

тазы оставался на 70% ниже контроля. Через 6 месяцев после протезирования уровень глутатионредуктазы стал выше в 1,4 раза по сравнению с группой при первичном посещении и группой протезирования через 7 дней соответственно ($p < 0,05$). Причем в этот период (6 месяцев после протезирования) уровень активности глутатионредуктазы приблизился на 90% к показателям в контроле.

Таблица

Динамика концентрации ТБК-РП, SH-групп и активности глутатионредуктазы в ротовой жидкости у пациентов при различных сроках использования полных съемных протезов (М±m)

Показатели	Контроль	Исследование		
		I этап	II этап	III этап
ТБК-РП, нмоль/мл	2,07±0,33	3,27±0,31*	3,53±0,14*	1,94±0,13
SH-группы, мкмоль/л	2,85±0,72	1,31±0,12*	1,42±0,09*	2,07±0,17
Глутатион-редуктаза мкмоль мин/мл	1,15±0,07	0,79±0,02*	0,82±0,04*	1,14±0,03

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с контролем

Аналогичная закономерность отмечалась и при определении содержания тиоловых групп глутатиона в ротовой жидкости у пациентов в динамике протезирования. Так, при первичном обращении концентрация SH-групп в ротовой жидкости была на 46% ниже таковой в контроле. Через 7 дней после протезирования содержание SH-групп на 50% ниже такового у контрольной группы. Через 6 месяцев после протезирования уровень SH-групп стал выше в 1,5 раза величин группы при первичном посещении, а также протезирования через 7 дней ($p < 0,05$). Через 6 месяцев после протезирования уровень SH-групп приблизился на 72% к показателю концентрации SH-групп в контрольной группе.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование полных съемных пластиночных протезов сопровождается активацией свободно-радикальных процессов и снижением активности глутатионовой антиоксидантной системы в ротовой полости в первые дни после протезирования. Однако через 6 месяцев постоянного использования полных съемных пластиночных протезов наблюдаемые нарушения проантиоксидантного баланса в ротовой полости исчезают, что свидетельствует о высокой клинической эффективности протезирования. Причем по степени позитивного влияния на показатели локального окислительного статуса предпочтительным является использование полных съемных пластиночных протезов.

Литература

1. Воложин А.И. и др. // Стоматол. – 1998. – № 4 – С. 4–8.
2. Гожая Л.Д. и др. // Стоматол. – 1995. – № 6. – С. 52–54
3. Гожая Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов: Метод. пос. для врачей-стоматол. – М., 2000. – 31 с
4. Зенков Н.К. и др. Окислительный стресс: Биохимический и патофизиологический аспекты. – М.: Наука, 2001. – 343 с.
5. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – СПб.: Интан, 2001. – 300 с.
6. Копейкин В.Н., Демнер Л.М. Зубопротезная техника. – М.: Триада – X. – 2003. – 397 с.
7. Akalin F.A. et al. // J Clin Periodontol. – 2005. – Vol. 32, №3. – P. 238–243
8. Arana C. et al. // J Oral Pathol Med. – 2006. – Vol. 35, № 9. – P. 554–559.
9. Broggin N. et al. // J Dent Res. – 2006. – Vol. 85, №5. – P. 473.
10. Chapple IL. et al. // Mol Pathol. – 2002. – Vol. 55, №6. – P. 367.
11. Horn K., Bruns F. // Biochem. Leischrift. – 1958. – Vol. 331, № 1. – P. 58–64.
12. Tsai C.C. et al. // J Periodontal Res. – 2005. – Vol. 40, № 5. – P. 378–384
13. Waddington R.J. et al. // Oral Dis. – 2000. – Vol. 6, №3. – P. 138.
14. Wayner D.D.M. // Bioelectrochem. and Bioenerg. – 1987. – Vol. 18, № 1–3. – P. 219–229.
15. Wei P.F. et al. // J Periodontal Res. – 2004. – Vol. 39, № 5. – P. 287–293
16. Witschi A. // Eur J Clin Pharmacol. – 1992. – Vol. 43, № 6. – P. 667–669
17. Yagi Y. et al. // Experientia. – 1976. – Vol. 32, № 7. – P. 905.

