструкции (ВДИ) достоверно понижался в 2,8 раза, а показатель адгезивной способности эритроцитов (АЧ) повысился в 2,9 раза. Это указывало на существенное снижение тяжести процесса с повышением величины АЧ/ВДИ в основной группе в 9,0 раза, при нормализации показателя у 77%. Показатели местной воспалительной реакции (АКЛ и ИДЖ) понижались, соответственно, в 1,9 и 3,0 раза, а показатель дитоксичности среды (ПМЛ) – в 2,1 раза. В группе сравнения положительная динамика этих показателей не была достоверной, только повышение показателя АЧ/ВДИ в 2,3 раза было значимым.

В основной группе произошло также повышение величин показателей общей лейкоцитарной (АКН) и фагоцитарной (ИАФ) реакций в 1,2 и 2,2 раза, соответственно, при этом гиперэргический тип фагоцитарной реакции изменился на нормэргический у 76% больных. В группе сравнения в этот срок тип фагоцитарной реакции у всех больных оставался гиперэргическим.

Через 6 месяцев после лечения отмечалась тенденция возврата всех лабораторных показателей к исходным значениям, при этом в основной группе позитивный эффект лечения оставался значимым. Через 12 месяцев в обеих группах позитивный эффект проведенного лечения отсутствует.

Таким образом, у большинства больных ХГП легкой и средней степени тяжести лечение с применением нового лечебного комплекса привело к уменьшению воспалительной деструкции тканей пародонта, к повышению уровня местной противомикробной защиты, а также к нормализации общей лейкоцитарной и фагоцитарной реакции организма. У больных пародонтитом тяжелой степени это лечение вызвало более продолжительный позитивный эффект, чем традиционное лечение.

Сравнительная оценка отдаленных результатов комплексного лечения больных пародонтитом проведена в группах наблюдения. Подробно проанализировано клиническое состояние тканей пародонта и данные лабораторных исследований у 95 больных ХГП: у 57 больных основной группы и у 38 человек группы сравнения. Полученные результаты исследования больных интерпретировали следующим образом:

«Хороший» результат лечения – отсутствие воспаления десны; стабилизация клинических и рентгенологических показателей, нормализация лабораторных параметров, при этом показатель АЧ/ВДИ превышает величину 0,3; «Удовлетворительный» – наличие воспаления краевой десны в области 3-5 зубов, тенденция к незначительным изменениям величин пародонтологических и лабораторных показателей, при значениях показателя АЧ/ВДИ в пределах 0,1 – 0,3; «Неудовлетворительный» – явления катарального воспаления в десне, тенденция к возврату клинических, рентгенологических и лабораторных показателей к исходному уровню, при этом величина показателя АЧ/ВДИ становится меньше 0,1.

После лечения 72% пациентов основной группы наблюдения, независимо от тяжести заболевания, отмечали комфортное состояние в полости рта. В группе сравнения лишь у 25% пациентов отсутствовали жалобы. При объек-

тивным клиническим обследованием через год после лечения у больных основной группы показатели состояния пародонта были достоверно лучше, чем в группе сравнения. «Хороший» результат лечения был выявлен у 65% больных основной группы, использовавших в комплексной терапии адатоген «Олексин», антеросорбент «Рекицен-РД» и ополаскиватель «Ахиллес» и только у 38,1% пациентов группы сравнения. Неудовлетворительные результаты лечения были получены в основной группе в 13,2% случаев, а в группе сравнения – в 35,2% наблюдений.



Рис. 4. Отдаленные результаты лечения больных ХГП

Таким образом, анализ отдаленных результатов лечения свидетельствовал о том, что для комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита следует применять новый лечебный комплекс и универсальный раствор соли «Ахиллес» для полоскания, так как их использование позволяет достоверно уменьшить воспаление в тканях пародонта и сохранить состояние ремиссии у большинства пациентов через 6 – 12 месяцев после лечения в зависимости от тяжести заболевания.

#### ВЫВОДЫ:

1. Комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтитом с использованием нового лечебного комплекса, включающего препараты «Олексин» и «Рекицен-РД», а также 2% водный раствор соли «Ахиллес» для местной терапии, приводит к существенному клиническому улучшению состояния тканей пародонта. Через месяц после лечения средние значения индекса кровоточивости уменьшились у больных пародонтитом легкой степени на 84%, средней и тяжелой степени – на 80%, а индекса подвижности – на 74% и на 77% соответственно.
2. По данным клинических и цитологических исследований у больных пародонтитом применение 2% водного раствора соли «Ахиллес» для местной терапии оказывает выраженное позитивное действие на состояние (значения индекса подвижности). Это привело к ограничению воспалительно-деструктивного процесса (ВДИ), снижению интенсивности экссудации

(ИДЖ), лейкоцитарной эмиграции (АКЛ), местной цитотоксичности (ПМП) и к повышению адгезивной способности эритроцитов (АЧ).

