

Современный подход к лечению инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области*

М. Г. РОМАНЦОВ², М. А. КОВАЛЕВСКИЙ¹, А. И. ЯРЕМЕНКО⁴, С. С. ГРИГОРЯН³, А. Л. КОВАЛЕНКО²

¹ Санкт-Петербургская военно-медицинская академия;

² Санкт-Петербургская медицинская академия им. И. И. Мечникова;

³ НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, Москва

⁴ Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова

Up-to-Date Approach to Treatment of Inflammatory Infections in the Maxillofacial Region

M. G. ROMANTSOV, M. A. KOVALEVSKY, A. I. YAREMENKO, S. S. GRIGORYAN, A. L. KOVALENKO

St. Petersburg Military Medical Academy.

I. I. Mechnikov St. Petersburg Medical Academy.

N. F. Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow.

I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University

Представлена характеристика циклоферона — перспективного индуктора интерферона, охарактеризован механизм его действия. Описана наружная лекарственная форма, представленная в виде линимента. Показан фармакотерапевтический эффект препарата при болезнях пародонта. Описана его эффективность при герпетическом поражении слизистой оболочки полости рта, губ. Обосновано применение циклоферона и при поражении рта у ВИЧ-положительных лиц.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания, циклоферон, линимент.

Cycloferon, a prospective interferon inducer, and the mechanism of its action were characterized. Its formulation for external use as liniment was developed. The pharmacotherapeutic effect of the drug in the treatment of paradontitis was shown. The drug efficacy in herpetic lesions of the mouth and lips mucosa was observed. The use of cycloferon in the treatment of the buccal mucosa affections in HIV-infected subjects was substantiated.

Key words: inflammatory infections, cycloferon, liniment.

Индукторы интерферона (ИФН) относятся к группе противовирусных средств, которая включает химиопрепараты, иммуномодуляторы, интерфероны и их индукторы. Они (индукторы интерферона), обеспечивая реакции естественного (врожденного) иммунитета представляют собой весьма разнообразное по составу семейство высоко- и низкомолекулярных природных и синтетических соединений, объединённых способностью вызывать в организме образование интерферонов. Такой способ применения лекарственных средств назван «эндогенной интерферонизацией» [1, 2].

© Коллектив авторов, 2009

Адрес для корреспонденции: 117105 Москва, Нагатинская ул., д. За.
Редакция журнала «Антибиотики и химиотерапия»

В результате многолетнего целенаправленного скрининга среди высоко- и низкомолекулярных соединений природного и синтетического происхождения, выявлен перспективный индуктор интерферона — циклоферон (меглюмина акридонацетат), имеющий высокий химиотерапевтический индекс и пригодный для профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний [3].

Препараты циклоферона, обладая универсально широким диапазоном антивирусной активности (этиотропный эффект) и выраженным иммуномодулирующим действием, стимулируют пролиферацию и дифференцировку клеток костного мозга, используя механизмы врождённого и адаптивного иммунитета, индуцируют синтез смеси альфа-, бета-, гамма-интерферонов в разных

* По материалам многоцентровых плацебо-контролируемых рандомизированных исследований: Центральный НИИ стоматологии (И. В. Безрукова); Московский государственный медико-стоматологический университет (Барер Г. М., Постнова Н. В.); Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова (М. М. Соловьев, А. И. Яременко); Саратовский государственный медицинский университет (Соболева Л. А., Лепилин А. В., Зайцева Е. М.); Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ (Платонов Ю. Е., Александров А. А.); Российская Военно-медицинская академия (Ковалевский М. А.).

пропорциях, обеспечивая эффективное лечение вирусных инфекций (ВИЧ-инфекция, герпес, папилломатоз, гепатиты, цитомегаловирус, инфекционный мононуклеоз, грипп и респираторные инфекции), а также широко используются как средства профилактики гнойно-септических осложнений, при лечении хламидиоза, нейроинфекций, кишечных инфекций. Они хорошо сочетаются с другими индукторами, интерферонами разных типов, иммуномодуляторами и химиотерапевтическими средствами. Комбинированное их введение с другими препаратами часто приводит к синергидному эффекту [1, 2, 4–6].

