

методом спектрометрии. Содержание водорастворимых полисахаридов в сырье определяли гравиметрически, дубильных веществ и органических кислот – титриметрическим методом.

Результаты исследования и обсуждение

В результате проведенных исследований установлено, что содержание эфирного масла в траве полыни сантониковой составляет 1,8% в пересчете на абсолютно сухое сырье. Основными компонентами эфирного масла являются хризантемон (12,6%), вербенон (11,6%), α -бисабол (13,4%) и α -туйон (8,2%).

Установлено, что оптимальным способом выделения суммы сесквитерпеновых лактонов является обработка сырья гексаном с последующей водной экстракцией. Содержание суммы лактонов составило 4,2% в пересчете на абсолютно сухое сырье. В результате проведенного хроматографического анализа суммы сесквитерпеновых лактонов, было идентифицировано и затем выделено три соединения: сантонин, артемин и тауремизин. Тауремизин и артемин из данного вида полыни были выделены впервые. Содержание сантонина в траве полыни сантониковой составило 0,8%, артемина – 0,3%, тауремизина – 1,0% в пересчете на абсолютно сухое сырье.

Изучен состав фенольных соединений травы полыни сантониковой: гиперозид, гесперидин, виценин, лютеолин, кверцетин, апигенин, галловая, кофейная и салициловая кислоты. Установлено количественное содержание суммы флавоноидов (1,58%) и фенолкарбоновых кислот (2,02%) в пересчете на абсолютно сухое сырье.

Установлено, что содержание тритерпеновых соединений в траве полыни сантониковой составляет 7,1%, водорастворимых полисахаридов – 6,35%, дубильных веществ – 7,23%, свободных органических кислот – 0,64% в пересчете на абсолютно сухое сырье.

Таким образом, изучение химического состава полыни сантониковой показало перспективность использования этого вида в качестве сырьевого источника эфирного масла и сесквитерпеновых лактонов: сантонина и тауремизина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флора Северного Кавказа. Определитель / Под ред. А. И. Галушко. Ростов-н/Д: изд-во Ростовск. ун-та, 1980. Т. 3. 328 с.
2. Водорезова Л. А. Сантонин и его использование в медицине и фармации // Водорезова Л. А., Коновалов Д. А. Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы VIII Международного съезда 21-23 июня 2004 г. СПб, 2004. С. 401–405.
3. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; сем. Asteraceae (Compositae). СПб: Наука, 1993. 352 с.
4. Водорезова Л. А. Компонентный состав эфирного масла полыни сантониковой // Молодые ученые – медицине: Тез. докл. 5-й конференции молодых ученых. Владикавказ, 2006. С. 21–24.
5. Водорезова Л. А. Сесквитерпеновые лактоны в *Artemisia santonica* // Водорезова Л. А., Коновалов Д. А. Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы IX Международного съезда 22–25 июня 2005 г. СПб, 2005. С. 242–247.

L. A. VODOREZOVA

STUDYING OF THE BASIC GROUPS OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS ARTEMISIA SANTONICA

The basic groups of biologically active compounds of a grass Artemisia santonica are established: essential oil, sesquiterpene lactones, flavonoids, phenolcarboxylic and triterpenic compounds, water-soluble polysaccharides, tannins, organic acids. Perspective of use of this kind is proved as a raw source of essential oil and sesquiterpene lactones.

Key words: Artemisia santonica, essential oil, santonin, tauremisin, artemin, phenolic compounds.

B. B. ГРЕЧИШНИКОВ, А. В. ЕРЕМЕНКО

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОМПОЗИЦИЕЙ НА ОСНОВЕ ПОРИСТОЙ ГИДРОКСИАПАТИТНОЙ КЕРАМИКИ

*Кафедра терапевтической стоматологии
Ставропольской государственной медицинской академии*

Эпидемиологические исследования показали, что болезни пародонта являются самыми распространенными в стоматологической патологии среди различных групп населения и с возрастом прогрессируют. К 40 годам болезни пародонта различной степени тяжести поражают от 40 до 100% населения (Shuham A., 1990; Kidd E., Joyston S., 1997; и др.).

