

ных желез с кистозными изменениями протоков перилобулярным и перидуктальным склерозом, что может способствовать изменению качества, количества слюны и нарушению ее пассажа в полости рта.

3. Длительную гипоксию тканей, которая на ранних стадиях может способствовать развитию полнокровия, стаза, периваскулярного отека с исходом в склеропластический процесс, атрофические изменения структурных элементов.

4. Повреждения рецепторного аппарата с нарушением деятельности вкусового анали-

затора, о чем свидетельствуют дистрофические и дисциркуляторные нарушения в нервных ганглиях и волокнах.

При всех видах вредных привычек выявлены достоверные отличия. Объяснение этому характеристика клинических особенностей детей основной и контрольной групп, особенностях периода новорожденности, клинические особенности, которые подтверждают полиорганность поражений, что в свою очередь отражается и на состоянии зубочелюстной системы.

Сведения об авторах статьи

Гвоздева Юлия Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры детской стоматологии и ортодонтии Негосударственного образовательного учреждения Медицинского стоматологического института.

Адрес: 117246, г.Москва, Научный проезд, дом 6. Контактный телефон: 89104602800.

Данилова Марина Анатольевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии и ортодонтии ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава.

Адрес: 614990, г.Пермь, ул.Петропавловская, 26. Контактный телефон: 83422982261. E-mail: danilova_ma@mail.ru

Патлусова Елена Сергеевна, к.м.н., заведующая патологоанатомическим отделением краевой детской клинической больницы. Адрес: 614066, г.Пермь, ул. Баумана, 22. Контактный телефон: 89638585925.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов, Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф.Антропов, Ю.С.Шевченко. – М.: Изд. НГМА Ин-та психотерапии, 2000. – С. 13–196; 279.
2. Зубкова, Л.П. Связь деформации зубных рядов и вредных привычек у детей дошкольного возраста // Стоматология. – 1973. – № 4. – С. 58–60.
3. Окушко, В.П. Зубочелюстные аномалии, связанные с вредными привычками, и их лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1965. – 20 с.
4. Чупин, Г.Т. Распространенность вредных привычек у детей, страдающих врожденными или приобретенными нервно-психиатрическими заболеваниями / Г.Т.Чупин, Г.К.Маслова // Стоматология. – 1971. – Т.50, №3. – С. 86–87.

УДК 616.314.18-002.4-036.12-031.8-089.168

© Л.Р. Агзамова, Ф.З. Мирсаева, 2010

Л.Р. Агзамова, Ф.З. Мирсаева

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Проводилось хирургическое лечение хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени с применением комбинированного трансплантата на основе «Аллоплант – стимулятор остеогенеза». Эффективность лечения доказана клиническими, иммунологическими, функциональными и другими методами исследований в ближайшие и отдаленные сроки.

Ключевые слова: хирургическое лечение, пародонтит, трансплантат, микроциркуляция, плотность кости оптическая, Аллоплант, плазма, обогащенная тромбоцитами.

L.R. Agzamova, F.Z. Mirsayeva

OPTIMIZATION OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Surgical management of advanced stage chronic generalized periodontitis was carried out with the application of Alloplant biomaterial composite graft; the composite graft was utilized as an osteogenesis stimulating agent. The efficacy of the present therapy was validated by the clinical, immunological, functional and other methods of short-term and long-term studies.

Key words: surgical management, periodontitis, graft, microcirculation, optical bone density, Alloplant, platelet-rich plasma

Основная цель хирургических методов лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) – это радикальное удаление необратимо измененных инфицированных тканей пародонта, устранение костных дефектов в пародонте и восстановление функциональной активности зубов [1]. Данная цель достигается выполнением открытого кюретажа, лоскутной операции с применением направленной регенерации тканей [8].

В настоящее время известно множество трансплантационных материалов для замещения костных дефектов в пародонте [7,4,5,10,11]. Однако инфицированность костного дефекта при ХГП создает сложные условия трансплантату, что существенно влияет на качество репаративной регенерации кости и клинические результаты. В связи с вышеизложенным трансплантатам предъявляются высокие требования.

Известен аллогенный трансплантационный материал «Аллоплант», выпускающийся в более десяти видах и применяющийся в разных областях медицины [9]. В настоящем исследовании использован «Аллоплант – стимулятор остеогенеза» в комбинации с плазмой, обогащенной тромбоцитами (комбинированный трансплантат).