УДК: 616.314.17/18-07-08-057.36:616.839

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ДЛИТЕЛЬНОМУ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМУ НАГРУЗКАМ

Э.К.САБИРЗЯНОВА, Л.В.ФАРХУТДИНОВА*

По данным эпидемиологического стоматологического обследования населения, распространенность заболеваний тканей пародонта составляет в разном возрасте от 48,2% до 86,2%. Такая заболеваемость не может быть объяснена только низким уровнем гигиены или негативным влиянием соматической патологии, потому что заболевания пародонта встречаются и у практически здоровых людей.

Это ведет к необходимости поиска методов профилактики и лечения с учетом патогенетических механизмов развития этого заболевания. Ныне достаточно хорошо изучена роль различных этиологических факторов в развитии пародонтоза, имеются также данные о патогенетических механизмах этого заболевания [12,13]. Однако воспалительный процесс в пародонте не может протекать независимо от реакции организма хозяина [1,3].

При рассмотрении негативных факторов, влияющих на человека в современной окружающей среде, наряду с профессиональными, экологическими и другими факторами, особо выделяются психоэмоциональные нагрузки, ведущие к нарушению функционального состояния (ФС) организма, т.е. соотношения гомеостатических показателей деятельности разных функциональных систем. Оптимальное ФС характеризует состояние здоровья; нарушение же ведет к развитию патологии [4]. ФС обуславливает качество защитно-приспособительных реакций при любых негативных воздействиях на организм, в том числе при психоэмоциональных нагрузках. Наличие психоэмоционального напряжения у лиц молодого возраста, подвергающихся длительным стрессовым воздействиям, может обусловить многие заболевания, в основе которых лежат психосоматические механизмы. Одним из проявлений нарушения защитно-приспособительных реакций организма при неблагоприятных воздействиях среды и наличии минимальной биологической предрасположенности (нарушение микроциркуляции, ферментных систем слюны и т.д.) могут быть воспалительные заболевания пародонта.

В се негативные воздействия на организм вызывают нарушение процессов свободно-радикального окисления и приводят к нарушению процессов генерации активных форм кислорода (АФК), в том числе, к нарушению кислород-зависимого метаболизма фагоцитирующих клеток, снижению их функциональной активности, и, как следствие, нарушению механизма фагоцитоза. С другой стороны, свободные радикалы и образующиеся токсические продукты окисления вызывают повреждение тканей и способствуют развитию воспалительного процесса. Однако не только избыточное количество свободных радикалов, но и угнетение их генерации может привести к метаболическим нарушениям, вызывающим заболевание [6–11]. В то же время известно, что многие лекарственные препараты, в том числе и применяющиеся для лечения заболеваний пародонта (противовоспалительные, улучшающие микроциркуляцию и т.д.), оказывают влияние на процессы свободно-радикального окисления. Лекарственная терапия заболеваний пародонта требует дифференцированного подхода с учетом состояния этих процессов.

Цель работы – оптимизация диагностики, лечения и профилактики заболеваний пародонта с учетом ФС организма у лиц, подвергающихся длительному психоэмоциональным нагрузкам.

Материалы и методы. Исследования выполнены на базе отдела биофизики Центральной научно-исследовательской лаборатории Башкирского госмедуниверситета и стоматологического отделения ФГУЗ медсанчасти МВД РБ.

Для характеристики состояния полости рта применяли ее осмотр с оценкой стоматологического статуса и использованием упрощенного индекса гигиены полости рта Грина – Вермиллиона, пародонтального индекса, индекса оценки состояния пародонта (PDI). Исследование состояния свободно-радикального окисления ротовой жидкости проводили методом люминол-зависимой хемилюминесценции (ХЛ) на приборе «ХЛ-003» (Межвузовская лаборатория технических систем медико-биологических исследований БГМУ и УГАТУ, Отраслевой регистр «Медицинская промышленность России и стран СНГ»).