Высокая частота распространения гингивита и пародонтита, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря зубов и, как результат, снижение работоспособности, нарушение психологического равновесия паци-

ентов, социальная дезадаптация – все это позволяет считать заболевания пародонта не только медицинско-й, но и важной социальной проблемой [1, 3, 4, 7].

Воспалительный процесс в пародонте начинается с образования субгингивальной «зубной» бляшки в результате колонизации поверхности зубов факультативными анаэробами (*A. viscosus*, *Str. mutans*, *B. melaninogenicus*, *F. nucleatum*). Главным их источником служат мягкие назубные отложения (пребывание пародонтопатогенных бактерий в исходном биотопе в преморбидном периоде) [2, 5, 9, 10].

Говоря о современных подходах и методах лечения

гингивита и пародонтита, мы подразумеваем не только устранение периодонтальной инфекции, но и проведение регенеративно-реставрационной терапии комплекса пародонтальных тканей. Обеспечение последней осуществляется применением биологически активных неорганических материалов на основе пористой гидроксиапатитной керамики и бета-трикальцийфосфата в клинической практике и позволяет расширить возможности современной восстановительной терапии, создать принципиально новые методы лечения, решить проблему реабилитации пациентов, повысить уровень медицинского обеспечения населения [6, 8, 11].

Изложенное определило направление настоящего исследования по совершенствованию лечения пародонтита путем усиления остеорепаративных процессов в альвеолярной кости и элементов направленной тканевой регенерации на основе применения композиций пористой гидроксиапатитной керамики с противовоспалительными компонентами.

Цель исследования – повышение эффективности лечения пародонтита средней степени тяжести путем включения в комплексную терапию лекарственной композиции на основе пористой гидроксиапатитной керамики.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение 93 пациентов в возрасте от 27 до 75 лет с пародонтитом средней степени тяжести, из них: с генерализованным пародонтитом средней степени тяжести – 85 пациентов (91,40%), с локализованным пародонтитом средней степени тяжести – 8 пациентов (8,60%). По методам лечения пациенты сформированы в три группы: в контрольной – 40 человек, в двух основных – 53.

Первую основную группу составили 29 пациентов с пародонтитом средней степени тяжести. Во вторую основную группу вошли 24 пациента с пародонтитом средней степени тяжести.

В контрольную группу включены 40 пациентов с пародонтитом средней степени тяжести.

Обследование и контроль за динамикой репаративных изменений осуществлялись с применением тестовой оценки состояния тканей пародонта, рентгенологических методов и по результатам осмотра пациентов до и после лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

Лечение в основной группе проводили композициями на основе пористой гидроксиапатитной керамики, причем в 1-й подгруппе 29 пациентов получали лечение с применением антибактериального препарата линкомицин, а во 2-й подгруппе 24 пациента были пролечены с включением в лечебный комплекс софрадекса.

В контрольной группе лечение проводилось по общепринятой методике.

Результаты исследования

В результате лечения получена положительная динамика у пациентов всех групп, однако наилучшие клиничко-лабораторные показатели наблюдались в основной группе пациентов, где применяли лекарственную композицию на основе пористой гидроксиапатитной керамики с различным размером гранул.

Курс лечения хронического генерализованного пародонтита средней тяжести с использованием лекарственной композиции с пористой гидроксиапатитной керамикой составил в основном 6–8 посещений. Снижение признаков воспаления наблюдалось ко второму-третьему посещению. Пациенты отмечали уменьшение отека, кровоточивости десен, болевых ощущений. На 7–

14-е сутки отмечалась положительная динамика значений индексов состояния тканей пародонта и гигиены полости рта, их величины составили: ИГ – $1,26 \pm 0,08$; ПИ – $1,23 \pm 0,07$; ПМА – $2,68 \pm 0,22\%$; СРІТN – $0,41 \pm 0,13$ – в первой группе. Пробы Шиллера-Писарева отрицательные у 93,10% пациентов, Парма и Кетчке – отрицательные у всех пациентов данной группы. Во второй группе ИГ – $1,33 \pm 0,07$, ПИ – $1,27 \pm 0,03$, ПМА – $2,49 \pm 0,19\%$, СРІТN – $0,41 \pm 0,13$. Пробы Шиллера-Писарева отрицательные у 91,67% пациентов, Парма и Кетчке отрицательные у всех пациентов данной группы.