Цель исследования. Оценка эффективности хирургического лечения ХГП с применением комбинированного трансплантата.

Материал и методы

У 77 больных разного пола в возрасте от 20 до 45 лет с ХГП тяжелой степени тяжести проводили лоскутную операцию, в том числе у 30 больных без применения трансплантата (первая группа – группа сравнения), у 47 – с применением комбинированного трансплантата, включающего «Аллоплант – стимулятор остеогенеза» и плазму, обогащенную тромбоцитами (вторая группа – основная). Результаты хирургического лечения оценивали в ближайшие (на 2,7,14-е сутки) и в отдаленные сроки (через 2,3,6,12 месяцев). При этом использовали клинические, иммунологические, функциональные методы исследования, а также метод определения оптической плотности кости.

Клинические методы исследования включали: оценку общего состояния больного (повышение температуры тела, наличие боли, ее продолжительность), состояния лимфатических узлов; определение отека мягких тканей лица, цвета и отека слизистой оболочки альвеолярного отростка, пародонтальных индексов (PI, ИГ, API, SBI), подвижности зубов и глубины пародонтальных карманов.

Рентгенологическое исследование челюстей и определение оптической плотности кости у больных с ХГП проводили до операции и через 6 и 12 месяцев после операции с использованием ортопантомографа, а также компьютерной программы XXLike. Данная программа позволяет открывать рентгеновские снимки в форматах JPEG и Analyze, просматривать их в различных масштабах с применением инструментов повышения контрастности и фильтра выделения границ, проводить в полуавтоматическом режиме разметку границ, а в автоматическом режиме – замеры оптической плотности и относительной высоты тела челюсти с сохранением результатов в табличном виде, пригодном для дальнейшей обработки в Excel. Ортопантомограф управляется программой Trophy Windows, в которой хранятся оцифрованные рентгеновские снимки в файле снимков в формате DICOM со сжатием JPEG 2000 без потерь и поддержкой до 2^{16} градаций яркости каждой точки. Оцифровка ортопантомограмм проводится с помощью специально переоборудованного сканера Genius Vivid III, который обеспечивает оцифровку с разрешением до 300 точек на дюйм, что существенно превышает визуальное разрешение изображения ортопантомограмм. Для коррекции изображения с учетом факторов, влияющих на качество ортопантомограмм (напряжение, сила тока, время экспозиции) используется способ гамма-коррекции изображения [6].

Количество иммуноглобулинов ротовой жидкости (РЖ) определяли методом простой радиальной иммунодиффузии в агаре. В реакции использовали моноспецифические стандартные антисыворотки к человеческим IgA, IgM, IgG, SIgA. Количество иммуноглобулинов рассчитывали в г/л [2].

Исследование состояния гемодинамики тканей пародонта проводили методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) с помощью отечественного прибора «Минимакс-Допплер-К» (ООО «СП-Минимакс», г. Санкт-Петербург). Данный прибор снабжен набором датчиков и имеет компьютерное обеспечение. Применяли датчик с непрерывным ультразвуковым сигналом 20МГц, что позволяет оценить гемодинамику на глубине от 0 до 0,8 см. Местом расположения датчика служила переходная складка десны. Допплерограмму оценивали по следующим количественным характеристикам: максимальная систолическая скорость по кривой средней скорости (Vas, см/с); средняя линейная скорость кровотока по кривой средней скорости (Vam, см/с); ко-

нечная диастолическая скорость по кривой средней скорости (Vakd, см/с). На их основе рассчитывались индекс пульсации (индекс Гослинга – PI), отражающий упруго-эластические свойства сосудов, и индекс периферического сопротивления кровотоку (индекс Пурселло – RI) дистальнее места измерения [3]. Исследование проводили через 7, 14 суток, 2, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования

В ближайшие сроки после операции у больных обеих групп наблюдались повышение температуры тела, боль, коллатеральный отек мягких тканей лица, увеличение регионарных лимфатических узлов, гиперемия и отек слизистой оболочки в области проведенной операции. Однако количество больных, степень выраженности и продолжительности вышеперечисленных симптомов в первой и второй группах были разными. Так, в первой группе на 2-е сутки после операции отмечалось повышение температуры тела у 19 (63,33%) больных, умеренная боль – у 2