* Башкирский ГМУ, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел. 2736145

Прибор позволяет регистрировать сверхслабое свечение с длиной волны 0,3 - 0,6 мкм; чувствительность составляет 104-107 фотон/с. Регистрировали A_{max} максимальную амплитуду свечения, и S – светосумму свечения. Показатели выражались в условных единицах по отношению к измерению стандарта, суммарный световой поток которого составлял $5,1 \times 10^5$ квант/сек [5].

Проведено исследование влияния лекарственного препарата «ПропоФлан» на процессы свободно-радикального окисления в модельных системах, генерирующих АФК. В качестве модельных систем использовали систему «цитрат – фосфат – люминол», суспензию липосом, иницированную сернокислым железом, ротовую жидкость здоровых лиц с интактным пародонтом.

ФС организма определяли по деятельности вегетативной нервной системы (ВНС) в соответствии с показателями микроциркуляции [7]. Исследовали исходный вегетативный тонус на основании оценки клинических признаков и вегетативное обеспечение жизнедеятельности (ВОД) по показателям клиноростатической пробы (КОП). Микроциркуляцию исследовали методом биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы с помощью бинокулярного стереоскопического микроскопа. Увеличение – 60 раз. Степень нарушений оценивали в баллах по Л.Т. Малой. Дополнительно проводились психологические исследования. Применяли кластерный анализ с использованием графических образов ФС [7]. Для каждого из показателей определяли медиану и строили графические образы, которые сравнивали с имеющимися 5 типологическими портретами классов ФС.

Было обследовано 160 человек в возрасте от 21 года до 40 лет. Все обследованные являлись сотрудниками различных подразделений МВД. 120 человек были участниками боевых действий. Обследование проводилось во время профилактического осмотра. Соматические заболевания были исключены. Менее чем у половины обследованных (42,51%) была хорошая и удовлетворительная гигиена полости рта. По показателям пародонтального индекса 10% нуждались в инструкции по гигиене полости рта, 60,63% нуждались в удалении зубного камня и кюретажа и только 3,12% нуждались в комплексном лечении.

Были сопоставлены жалобы осмотренных, данные осмотра полости рта и зубов, показатели пародонтального индекса (CPITN) и индекса оценки состояния пародонта (PDI). Проведен дисперсионный анализ показателей этих двух индексов; эти данные были сопоставлены с показателями осмотра полости рта и зубов и показателями упрощенного индекса гигиены полости рта.

На основании этого в группе были выделены 58 человек, которые отнесены к здоровым. Они не нуждались в каком-либо лечении. Вместе с тем, у 25 человек этой группы была хорошая оценка гигиены полости рта, а у 33 – только удовлетворительная. Этим лицам были даны рекомендации по гигиене полости рта. У 63,75% обследованных был установлен диагноз хронического генерализованного пародонтита различной степени тяжести. В группе здоровых у большинства обследованных (72,41%) отмечалось нормальное вегетативное обеспечение деятельности (избыточное или недостаточное). Состояние микроциркуляции у лиц, имеющих признаки пародонтита, достоверно отличалось от состояния микроциркуляции у здоровых. В группе здоровых у большинства не было признаков нарушения микроциркуляции (72,41%), имеющиеся нарушения в большинстве были сосудистого характера. В группе лиц с заболеваниями пародонта нарушений микроциркуляции не было только у 18,63% обследованных. Среди нарушений были пациенты не только с сосудистыми, но и вне- и внутрисосудистыми нарушениями.

При кластерном анализе, проведенном на основании имеющихся значимых признаков, в группе лиц без признаков пародонтита (здоровые) выделились 2 класса ФС. У 82,76% было оптимальное ФС, что позволило считать их здоровыми. 10 человек с неоптимальным ФС без патологии пародонта были исключены из дальнейшего исследования, так как, несмотря на неоптимальное ФС, пародонтологической патологии у них не было; они нуждались в дальнейшем более детальном обследовании со стороны других органов и систем. В группе лиц с патологией пародонта при кластерном анализе выделились 4 класса ФС – класс оптимального ФС и 3 класса неоптимальных ФС. К классу оптимального ФС организма было отнесено только 17 человек (16,67%). У остальных 85 человек (83,33%) было диагностировано неоптимальное ФС. Эти 17 человек были исключены из даль-