Клинические наблюдения показали, что у всех пациентов основной группы (1-я и 2-я подгруппы) период после лечения предлагаемой композицией на основе пористой гидроксиапатитной керамики протекал без осложнений. Отечность была менее выражена уже в 1-е сутки, болевой симптом отсутствовал, уменьшилась кровоточивость. К 7–14-м суткам наблюдения признаков патологии в десне не обнаружено, она плотно прилегала к твердым тканям зубов.

Через месяц после проведенной терапии улучшение состояния тканей пародонта вплоть до полного исчезновения воспалительного процесса и восстановления рельефа десневого края наблюдалось у большинства пациентов.

У пациентов двух подгрупп основной группы через 1, 3, 6 месяцев после проведенного лечения не было обнаружено клинических признаков воспаления. Они не предъявляли жалоб, слизистая оболочка десны имела нормальную окраску, рельеф десневого края полностью восстановился, зубы имели физиологическую подвижность. Отмечался стойкий терапевтический эффект. Период ремиссии составил до 12–24 месяцев наблюдения. При этом на всем протяжении лечения пациенты соблюдали адекватную гигиену полости рта под контролем специалиста, проводили массаж десен, прием витаминов. У 5 (5,75%) пациентов выявлены воспалительные явления в околозубных тканях в виде кровоточивости десен при чистке зубов, что связано с неудовлетворительной гигиеной полости рта и обострением соматических заболеваний, в связи с чем им было рекомендовано повторить курс лечения, проконсультироваться у специалиста по поводу соматических заболеваний, даны советы по гигиене полости рта.

К 6 месяцам наблюдения рентгенологически в зоне введения предлагаемой лекарственной композиции определяли активные репаративные процессы костных структур, отсутствие зоны резорбции межальвеолярной перегородки, формирование непрерывной кортикальной пластинки, выявляли уменьшение очагов остеопороза, уплотнение компактной пластинки кости и межзубных перегородок, уменьшение или исчезновение костных карманов. Прогрессирования деструкции межальвеолярных гребней не наблюдалось.

При применении пористой гидроксиапатитной керамики рецессия десны после лечения была в среднем на 1,5–2 мм меньше, чем у пациентов контрольной группы. Применение пористой гидроксиапатитной керамики способствовало исчезновению кровоточивости в среднем на 2–3 дня быстрее, чем в контрольной группе. Проба Шиллера-Писарева в основной группе показывала исчезновение признаков воспаления в среднем на 2–3 дня раньше, чем в контрольной.

У пациентов контрольной группы курс лечения составил 8–10 посещений. Клинически отмечались уменьшение отека слизистой оболочки десны, частичное восстановление рельефа десневого края. Показатели пародонтальных индексов снизились: ИГ – $1,46 \pm 0,05$; ПИ – $1,98 \pm 0,08$; ПМА – $13,41 \pm 2,04\%$; СРІТN –

1,69±0,03. Проба Шиллера-Писарева слабоположительная у 4 (10%) пациентов, пробы Парма и Кетчке отрицательные у всех пациентов.

Рентгенологически у пациентов данной группы после проведенного лечения прогрессирования резорбции межальвеолярных перегородок выявлено не было. Проведение обычного комплекса мероприятий позволяло добиться купирования воспалительного процесса только на 8–10-е посещение, длительная клиническая ремиссия была достигнута у значительно меньшего числа пациентов, а через 4–12 месяцев наступало обострение заболевания, в связи с чем им было рекомендовано повторить курс лечения, даны советы по гигиене полости рта.