(6,66%), коллатеральный отек мягких тканей – у 17 (56,66%), увеличение регионарных лимфатических узлов – у 7 (23,33%), незначительная гиперемия слизистой оболочки – у 16 (53,33%), значительная гиперемия – у 10 (33,33%), отек слизистой оболочки – у 27 (90,33%) больных. В то же время у больных второй группы в эти же сроки исследования повышение температуры тела и наличие коллатерального отека мягких тканей челюстно-лицевой области не наблюдались. Умеренная боль отмечалась только у 12 (25,53%) больных, незначительная гиперемия слизистой оболочки – у 10 (21,28%), значительная гиперемия – у 3 (6,38%), отек слизистой оболочки у 4 (8,51%) больных.

При исследовании PI, ИГ, API и SBI на 2- и 7-е сутки после операции наблюдалось достоверное их ухудшение как у первой, так и у второй группы больных по сравнению с показателями до операции ($p < 0,05$), и только на 14-е сутки после операции разница была недостоверной ($p > 0,05$), (табл. 1).

Таблица 1

Пародонтальные индексы в динамике при хирургическом лечении ХГП тяжелой степени

Сроки исследования	Пародонтальный индекс (PI)	Индекс гигиены (ОНi-S)	Индекс зубного налета (API, %)	Индекс кровоточивости (SBI, %)
Интактный пародонт	0,12±0,07	0,21±0,01	2,23±0,3	3,17±0,04
До хирургического лечения	4,76±0,44	1,65±0,48	34,10±0,4	66,10±0,1
В ближайшие сроки после хирургического лечения на: 2-е сутки	5,46±0,1* 5,80±0,1*	3,90±0,10* 3,30±0,10*	54,40±0,2* 57,70±0,11*	61,85±0,03 65,57±0,02
7-е »	3,06±0,15* 3,22±0,02*	2,70±0,15* 2,90±0,12*	41,00±0,05* 41,90±0,03*	60,71±0,09 65,28±0,15
14-е »	1,46±0,1 1,60±0,1	1,53±0,01 1,51±0,10	33,30±0,1 34,20±0,15	32,10±0,15 36,10±0,02
В отдаленные сроки после хирургического лечения через: 2 месяца	1,26±0,04* 1,60±0,2	0,58±0,12* 0,59±0,03*	15,85±0,07* 32,91±0,02	12,31±0,05 21,40±0,2
3 »	1,50±0,15* 1,40±0,01	0,59±0,01* 1,51±0,2	14,28±0,12* 34,01±0,3	10,07±0,09 17,80±0,3
6 »	1,20±0,01* 2,60±0,10	0,60±0,02* 1,22±0,07	13,57±0,04* 32,03±0,01	10,70±0,04 17,10±0,7
12 »	1,20±0,31* 3,10±0,07	0,59±0,6* 1,52±0,15	15,91±0,1* 35,30±0,2	10,10±0,32 25,00±0,1

Примечание. В числителе – показатели основной группы, в знаменателе – показатели группы сравнения.

* Разница достоверна по сравнению с результатами до операции ($p < 0,05$).

В ближайшие сроки после операции иммунологические показатели РЖ претерпевали незначительные изменения. У больных обеих групп на 7-е сутки после хирургического лечения отмечалось снижение уровня лизоцима по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$). А на 14-е сутки исследования наблюдалось повышение его уровня у больных основной группы (8,9±0,05 мкг/мл белка). У больных в группе сравнения лизоцим оставался достоверно низким – 4,9±0,001 мкг/мл белка ($p < 0,05$) (табл. 2).

Уровень иммуноглобулинов РЖ на 7-е сутки после операции у обеих групп больных был таким же высоким, что и до операции

($p > 0,05$), а на 14-е сутки отмечалось их снижение ($p < 0,05$) (табл. 2).

Хирургическое вмешательство в пародонте повлияло на показатели УЗДГ. Это выражалось в уменьшении линейных скоростей кровотока. Так, на 7-е сутки после операции в основной группе Vam составила 0,097±0,028 см/с, Vas – 0,219±0,028 см/с, Vakd – 0,102±0,002 см/с, а в группе сравнения 0,092±0,003 см/с, 0,201±0,002 см/с, 0,093±0,002 см/с соответственно. На 14-е сутки наблюдения эти показатели у больных основной группы увеличились и при этом были незначительно выше, чем у больных группы сравнения ($p > 0,05$) (табл. 2).