Взаимодействие клеток иммунной системы при индукции ИФН *in vivo* приводит к выделению клетками цитокинов, усиливая либо подавляя процесс синтеза. Воздействие на любое звено «циткиновой сети» приводит в движение всю систему и сказывается на других её звеньях. Преимущественное участие цитокинов, продуцируемых Th2 клетками, ассоциируется с вирусной персистенцией и хронизацией процесса, а Th1 — с элиминацией возбудителя. Именно Т-клеточный ответ, активируемый действием циклоферона, играет центральную роль в элиминации вируса [1, 3].

Линимент циклоферона — лекарственное средство для местного применения — комбинированный препарат, в виде смешанной N-метилглюкаминной соли акридоновой кислоты, являющейся активным компонентом препарата. В качестве носителя использован пропиленгликоль Е1520, разрешённый к применению в пищевой, фармацевтической и косметической промышленности. Он обладает противомикробными свойствами, является проводником активных веществ через слизистую и кожу. Канцерогенных свойств не проявляет, выводится из организма в неизменном виде. В качестве консерванта использован бензалкония хлорид. Высокоактивен в отношении грамположительных бактерий, умеренно активен в отношении грамотрицательных бактерий, спор и грибов. Препарат полифункционален, влияет на неспецифический иммунитет (синтез активных форм кислорода фагоцитов, повышение уровня НК-клеток), способствуя завершению фагоцитозу с элиминацией захваченных возбудителей. Высокая эффективность циклоферона открывает широкие возможности его использования в форме линимента для лечения инфекционно-воспалительных стоматологических заболеваний [7–11].

Болезни пародонта

Российской академией стоматологов (2001) принята классификация болезней пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз, периодонтит).

Гингивит — экссудативное или экссудативно-пролиферативное воспаление десны. Воспаление

обусловлено неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, но протекает без нарушения целостности зубодесневого прикрепления и проявлений деструктивных процессов в других отделах периодонта. Ранний пубертат, беременность, пожилой возраст — периоды повышенного риска гингивита. Основной причинный фактор гингивита — инфекция, дополнительный — иммунопатологические реакции и ускоренная гибель эпителия десны без адекватной регенерации. Формы гингивита — катаральная, язвенная, гипертрофическая. Течение — острое, хроническое, рецидивирующее. Фазы процесса — обострение, ремиссия. Распространённость — локализованный процесс, генерализованный процесс.

При объективном исследовании обнаруживается отек и гиперемия десневого края и межзубных сосочков при надавливании у их основания, наличие зубных отложений. Характерно поражение межзубной и маргинальной десны. Патоморфологически наблюдается отек, набухание клеток, нарушение процесса ороговения эпителия, лимфоцитарно-плазматическая инфильтрация, воспалительная сосудистая реакция.

Гипертрофический гингивит. Клинически характеризуется значительным разрастанием десны, главным образом в области фронтальных зубов. Разрастания плотны на ощупь, отечность и гиперемия выражены слабо, зависят от гигиенического состояния полости рта.

Язвенный гингивит гнилостный запах изо рта, боли в деснах, особенно во время еды, кровоточивость десен. Отмечается генерализованное изъязвление десневого кармана с усечённостью вершин сосочков. Язвенная поверхность покрыта фибриновым налетом, при удалении которого появляется кровоточивость. Характерно отложение зубного камня и налета. Из-за действия медиаторов воспаления повышается температура тела, увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфатические узлы, появляется головная боль, разбитость, бессонница, потеря аппетита, расстройство пищеварения, артралгия и миалгия.