3. Разработан новый цитологический показатель тяжести деструктивного процесса (АЧ/ВДИ), основанный на соотношении интенсивности местных процессов защиты и повреждения. Определены параметры индекса, соответствующие значениям 0–0,1 – при тяжелой степени ХГП, 0,05–0,15 – при средней степени и 0,1–0,3 – при легкой степени, при нормальных значениях 0,3–2,0 относительных единиц.
4. У больных хроническим пародонтитом с нарастающим тяжестью заболевания снижается уровень общей неспецифической фагоцитарной реакции лейкоцитов с формированием при легкой степени гиперэргического (ИАФ > 1,4), при тяжелой степени – гипоэргического (ИАФ < 0,7), а при средней степени – всех трёх типов фагоцитарной реакции с исключением нормэргического типа (ИАФ = 0,7–1,4). Лечение, проведённое с применением нового лечебного комплекса, приводит к формированию преимущественно нормэргического типа фагоцитарной реакции при пародонтите всех степеней тяжести.
5. Наиболее отдалённые результаты комплексного лечения больных хроническим пародонтитом различной тяжести получены в основной группе. На основании клинических и лабораторных исследований установлено, что хороший результат лечения был определён у 65,0% пациентов, применявших новый лечебный комплекс, и только у 38,1% группы сравнения.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности комплексного лечения хронического пародонтита, особенно развившихся форм, рекомендуется использовать разработанный способ лечения пародонтита, который заключается в одновременном применении 2% водного раствора соли «Ахилес» для местной терапии в сочетании с ежедневным приёмом препаратов «Олексин» по 15–20 капель 2 раза в день и «Рекшвен-РД», разведённый в воде, либо в кефире или йогурте – по 1 столовой ложке утром и вечером перед едой в течение 10 дней с повторением курса лечения через 10 дней. Продолжительность курса лечения 30 дней.
2. В схему комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита рекомендуется включать 2% водный раствор соли «Ахилес» для повышения эффективности местной медикаментозной терапии. На всех этапах лечения пародонтита раствор соли «Ахилес» используют в качестве ополаскивателем: при пародонтите легкой степени – 2 раза в день в течение 14 дней, при средней и тяжелой степени – в течение 30 дней.
3. При лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом для комплексной оценки степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, состояния местной и общей противомикробной защиты, а также для контроля эффективности лечения целесообразно использовать

разработанный нами показатель степени тяжести процесса (АЧ/ВДИ), а также индекс активности фагоцитов (ИАФ).

4. На основании проведенных клинико-лабораторных исследований следует проводить повторный курс лечения при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени через 12 месяцев, а при средней и тяжелой степени – через 6 месяцев.

#### Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Третьиных, С.А. Сравнительная комплексная оценка состояния тканей пародонта и неспецифической резистентности организма у больных пародонтитом/ С.А. Третьиных, В.Ф. Коломойцев, Л.Е. Леонова// Пермский медицинский журнал. – №6. – т. 23, Пермь, 2006. – С.49 – 53.
  2. Третьиных, С.А. Комплексная оценка неспецифической резистентности организма, функционально-цитологического состояния и цитотоксичности среды ротовой полости при пародонтите/ В.Ф. Коломойцев, Л.Е. Леонова, С.А. Третьиных // Вестник Уральской медицинской академической науки. – Екатеринбург, 2006. – №3(1). – С. 98 – 99.
  3. Третьиных, С.А. Сравнительная оценка состояния неспецифической резистентности организма у больных пародонтитом/ Г.А. Павлова, В.Ф. Коломойцев, С.А. Третьиных // Стоматология XXI века. Клиническая пародонтология: материалы V Всероссийского конгресса. – Пермь, 2005. – С. 182–186.
  4. Третьиных, С.А. Состояние неспецифической резистентности организма при лечении пародонтита/ В.Ф. Коломойцев, Г.А. Павлова, С.А. Третьиных, А.Ю. Черепанов// Материалы юбилейной научной сессии (ПМА – 1) Клинические науки. – Пермь, 2006. – С. 223–224.
  5. Третьиных, С.А. Новый способ медикаментозной терапии у больных хроническим генерализованным пародонтитом/ Л.Е. Леонова, В.Ф. Коломойцев, С.А. Третьиных, Г.А. Павлова// Стоматология большого Урала. Новейшие технологии в стоматологии: материалы VI Всероссийского Конгресса. – Пермь, 2007. – С. 92 – 96.
  6. Третьиных, С.А. Новый способ лечения ксеростомии/ Л.Е. Леонова, Г.А. Павлова, Е.Ю. Омигова, С.А. Третьиных, О.А. Чернышова// Стоматология большого Урала. Новейшие технологии в стоматологии: материалы VI Всероссийского Конгресса. – Пермь, 2007. – С. 88 – 90.
  7. Третьиных, С.А. Клинико-лабораторная оценка эффективности нового способа медикаментозной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом/ С.А. Третьиных, Л.Е. Леонова, В.Ф. Коломойцев, Г.А. Павлова// Материалы XVII Всероссийской научно-практической конференции. Клиническая пародонтология. – Москва, 2007. – С. 64–67.
- «Способ лечения пародонтита» патент №2283100 от 10.09.06 (Л.Е. Леонова, В.Ф. Коломойцев, Г.А. Павлова, С.А. Третьиных).
- «Способ оценки степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса тканей пародонта» свидетельство на интеллектуальный продукт №73200700064 от 07.08.2007 (В.Ф. Коломойцев, Л.Е. Леонова, Ю.Ю. Краева, С.А. Третьиных).

Третинных  
Светлана Александровна

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО  
СПОСОБА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕ-  
СКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

14.00.21 – Стоматология  
14.00.16. – Патологическая физиология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

---

Подписано в печать 22.10.2007. Формат 60×90/16.  
Набор компьютерный. Усл.печ.л. 1,0.  
Тираж 100 экз. Заказ № 104-к/2007.

---

ООО «Издательский дом "Прессстайм"»  
Адрес: 614025, г. Пермь, ул. Героев Хасана, 103