Выводы

Проведенные исследования, сравнительный анализ эффективности применения традиционных методов лечения и способов терапии с применением препаратов пористой гидроксиапатитной керамики в комбинации с антибактериальными средствами широкого спектра типа софрадекс и линкомицин позволили констатировать более высокую эффективность применения предложенных лекарственных композиций и выявили преимущество такой терапии как в сроках репаративных процессов в пародонте и сроках ремиссии, так и в качестве достигаемого терапевтического эффекта по результатам тестовых оценок состояния тканей пародонта до и после лечения в ближайшие и отдаленные сроки. Применение указанного сочетания препаратов позволило значительно уменьшить количество рецидивов, что свидетельствует о целесообразности его внедрения в клиническую практику комплексной терапии пародонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов С. Э., Тороманян Э. Н., Канканян А. П. и др. Клинико-биохимическая характеристика заболеваний пародонта у лиц, находящихся в условиях постоянного перманентного стресса // Стоматология. 1996. Т. 75. № 1. С. 30–32.
2. Акулович А. В. Патология пародонта. Часть 1. Этиология и патогенез // Мир медицины. 1999. № 3–4. С. 9–11.
3. Боровский Е. В., Барышева Ю. Д., Максимовский Ю. М. и др. Терапевтическая стоматология. М.: ООО «Мед. информ. агентство», 1997. 544 с.
4. Воложин А. И. Некоторые достижения в создании синтетических заменителей костной ткани: Международная научно-практическая конференция «Достижения и перспективы стоматологии». 9–12 февраля 1999 г. I том. М., 1999. С. 6–10.

5. Григорьян А. С., Иванов В. С., Паникаровский В. В. и др. Экспериментальное изучение воздействия интраоссальной подсадки гранулята керамики гидроксиапатита на процессы репаративного костеобразования: Эксперим.-морфол. исслед. // Стоматология. 1994. № 3. С. 7–9.

6. Дмитриева Л. А., Зуев В. П., Звонникова Л. В., Филатова Н. А., Алексеева А. Н. Лечение заболеваний пародонта препаратом линко-ГАП // Стоматология. 1995. № 3. С. 25–28.

7. Зуев В. П., Дмитриева Л. А., Филатова Н. А., Панкратов А. С. Применение остим-100 в комплексном лечении болезней пародонта // Новое в стоматологии. 1996. № 2. С. 15–18.

8. Ковалевский А. М. Хирургическое лечение генерализованного пародонтита с применением биополимеров и биокерамики: Автореф. дис. к. м. н. Л., 1998. 16 с.

9. Машенко И. С. О различии в механизмах развития пародонтита // Стоматология. 1990. Т. 69, № 1. С. 29–30.

10. Akesson L. Hakansson J. Rohlin M. Comparison of panoramic and intraoral radiography and pocket probing for the measurement of the marginal bone level // J. Clin. Periodontol. 1992. Vol. 19. № 5. P. 326–332.

11. Oliveira J. M., Correia R. N., Fernandes M. H. Surface modifications of a glass and a glass-ceramic MgO-3CaO under dot P₂O₅-SiO₂ system in a simulated body fluid // Biomaterials. 1995. Vol. 16. № 11. P. 849–854.

V. V. GRECHISHNIKOV, A. V. ERYOMENKO

CLINICAL - X-RAY ESTIMATE OF AVERAGE GRAWAY OF A PERIODONTITIS TREATMENT EFFICIENCY WITH MEDICAL COMPOZITION BASED ON POROUS HYDROXYAPATITE CERAMICS

Perfection necessity of medical rehabilitation measures for more efficient increase of restorative therapy during chronic inflammatory processes in average gravity generalized and local periodontitis has been grounded.

Efficient methods of influence on the inflammatory process concerning its etiological and pathogenic mechanisms are proposed. These methods allow to obtain considerable improvement of periodont condition in shorter time and for longer remission periods than under usual treatment.

Clinical examples illustrating high results of the executed restorative therapy of periodontal tissue are given.

Key words: chronic generalized periodontitis, chronic local periodontitis, conservative therapy, hydroxyapatite.

В. В. ГРИГОРЬЕВА, Р. А. ХАНФЕРЯН, Т. В. СУНДАТОВА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

*Кафедра аллергологии и клинической иммунологии ФПК и ППС,
ГОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Росздрава, Краснодар*

Введение

В последние десятилетия отмечен наибольший рост заболеваемости астмой, поллинозом и аллергодерматозами. По результатам эпидемиологических исследований в разных странах астма (БА) достигла 5–9% среди взрослого населения и 8–12% среди детей, поллиноз (П) – около 20% населения, аллергодерматозы – 10–12%, у детей от 5 до 15%. Эти

показатели значительно превышают данные официальной медицинской статистики [1, 4, 5, 6, 11, 12, 13]. Наиболее надежные и сравнимые данные по распространенности симптомов аллергических заболеваний (АЗ) были получены в последние десятилетия в разных странах в связи с внедрением и распространением стандартизованных методик обследования. Примером такого исследования у детей является