Пародонтоз — представляет собой дегенеративный процесс, распространяющийся на все структуры периодонта (периодонтальную связку, цемент, костную ткань, альвеолы, десну). Течение хроническое, по тяжести заболевания выделяют — легкую, среднюю и тяжелую, что зависит от степени обнажения корней зубов (соответственно до 4 мм, 4–6 мм, более 6 мм). Основным клиническим симптомом *пародонтита* является наличие зубодесневого кармана (в результате нарушения зубодесневого прикрепления), с прогрессирующей деструкцией всех тканей пародонта, что приводит к их подвижности, а затем и потере зуба.

Среди патологии пародонта устойчиво доминируют воспалительные заболевания, распростра-

нённость которых составляет 100%, причем в старшей возрастной группе преобладает пародонтит, а в средней — гингивит.

Основным фактором воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) является бактериальная микрофлора зубной бляшки, ведущее значение имеют анаэробные микроорганизмы (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsthus*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola* и некоторые другие).

Воспалительные изменения в тканях пародонта при гингивите считаются обратимыми, при пародонтите же воспалительный процесс переходит на качественно новую ступень и характеризуется на органном уровне развитием стойких морфофункциональных нарушений, а на уровне организма — формированием очага одонтогенной инфекции и сенсибилизации. Развитие пародонтита происходит при воздействии местных факторов — плохой гигиены полости рта, аномалий положения зубов, зубных рядов и прикрепления уздечек губ, ятрогенных воздействий, а также общих факторов — таких, как заболевания желудочно-кишечного тракта, гормональные нарушения и т. п. Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) сопровождаются иммунными нарушениями. Установлены нарушения цитокиновой регуляции воспалительного процесса при пародонтите: повышение уровня интерферона-гамма (ИФН-гамма), являющегося важным звеном в регуляции иммунных процессов.

Общепринятые методы лечения пародонтита (профессиональная гигиена полости рта, местное медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение), не способны нормализовать содержание ИФН-гамма, а достигнутая реабилитация больного оказывается неполноценной, что создает предпосылки к сокращению достигнутой ремиссии заболевания вследствие возникновения рецидива воспалительного процесса [12—14].

Применение 5% линимента циклоферона у больных хроническим пародонтитом позволило добиться клинической эффективности в 87,8% случаев (80—93%), против 50% при использовании стандартной базовой терапии. Лабораторная эффективность применения препарата составила 77,6% (от 65,5 до 89,7%). Комплексное лечение хронического пародонтита с применением 5% линимента циклоферона в 83,3% случаев обеспечивает ремиссию заболевания до одного года, что на 23% выше, чем в группах больных, получавших базовую терапию, и на 10% выше при лечении тактивином. Местное применение линимента способствует снижению частоты встречаемости маркеров пародонтопатогенных микроорганизмов. Линимент при пародонтите повышает микроциркуляцию, увеличивает вазомоторные колебания в обеспечении десны кровью и снижает внутрисосудистое сопротивление

(по данным лазерной доплеровской флоуметрии) [15—17].

Рекомендуется линимент 5% циклоферона при воспалительных заболеваниях пародонта применять местно. Первая схема в виде аппликаций на десну пропитанных им ватных турунд на 20 мин до 4 раз в сутки с интервалом 5—7 ч в течение 14 дней. Вторая схема при лечении врач-стоматолог вводит препарат в пародонтальные карманы и в виде аппликаций (3—4 раза в сутки) на десну по 15 мин ежедневно в течение 14 дней. На один сеанс аппликации целесообразно расходовать до 1/3 содержимого тубы линимента. Лечение может проводиться как в условиях стоматологического кабинета, так и по назначению врача осуществляться пациентом самостоятельно, в домашних условиях.

Необходимо подчеркнуть целесообразность использования линимента 5% циклоферона для профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с переломами нижней челюсти в период иммобилизации отломков назубными шинами. В это время механическое раздражение тканей пародонта проволочными лигатурами и невозможность осуществления полноценной гигиены полости создают условия для развития (или обострения имеющихся) ВЗП. Рекомендуется после полоскания (ирригации) полости рта раствором антисептика проводить смазывание доступных участков десневого края линиментом 5% циклоферона 3—5 раз в день в течение 14—15 суток. В результате снижается уровень воспаления тканей пародонта и улучшается гигиеническое состояние полости рта [8, 16].