нейшего исследования. Патология пародонта у этих лиц была выражена нерезко, пародонтальный индекс составлял 0-1. Так как причина таких отклонений не была связана с патологией регуляции и соматической патологией, не требующие специального лечения изменения, были связаны с недостаточной гигиеной полости рта. Этим больным даны подробные инструкции, касающиеся гигиены. Таким образом, для дальнейшего обследования были выделены: группа здоровых (контрольная), характеризующаяся отсутствием признаков пародонтита и оптимальным ФС организма – 48 человек, группа больных – 85 человек с признаками пародонтита и неоптимальным ФС.

О состоянии кислород-зависимого метаболизма фагоцитирующих клеток, находящихся в ротовой жидкости, судили по данным хемилюминесценции ротовой жидкости. Показатели ХЛ в группе лиц с признаками пародонтита отличались от нормы и были разнородны – повышены или понижены. У здоровых лиц без признаков пародонтита показатели люминолзависимой хемилюминесценции ротовой жидкости, отражающие состояние кислород-зависимого метаболизма фагоцитирующих клеток, составляли: максимальная амплитуда свечения $A_{max} - 1,76 \pm 0,60$ усл. единиц, светосумма свечения $S - 22,44 \pm 0,88$ условных единиц.

Среди больных выявились группы с показателями светосуммы ХЛ больше нормы – 69,41% и ниже нормы – 30,59%. У большинства обследованных показатели были выше нормы, что свидетельствовало об ускорении процессов генерации АФК в фагоцитирующих клетках ротовой жидкости. Почти у трети обследованных были выявлены показатели ХЛ меньше нормы, что свидетельствовало об ингибировании процессов генерации АФК в фагоцитах. Таким образом, в группе лиц с патологией пародонта отмечено наличие неоптимального ФС, то есть, нарушение адаптационных реакций. Показатели ХЛ позволили констатировать наличие неадекватных процессов генерации АФК в фагоцитах, имеющих значение в патогенезе воспаления. Лечение было направлено на: а) санацию полости рта, б) коррекцию ФС организма, в) коррекцию свободно-радикальных процессов. Вместе с тем, так как нарушение свободно-радикальных процессов носило разнонаправленный характер, нужен был дифференцированный подход, то есть использование препаратов не только с антиоксидантным действием, как принято традиционно, но с прооксидантным действием в случаях угнетения процессов генерации АФК фагоцитирующими клетками. Это соотносится с данными, при которых 1 тип неоптимального ФС организма сопряжен с угнетением свободно-радикальных процессов [2].

Была выделена группа сравнения, в которую вошли 25 больных без учета состояния свободно-радикальных процессов в ротовой жидкости, 2-я и 3-я группы – экспериментальные; 2-ю группу составили 40 больных с повышенными показателями ХЛ ротовой жидкости, 3-ю группу – 20 больных со сниженными показателями ХЛ. Лечение больных группы сравнения проводилось известными традиционными методами. Всем больным был удален зубной налет, зубные камни, наддесневые зубные отложения, даны рекомендации по уходу за полостью рта; больным с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени были удалены над- и поддесневые зубные отложения, проведен закрытый кюретаж. После курса лечения у большинства удалось достичь удовлетворительного состояния полости рта, у 16,0% – хорошего, у 36,6% больных оно осталось неудовлетворительной из-за несоблюдения правил гигиены. Выздоровления удалось добиться у 13 человек (52,0%), улучшения – у 11 человек (44,0%), у одного больного улучшение было незначительное. Показатели люминол-зависимой ХЛ ротовой жидкости практически не изменились. ФС организма не изменилось ни у одного больного, так как не было специального воздействия.

Во второй группе всем больным было также проведено традиционное стоматологическое лечение. Одновременно в связи с повышенными значениями показателей ХЛ ротовой жидкости был назначен препарат с антиоксидантными свойствами «ПропоФлан». Его антиоксидантное действие было установлено нами в эксперименте *in vitro* (рис.).