Показатели иммунологических и функциональных методов исследования в ближайшие сроки после хирургического лечения ХГП

Показатели	Интактный пародонт	Сроки исследования		
		до операции	после операции на:	
			7-е сутки	14-е сутки
Иммунологические показатели РЖ:				
лизоцим, мкг/мл белка	14,61±0,12	7,20±0,01	$\frac{4.40 \pm 0.15^*}{4.20 \pm 0.012^*}$	$\frac{8.90 \pm 0.05^*}{4.90 \pm 0.001^*}$
IgA, г/л	0,17±0,01	0,37±0,01	$\frac{0.34 \pm 0.001}{0.35 \pm 0.05}$	$\frac{0.25 \pm 0.003^*}{0.27 \pm 0.013^*}$
IgG, г/л	0,27±0,01	0,41±0,01	$\frac{0.36 \pm 0.001}{0.38 \pm 0.02}$	$\frac{0.31 \pm 0.001^*}{0.30 \pm 0.018^*}$
SIgA, г/л	0,25±0,01	0,38±0,02	$\frac{0.34 \pm 0.001}{0.29 \pm 0.17}$	$\frac{0.29 \pm 0.012^*}{0.28 \pm 0.02^*}$
Показатели УЗДГ:				
Vam, см/с	0,435±0,014	0,101±0,001	$\frac{0.097 \pm 0.028}{0.092 \pm 0.003}$	$\frac{0.107 \pm 0.002}{0.102 \pm 0.003}$
Vas, см/с	0,726±0,014	0,235±0,001	$\frac{0.219 \pm 0.028}{0.201 \pm 0.002}$	$\frac{0.236 \pm 0.01}{0.229 \pm 0.009}$
Vakd, см/с	0,403±0,015	0,104±0,025	$\frac{0.102 \pm 0.002}{0.093 \pm 0.002}$	$\frac{0.111 \pm 0.005}{0.107 \pm 0.001}$
Pi	0,742±0,01	1,297±0,02	$\frac{1.206 \pm 0.24}{1.173 \pm 0.03}$	$\frac{1.168 \pm 0.1}{1.196 \pm 0.01}$
Ri	0,444±0,001	0,557±0,015	$\frac{0.534 \pm 0.03}{0.537 \pm 0.01}$	$\frac{0.529 \pm 0.3}{0.532 \pm 0.15}$

Примечание. В числителе – показатели основной группы, в знаменателе – показатели группы сравнения.

* Разница достоверна по сравнению с результатами до операции ($p<0,05$).

Таким образом, в ближайшие сроки после операции гигиеническое состояние полости рта, иммунологические показатели РЖ, микроциркуляция в тканях пародонта у больных основной группы в целом не отличаются от больных группы сравнения.

Результаты исследования в отдаленные сроки после операции у больных первой и второй групп отличались друг от друга. Так, ИГ через 2 месяца в обеих группах соответствовал хорошему уровню гигиены (0,58±0,12 – в основной группе, 0,59±0,03 – в группе сравнения), затем в сроки исследования до 12 месяцев у больных основной группы оставался на хорошем уровне, а у больных группы сравнения через 3 месяца и далее расценивался как средний уровень.

Показатели API у больных основной группы в отдаленные сроки исследования были достоверно ниже, чем до операции ($p<0,05$), а у больных группы сравнения разница была недостоверной ($p>0,05$) (табл. 1).

Показатели индекса SBI у больных основной группы в сроки исследования через 2, 3 и 6 месяцев после операции оказались в 1,7 раза меньше (12,31±0,05%, 10,07±0,09%, 10,70±0,04% - в основной группе; 21,40±0,2%, 17,80±0,3%, 17,10±0,7% - в группе сравнения; $p<0,05$), а через 12 месяцев в 2,5 раза меньше, чем у больных группы сравнения (10,10±0,32% - в основной группе; 25,00±0,1% - в группе сравнения; ($p<0,05$)).