Периодонтит — характеризуется кровоточивостью, подвижностью зубов разной степени, болевыми ощущениями, гиперестезией шеек зубов, гнойными выделениями из зубодесневого кармана. Инфекционный периодонтит занимает первое место в ряду причин потери зубов во всех возрастных группах. Чаще всего различные формы инфекционного периодонтита возникают как осложнение кариозного процесса, когда кариес и воспаление пульпы остаются без лечения, а микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности и распада пульпы попадают в периодонт через верхушечное отверстие канала корня зуба. Микрофлора каналов корней зубов по своему видовому составу близка к микрофлоре пародонтальных каналов во время активного воспалительного процесса в тканях пародонта. Более чем в 90% случаев периодонтита зафиксировано присутствие *Bacteroides forsthus*, *Campylobacter showae*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. К пародонтопатогенным микроорганизмам относятся также *Porphyromonas gingivalis* (60% случаев), *Campylobacter rectus* (80%), *Prevotella intermedia* (50%), *Selenomonas noxia* (60%), *Peptostreptococcus micros* (70%), *Treponema*

socranskii (70%), *Treponema denticola* (40%). Механическая и медикаментозная обработка каналов корней зубов с использованием геля, содержащего ЭДТА, в сочетании с ирригациями 3% раствором гипохлорида натрия даже при лечении по поводу обострения хронического пульпита, не позволяет полностью освободиться от факультативных анаэробных микроорганизмов, обладающих вирулентностью [13]. Существенно повысить эффективность лечения инфекционного периодонтита можно путем применения линимента 5% циклоферона [18]. Рекомендуется после проведения традиционной механической и медикаментозной обработки каналов корней зуба высушить их с помощью бумажных штифтов и на устьях каналов оставить ватный тампон с линиментом 5% циклоферона, под временную повязку из искусственного дентина. Срок лекарственного воздействия зависит от формы периодонтита: при остром периодонтите пациент назначается на приём на следующий день, а при хронических формах — обычно через 2—3 дня. Подчеркнем, что линимент 5% циклоферона может использоваться для медикаментозной обработки каналов корней зубов, но мы считаем нецелесообразным оставление в каналах корней зубов ватных турунд, пропитанных каким-либо лекарственным средством. Рекомендуем применять линимент 5% циклоферона путем наложения на устья каналов корней зубов тампона, пропитанного препаратом.

Такая методика способствует быстрому «стиханию» болевого синдрома при остром периодонтите, а при лечении хронических форм — профилактирует обострение воспалительного процесса. Лечение завершается пломбированием каналов корней зубов и реставрацией коронковой части зуба [8, 10, 11, 19, 20].

Герпесвирусная инфекция

Семейство герпесвирусов включает в себя вирусы простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), вирус ветряной оспы — опоясывающего герпеса, цитомегаловирус, вирус Эпштейна — Барр, вирусы герпеса 6, 7, 8 типов. Врачи-стоматологи в своей практической деятельности наиболее часто сталкиваются с поражением слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица ВПГ-1, а также вирусом ветряной оспы — опоясывающего герпеса [4, 6].

Острый герпетический стоматит (ОГС)

Вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ-1). Через 1—2 дня после инфицирования на гиперемизированной и отёчной слизистой оболочке полости рта появляются элементы поражения в виде мелких пузырьков, которые быстро вскрываются с об-

разованием на их месте болезненных афт. При тяжёлом течении ОГС возможно несколько волн высыпаний, подъём температуры тела до 39—40°C, афты могут сливаться с образованием обширных болезненных эрозий, покрытых налётом, возможно поражение красной каймы губ, кожи лица, конъюнктивы и роговицы глаз.

Вирус простого герпеса в латентном состоянии обнаруживается в нервных узлах практически у всего взрослого населения, однако у 15—20% проявляется хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС). Кроме слизистой оболочки полости рта, может поражаться красная кайма губ, кожа крыльев носа.