Разжевывание таблетки создает большую концентрацию в ротовой полости, непосредственно влияя на составляющие ротовой жидкости, то есть, в основном на клетки. При проглатывании препарата и его всасывании в кровь реализуется адаптогенное действие, так как биофлавоноиды благодаря своей химической структуре, ингибируют процессы перекисного окисления липи-

дов, оказывая, тем самым, влияние на стресс-лимитирующие структуры. Все больные были направлены на курс психологической коррекции по предлагаемой программе. После проведенного курса лечения в целом выздоровления удалось добиться у 57,5% пролеченных, улучшения – у остальных 42,5%. Показатели люминолзависимой ХЛ ротовой жидкости имели положительную динамику – они приблизились к норме. Тенденция к снижению показателей была у всех пролеченных больных (табл.).

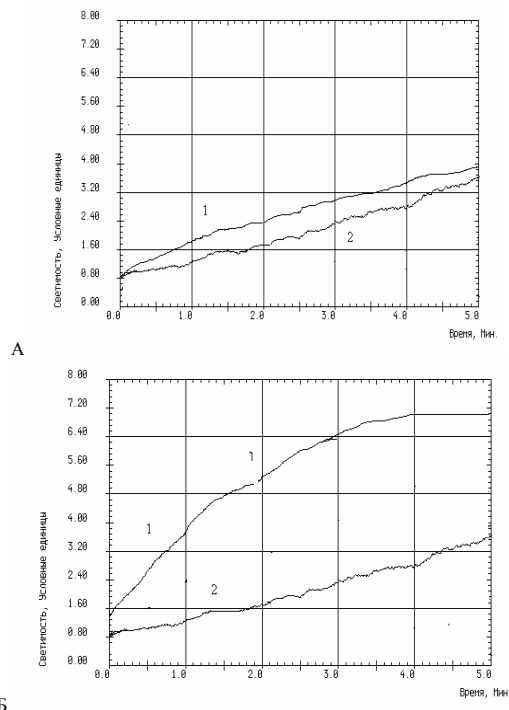


Рис. Запись ХЛ ротовой жидкости при интактном пародонте (А) и при воспалении (Б) при добавлении пропрофлана. 1 – контроль; 2 – добавление пропрофлана

Влияние на ФС организма достигалось как проведением психологической коррекции, так и действием «ПропоФлана», имеющего адаптогенный эффект. Сосудистые нарушения микроциркуляции удалось уменьшить в той или иной степени у всех больных, внутрисосудистые нарушения вследствие антиагрегационного эффекта антиоксиданта исчезли у 10 больных и остались в виде сладж-феномена артериол только у двоих.

Таблица

Показатели люминол-зависимой ХЛ ротовой жидкости до и после лечения у больных 2 и 3 группы

	Значения показателей в усл. единицах 2 группа		Значения показателей в усл. единицах 3 группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Amax	5,32±0,02 P ₁ ≤0,05	2,04±0,02 P ₁ >0,05 P ₂ ≤0,05	0,92±0,01 P ₁ ≤0,05	1,98±0,01 P ₁ >0,05 P ₂ ≤0,05
S	58,22±2,14 P ₁ ≤0,05	31,22±1,07 P ₁ >0,05 P ₂ ≤0,05	9,46±0,12 P ₁ ≤0,05	30,44±1,04 P ₁ >0,05 P ₂ ≤0,05

Примечание: P₁ – отличия от показателей у здоровых P≤0,05, P₂ – отличия показателей до и после лечения

Исходный вегетативный тонус не изменился, однако вследствие коррекции микроциркуляции у больных с тахикардическим типом ВОД он сменился на более благоприятный гипердиастилический. Таким образом, удалось оптимизировать ФС организма у 12 больных, у остальных перевести его в более благоприятный класс (второй). В 3-й группе в связи со сниженными значениями показателей ХЛ ротовой жидкости наряду со стоматологическим вмешательством была применена лазеротерапия. Лазерная терапия регулирует метаболизм, микроциркуляторную систему, иммунитет, повышает неспецифическую резистентность организма. Использовали аппарат «МИЛТА-Ф-8-01». Все больные были направлены на курс психологической коррекции.