Ветряная оспа — острое вирусное заболевание, характеризуется воздушно-капельным путем передачи, папуло-везикулезной сыпью, в том числе в полости рта. Инкубационный период от 11 до 21 дня, начало болезни острое, с лихорадкой, почти одновременно на коже всего тела появляется сыпь, вначале папулезная, затем появляются пузырьки. Везикулы на коже подсыхают в течение 1—3 дней, образуя поверхностные корочки, в полости рта везикулы вскрываются с образованием афт, которые могут сливаться.

Опоясывающий лишай (*Herpes zoster*) начинается с недомогания, озноба, головной боли, лихорадки; позднее, либо одновременно, возникают приступообразные жгучие невралгические боли по ходу поражённых нервных ветвей. Через 1—5 дней на стороне поражения на отёчной гиперемизированной коже и слизистой оболочке полости рта одновременно появляются множественные везикулы, которые быстро вскрываются с образованием эрозий, которые могут сливаться. Возможно несколько волн высыпаний. Дифференциальная диагностика проводится с острым герпетическим стоматитом, аллергическим стоматитом, пузырчаткой, рожистым воспалением, оспой.

Следует подчеркнуть, что для герпесвирусов характерно хроническое персистирование в организме человека вируса с отчётливым подавлением интерферогенеза. Причем снижение уровней ИФН-альфа и ИФН-гамма тем более выражено, чем выше степень тяжести рецидива герпетической инфекции.

При легкой форме заболевания местное применение линимента циклоферона (обработка элементов сыпи до 3—4 раз в день), при средней степени тяжести целесообразно дополнить назначением циклоферона в таблетированной форме, а при тяжёлой — в инъекционной форме (по схемам, указанным в инструкции по медицинскому применению инъекционной и таблетированной форме циклоферона).

Возможна комбинация местного применения 5% линимента циклоферона с общим применением таких противовирусных препаратов, как ацик-

ловир, фамцикловир или валацикловир, что особенно актуально при опоясывающем герпесе челюстно-лицевой области. При ветряной оспе достаточно местного применения линимента 5% циклоферона. В полости рта рекомендуется применение линимента 5% циклоферона путем аппликаций пропитанных препаратом ватных тампонов на слизистую оболочку в области элементов поражения до 4 раз в день по 20 мин до клинического выздоровления, чередуя с аппликациями кератопластических средств (масла облепихи, шиповника, солкосерила, актовегина и т. п.). У детей возможно только смазывание слизистой оболочки линиментом 5% циклоферона. Элементы поражения на красной кайме губ и коже лица рекомендуется смазывать линиментом 5% циклоферона 3—4 раза в день, что приводит к быстрому их подсушиванию с образованием корочек, под которыми идет процесс эпителизации.

Учитывая выраженный противовирусный эффект циклоферона, рекомендуется использовать линимент 5% циклоферона при лечении папиллом слизистой оболочки полости рта. Циклоферон активно используется для системного и местного применения в терапии папилломавирусных заболеваний (ПВИ) кожи и слизистых оболочек. Препарат используют в виде монотерапии, либо в сочетании с другими противовирусными и иммуностропными препаратами. Бемитил по 1 таблетке 4 раза в день в течение 14 дней с последующей электрокоагуляцией. Внутримышечные инъекции 12,5% раствора циклоферона по 500 мг через день в течение 10 дней дополнительно назначают больным, в случае большого количества бородавок, при развитии рецидивов. Курс лечения повторяют через 10 дней. При развитии отсроченных рецидивов назначают внутримышечно по 500 мг циклоферона через день в течение 20 дней, после чего проводят деструктивную терапию. Хороший эффект получен от комплексного лечения с использованием Галавита (аминодигидрофталазиндион натрия) внутримышечно по схеме (200 мг — первый день, 100 мг — второй день, а с третьего дня по 100 мг через 48 часов, курс 10—15 инъекций) и местно 5% линимент циклоферона. После первого курса терапии, оставшиеся небольшие элементы удаляли цитотоксическим методом и назначали курс инъекций циклоферона по основной схеме. Положительные результаты отмечены в случае лечения ПВИ препаратом изопринозин по 2 таблетки (1000 мг) 3 раза в сутки в течение 14—28 дней в сочетании с внутримышечным введением циклоферона по 4 мл (500 мг) № 10 по основной схеме [4, 7, 18].