После курса лечения в целом выздоровления удалось добиться у 18 человек (90,0%), улучшения – у 2 человек (10,0%). Показатели люминол-зависимой ХЛ ротовой жидкости имели положительную динамику (Табл.1). Сосудистые нарушения микроциркуляции удалось уменьшить в той или иной степени у всех больных, периваскулярный отек отсутствовал. У 75% больных можно было констатировать оптимальное ФС, у 25% – улучшение за счет нормализации микроциркуляции.

У большинства больных всех групп удалось достичь улучшения стоматологического статуса за счет проведенного лечения. Традиционное стоматологическое лечение не оказало влияния на процессы свободно-радикального окисления в ротовой жидкости и, соответственно, на состояние кислород-зависимого метаболизма фагоцитирующих клеток (группа сравнения), то есть, оно не влияло на патогенетические механизмы воспаления. В течение одного года после лечения были здоровы 40% пациентов группы сравнения, 47,5% пациентов 2-й группы и 75,0% пациентов 3-й группы. Рецидивы заболевания и ухудшение стоматологического статуса отмечены также больше в группе сравнения. У большинства обследованных показатели хемилюминесценции ротовой жидкости, отражающей состояние кислород-зависимых процессов в фагоцитах, были выше нормы, что свидетельствовало об ускорении процессов генерации активных форм кислорода в фагоцитирующих клетках ротовой жидкости. Эти данные согласуются с данными [10,14,15] и указывают на активный воспалительный процесс. Почти у трети обследованных были выявлены показатели ХЛ меньше нормы, что свидетельствовало об ингибировании процессов генерации АФК в клетках. Эти данные нельзя игнорировать, так как замедление генерации АФК указывает на снижение функциональной активности фагоцитов и/или незавершенность фагоцитоза, что является, в свою очередь, звеном патогенеза воспалительного процесса, чаще хронического [7].

Это подтверждается данными нашего исследования, так как при показателях СРПТН, характерных для интактного пародонта, показатели светосуммы ХЛ ротовой жидкости находились в пределах нормы; при показателях, свидетельствующих о нерезко выраженных признаках пародонтита, показатели были как выше нормы, так и ниже нормы; при показателях, указывающих на наличие пародонтита средней степени тяжести и тяжелого – намного превышали нормальные показатели. Это свидетельствовало о том, что состояние свободно-радикальных процессов в ротовой жидкости отражают состояние пародонта. Последующий анализ также выявил достоверную связь показателей ХЛ ротовой жидкости и степени поражения пародонта. При ускорении процессов генерации АФК фагоцитирующими клетками ротовой жидкости имели место более выраженные нарушения в пародонте; при ингибировании этих процессов (сниженные показатели ХЛ), сниженной функциональной активности фагоцитирующих клеток, нарушения в пародонте были менее выраженными. Согласно рекомендациям ВОЗ [1] такие нарушения не требуют комплексной терапии: при индексе 1 – инструктаж по гигиене полости рта, 2 – удаление зубного камня. Нашими исследованиями было выявлено, что при таких показателях имеют место не только местные процессы. Выявлено нарушение свободно-радикального окисления – фундаментального биологического процесса, обеспечивающего многие звенья иммунной защиты и адекватность адаптационных реакций. Нарушение процессов образования активных форм кислорода фагоцитирующими клетками является компонентом, а может быть, и причиной, неоптимального ФС организма. В связи с этим проявления пародонтоза (при отсутствии соматической патологии) можно было считать следствием нарушения адаптационных процессов в организме, как на уровне систем (вегетативной нервной системы, микроциркуляции и др.), так и на клеточно-молекулярном уровне.

Учитывая неоптимальное ФС организма, даже такие небольшие нарушения со стороны пародонта можно рассматривать как патологическое состояние, поэтому лица с такими отклонениями нуждались в лечении с целью предотвращения развития более серьезных поражений. Лечение позволило подтвердить наши предположения о роли свободно-радикальных процессов в фагоцитах в воспалении (в том числе и ингибирования генерации АФК) и о роли нарушения ФС организма, вызванного психоэмоциональным напряжением, в патогенезе хронического генерализованного пародонтита. Лечение, проведенное с учетом влияния на свободно-радикальные процессы и ФС организма дало более стойкий эффект, чем стоматологическое вмешательство.

Эффект лечения проявился в нормализации (или улучшении) состояния пародонта и оптимизации ФС организма, включая свободно-радикальные процессы. В некоторых случаях не удалось полностью оптимизировать ФС, но улучшение микроциркуляции и вегетативного обеспечения деятельности уже свидетельствовали о положительном результате, так как нарушения микроциркуляции наряду с нарушениями свободно-радикальных процессов являются патогенетическими звеньями всех патологических процессов, в том числе и пародонтоза. Их нормализация позволяет как бы «блокировать» эти звенья стресс-реакции и не дать ей реализоваться в органах-мишенях, в частности, в пародонте. С помощью этого мы снизили вероятность хронизации процесса и рецидивов заболевания.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что у большинства больных с хроническим генерализованным пародонтитом диагностировалось неоптимальное ФС, несмотря на то, что при медицинском осмотре они были признаны соматически здоровыми. Вероятно, неоптимальное ФС было связано с перенесенными психоэмоциональными нагрузками и значительным психологическим напряжением в процессе работы. Эти нарушения, еще не отражающиеся на соматическом состоянии, можно было отнести к состоянию «предболезни», так как нарушение адаптационных реакций можно рассматривать как дизрегуляторную патологию. В связи с этим мы считаем обоснованным отнести хронический генерализованный пародонтит у соматически здоровых лиц к психосоматическим заболеваниям, обусловленным психоэмоциональным стрессом и при лечении с целью предотвращения рецидивов заболевания воздействовать не только на местные процессы, но и на регуляторные системы организма, в частности, центральную нервную систему, с целью создания оптимального ФС организма.

Литература

1. Артюшкевич А.С. Трофимова Е.К. Клиническая пародонтология. – Минск: Интерпрессервис, 2002. – 93 с.
2. Борисова И.В., Фархутдинова Л.В. // Интеграция науки и образования. – М., 2007. – С. 124–131.
3. Григорьян А.С. Грудянов А.И. Болезни пародонта: Патогенез, диагностика, лечение. – М.: Мед. информ. аг-во, 2004. – 320 с.
4. Данилова Н. Н. Психосоматология. – СПб., 2001. – С. 166.
5. Фархутдинов Р.Р. и др. // Методы оценки антиоксидантной активности биологически активных веществ лечебного и профилактического назначения. – М., 2005. – С. 125–146.
6. Фархутдинова Л.В. // Казанский мед. ж. – 2002. – №6. – С. 429.
7. Фархутдинова Л. В. // Третий Российский конгресс по патофизиологии. – М., 2004.
8. Фархутдинова Л. В. // Актуальные вопросы биологии и медицины. – М., 2006. – С. 147–152.
9. Фархутдинова Л.В., Галютдинова Н.У. // ВНМТ. – 2002. – Т. IX. – №2. – С. 64–66.
10. Фархутдинова Л.В., Мадьярова Г.Р. // Казанский мед. жл. – 2002. – №6. – С. 429–432.
11. Фархутдинова Л.В., Сухарева М.Л. // Казанский мед. ж. – 2007. – Т. LXXXVIII. – №4. – С. 81–82.
12. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.
13. Цепов Л.М., Николаев А.И. // Пародонтология. – 2003. – №2 (27). – С. 19–24.
14. Brock G.R. et al. // J. Clin. Periodontol. – 2004. – Vol. 31, №7. – P. 515–521.
15. Chapple I.L., Milward M.R. // J. Clin. Periodontol. – 2007. – Vol. 34, № 2. – P. 103–110.

THE DIAGNOSIS, TREATMENT, PROPHYLAXIS OF PARODONTIS
TAKING INTO ACCOUNT FUNCTIONAL STATE IN PERSONS HAVING
LONG PSYCHOEMOTIONAL LOADING

E.K. SUBIRZYANOVA, L.V. FARKHUTDINOVA

Summary

The patients with chronic generalized parodontitis have non-optimal functional state despite during its examination they were evaluated somatic health.