Поражение слизистой ротовой полости у ВИЧ-инфицированных лиц. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является этиологическим агентом синдрома приобретённого иммунодефицита

(СПИД). Особого внимания заслуживают клинические проявления ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке ротовой полости, которые могут быть обнаружены стоматологом. По данным ВОЗ, первые проявления инфекции наблюдаются как раз в полости рта. Поражение кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции относится к постоянным симптомам, имея место у 81% больных. Среди патологии кожи наиболее часто встречаются вирусные (герпес, Эпштейна — Барр экзантема, остроконечные кондиломы, обусловленные вирусом папилломы, кореподобная и краснушноподобная экзантема); бактериальные (пиодермии, стрептостафилодермии, фурункулёзы, экзема, микобактериальная инфекция); микотические (кандидоз, дерматомикозы и другие); дерматозы (псориаз, розовый лишай, дерматит себорейный). Поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией: маргинальный гингивит; язвенно-некротический гингивит; деструктивный пародонтит [14].

Электронно-микроскопическое исследование инфицированной ВИЧ культуры клеток, необработанных (контроль) и обработанных (опыт) циклофероном, позволило установить, что циклоферон, частично подавляя репродукцию ВИЧ, вызывает повреждение генома у 90% формирующихся вирионов потомства, которые утрачивают способность вызывать продуктивную инфекцию, и могут служить естественной анти-ВИЧ вакциной, стимулируя реакции специфического иммунитета. Подобные исследования проведены и с использованием вируса простого герпеса, более 90% внутриядерных капсидов, сформировавшихся в присутствии циклоферона, не содержали ДНК и, следовательно, были неинфекционные [2, 3].

Вместе с тем дефектные частицы сохраняют цитокин- и интерферон (ИФН)-индуцирующие свойства, что рассматривается как эффект последствия циклоферона, а индуцированный ДИ-частицами, дополнительно образующийся интерферон, защищает неинфицированные ВИЧ или вирусами герпеса клетки. В задачи комплексной терапии входит: создание охранительного психологического режима; своевременное начало этиологической терапии; ранняя диагностика оппортунистических инфекций. Противовирусная терапия определена приказом Минздравсоцразвития «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (№ 612 от 17 августа 2006 г.). В стандарт лечения включен кроме антиретровирусных препаратов и циклоферон (меглюмина акридонацетат), относящийся к группе индукторов интерферона.

Имеется опыт использования циклоферона для приостановки прогрессирования ВИЧ-инфекции и снижения тяжести оппортунистических заболеваний (герпетические инфекции, бактериально-грибковые осложнения). Местное лечение

воспалительных заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных включает Метрогил-дента. Проводятся аппликации на слизистую оболочку дёсен в течение 10—15 минут 2 раза в день, курс лечения 10 дней и местное лечение (аппликации) с 5% линиментом циклоферона в течение 14 дней 4 раза в сутки. Помимо этого, в комплексе с циклофероном можно использовать дентофам (гелевая паста-апликатор для полости рта с бактериофагами). Аппликации на слизистую оболочку дёсен в течение 10 мин 2 раза в день, длительность от 3 до 5 дней. Схема применения циклоферона в виде аппликаций на десну пропитанных им ватных турунд на 20 мин 4 раза в сутки с интервалом 5—7 ч в течение 14 дней. На один сеанс аппликации целесообразно расходовать до 1/3 содержимого тубы линимента. Лечение может проводиться как в условиях стоматологического кабинета, так и по на-

значению врача осуществляться пациентом самостоятельно, в домашних условиях. Предлагаемая терапия проявляет корригирующее воздействие на кровоточивость, боль в дёснах, запах изо рта и др. При использовании антибактериальной терапии подтвержден факт множественной устойчивости выделенных из десневой борозды бактериальных культур к ряду антибиотиков [14].

Таким образом, линимент 5% циклоферона рекомендуется в стоматологии для лечения воспалительных заболеваний пародонта, вирусных заболеваний слизистой оболочки полости рта, инфекционных периодонтитов. Являясь лекарственным препаратом местного применения, линимент 5% циклоферона обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим, антибактериальным свойствами, обуславливает высокую фармакотерапевтическую эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорян С. С. Индукторы интерферона — итоги и перспективы. Материалы юбилейной конференции. М.: 2007; 66—71.
2. Еришов Ф. И., Киселев О. И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: 2005; 287—292.
3. Коваленко А. Л., Романцов М. Г. Индуктор интерферона — циклоферон. Итоги и перспективы клинического применения. СПб; 2007.
4. Исаков В. А., Сельков С. А., Могиетова Л. К., Чернакова Г. М. Современная терапия герпесвирусных инфекций: Руководство для врачей. СПб.; М.: 2004; 168.
5. Еришов Ф. И. Пять десятилетий интерферона. Интерферону 50 лет. Материалы юбилейной конференции. М.: 2007; 11—34.
6. Еришов Ф. И., Романцов М. Г. Лекарственные препараты, применяемые при вирусных заболеваниях. Руководство для врачей. М.: 2007.
7. Ковалевский М. А., Романцов М. Г. Терапия инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Практические рекомендации для врачей-стоматологов. СПб, 2007; 12.
8. Лазаренко Л. Л. Линимент циклоферона в клинической практике. Клинические рекомендации для врачей по материалам многоцентровых рандомизированных исследований. СПб, 2008; 47.
9. Постнова Н. В. Оценка эффективности применения препарата линимента циклоферона в комплексной терапии пародонтита. Автореф. дисс. ... к. м. н. М.: 2007.
10. Тихонов Ю. В. Опыт применения линимента циклоферона в лечении хронического генерализованного пародонтита. Применение циклоферона в пародонтологии / Под ред. А. М. Ковалевского. СПб, 2007; 4—60.
11. Эффективность применения линимента 5% циклоферона при пародонтитах. Результаты многоцентрового плацебо-контролируемого исследования. Информационное письмо для врачей. М.: СПб, 2004.
12. Безрукова И. В., Грудянов А. И. Агрессивные формы пародонтита. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002; 27.
13. Балин В. Н., Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. Практическая пародонтология. СПб.: 1995; 272.
14. Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Кудрявцева А. В. Воспалительные заболевания пародонта и ВИЧ-инфекция. Н. Новгород. 2006.
15. Барер Г. М., Орехова Л. Ю., Безрукова И. В., Ковалевский А. М. Эффективность применения линимента 5% циклоферона при пародонтитах: Пособие для врачей. М., СПб., 2004. 48.
16. Заборовский К. А. Эффективность применения циклоферона для иммунокоррекции в периоперационном периоде при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита. Применение циклоферона в пародонтологии / Под ред. А. М. Ковалевского. СПб; 2007; 61—70.
17. Зайцева Е. М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. СПб; 2006; 20.
18. Ковалевский А. М., Серебряная Н. Б., Пасхина М. Н. Влияние бемитила и линимента циклоферона в периоперативном периоде на показатели локального иммунитета полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом. Применение циклоферона в пародонтологии / Под ред. А. М. Ковалевского. СПб, 2007; 72—80.
19. Ковалевский А. М. Гигиена полости рта у больных с переломами челюстей/Переломы челюстей/В. А. Мальшев, Б. Д. Кабаков. 2-е изд., перераб. СПб, 2005; 150—153.
20. Орехова Л. Ю., Порхун Т. В., Румянцова О. К., Тец В. В. Эффективность механической и медикаментозной обработки корневых каналов при обострении хронического пульпита. Пародонтология. 2004; 4: 8—11.