Key words: non-optimal functional state, parodontitis

УДК 616.31-089.81; 616.314.17/18-07-08-057.36:616.839

КОНГРЕГАЦИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ
ПОДХОДОВ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОМАМИ ОБЛАСТИ РТА
И БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ТКАНИ

Л.В. ШЕВЧЕНКО*

В общей структуре болезней органов пищеварения за последние 10 лет среди населения России наблюдался стойкий рост болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (К 00–К 14 по МКБ-X), что в целом составило 106,3% за указанный период, а увеличение статистически зарегистрированного числа хронических воспалительных процессов в периапикальных тканях у больных 40–60 лет составляло ежегодно от 1,5 до 2,3% [1–3].

Цель работы – в рамках эксперимента дать научную трактовку сущностному наполнению термина «медицинская конгрегация фармакотерапии, оперативного лечения и немедикаментозного воздействия» применительно к современным инновациям в восстановительном лечении постоперационных больных, основываясь на анализе потребности поло-возрастных и профессиональных групп населения в специализированной хирургической помощи с реабилитацией в связи с флегмонами полости рта и болезнями периапикальных тканей (на примере жителей Белгородской области, как среднестатистического субъекта РФ)

Материалы и методы. Поставленная цель и вытекающие из неё задачи обусловили в рамках настоящей работы непреднамеренный выбор баз исследования, в т.ч. по Белгородской области (отделение челюстно-лицевой хирургии Белгородской областной клинической больницы; кафедра стоматологии БГУ и кафедра хирургических болезней Института последипломного медицинского образования Белгородского государственного университета; областное государственное учреждение здравоохранения санаторий «Красиво»; ООО «Санаторий «Красная Поляна»), а также по Краснодарскому краю (сочинские санатории: «Правда», «Южное взморье», «Волна»; Архипо-Осиповский санаторно-курортный комплекс «Вулан» Российского научного Центра восстановительной медицины и курортологии Минздравсопразвития РФ; клинический отдел изучения влияния природных и преформированных физических лечебных курортных факторов на организм человека НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального медико-биологического Агентства). В качестве единиц исследования выступали сформированные методом неслучайного отбора рандомизированные (по возрастному, половому и профессиональному признакам, проявлениям основного и сопутствующих заболеваний, образу жизни и т.д.) группы больных, подвергшихся оперативным вмешательствам по поводу периапикальных абсцессов и флегмон полости рта и проходивших в связи с этим в 2002–2008 гг. восстановительное лечение по авторским технологиям на вышеуказанных базах исследования.

Авторские инновации тактики врача при восстановительном лечении больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу флегмон полости рта и периапикальных абсцессов (раскрытие флегмон или абсцессов корня языка, разлитых флегмон дна полости рта или флегмон в окологлоточном или крыло-челюстном пространстве и др.), заключались в том, что больные основной группы наблюдения ($n_{\text{общ}}=562$), выписываясь из стационара для дальнейшего амбулаторного наблюдения, обязательно направлялись (через 3–4 мес. после операции) на санаторный этап реабилитации. Для объективизации результатов лечения продукты ПОЛ и ферменты антиоксидантной защиты (АОЗ, по динамике в эритроцитах уровня супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы) определяли по методике А.И. Карпищенко, 2002.

При изучении динамики иммунного статуса в рамках исследования проводили 2-уровневое сравнение показателей гемоцитогаммы наблюдаемых больных. К тестам 1-го уровня относили подсчет лейкоцитарной формулы, определение количества Т-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов (Ig), кроме этого дифференцировали IgA, M, G по Manchini методом радиальной иммунодиффузии в геле. Определение концентрации общего IgE осуществляли в сыворотке больных твердофазным ИФА с помощью тест-систем «IgE-ИФА-БЕСТ-стрип» фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Чувствительность анализа для данного набора составляет 2,0 МЕ/мл IgE. Результаты анализа регистри-

* Каф. стоматологии Белгородского госуниверситета; отделение челюстно-лицевой хирургии Белгородской ОКБ