Выявлены также значительные отличия иммунологических показателей пациентов

основной группы и группы сравнения. Так, уровень лизоцима РЖ у больных основной группы через 2 месяца после операции составлял 11,20±0,03 мкг/мл белка, через 3 месяца – 12,40±0,02 мкг/мл белка, через 6 месяцев – 12,40±0,15 мкг/мл белка и через 12 месяцев – 12,60±0,01 мкг/мл белка. А в группе сравнения уровень лизоцима во всех сроках исследования был достоверно ниже, чем у больных основной группы, и колебался от 6,22±0,01 до 8,62±0,1 мкг/мл белка (табл. 3).

Уровень иммуноглобулинов РЖ у больных основной группы во всех сроках исследования был достоверно ниже по сравнению с результатами исследования до операции, в то же время недостоверно отличался от показателей лиц со здоровым пародонтом. У больных группы сравнения только в сроки исследования 2 месяца уровень иммуноглобулинов оставался на том же уровне, что и через 14 суток после операции, а далее наблюдалось его повышение (табл. 3).

В отдаленные сроки после операции у больных основной группы уменьшились подвижность зубов и глубина пародонтальных карманов. Через 2 месяца последняя составляла 4,30±0,1 мм, через 3 месяца – 3,70±0,01 мм, через 6 месяцев – 2,40±0,1 мм, через 12 месяцев 2,10±0,01 мм, что значительно меньше, чем до операции (6,10±0,5 мм; $p<0,05$). У больных группы сравнения глубина пародонтальных карманов варьировала от 5,00±0,02 до 5,50±0,02 мм ($p>0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исследования больных ХГП в отдаленные сроки после хирургического лечения

Показатели	Интактный пародонт	до операции	Сроки исследования			
			после операции через:			
			2 месяца	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
Иммунологические показатели РЖ:						
лизоцим, мкг/мл белка	14,61±0,12	7,20±0,01	11,20±0,03* 8,62±0,1*	12,40±0,02* 7,23±0,04	12,40±0,15* 6,70±0,03	12,60±0,01* 6,20±0,01
IgA, г/л	0,17±0,01	0,37±0,01	0,23±0,012* 0,29±0,1	0,22±0,003* 0,39±0,15	0,21±0,001* 0,41±0,2	0,22±0,02* 0,40±0,01
IgG, г/л	0,27±0,01	0,41±0,01	0,31±0,011* 0,31±0,05	0,30±0,003* 0,42±0,2	0,31±0,001* 0,43±0,007	0,30±0,1* 0,43±0,15
SIgA, г/л	0,25±0,01	0,38±0,02	0,27±0,007* 0,31±0,5	0,27±0,004* 0,41±0,03	0,27±0,001* 0,42±0,15	0,27±0,02* 0,43±0,01
Глубина пародонтальных карманов, мм	Пародонтальные карманы отсутствуют	6,10±0,5	4,30±0,1 5,50±0,02	3,70±0,01* 5,10±0,15	2,40±0,1* 5,00±0,02	2,10±0,01* 5,10±0,013
Оптическая плотность кости, у.е.:						
2-й слой	0,76±0,1	0,52±0,1	не определялась	не определялась	0,72±0,02* 0,53±0,15	0,71±0,1* 0,51±0,02
3-й »	0,81±0,1	0,69±0,01	не определялась	не определялась	0,79±0,11* 0,72±0,1	0,78±0,01* 0,71±0,15
4-й »	0,83±0,01	0,72±0,1	не определялась	не определялась	0,80±0,15* 0,75±0,15	0,80±0,01* 0,74±0,1
Показатели УЗДГ:						
Vam, см/с	0,435±0,014	0,101±0,001	0,432±0,002* 0,399±0,001*	0,434±0,002* 0,350±0,004*	0,439±0,005* 0,317±0,028*	0,441±0,01* 0,317±0,02*
Vas, см/с	0,726±0,014	0,235±0,001	0,722±0,001* 0,701±0,05*	0,724±0,02* 0,697±0,003*	0,724±0,015* 0,691±0,015*	0,725±0,01* 0,690±0,001*
Vakd, см/с	0,403±0,015	0,104±0,025	0,379±0,002* 0,363±0,015*	0,387±0,008* 0,271±0,003*	0,398±0,001* 0,217±0,001*	0,396±0,003* 0,217±0,015*
Pi	0,742±0,01	1,297±0,02	0,859±0,02* 0,847±0,015*	0,793±0,02* 1,217±0,03	0,742±0,02* 1,495±0,011	0,743±0,01* 1,493±0,1
Ri	0,444±0,001	0,557±0,015	0,475±0,1* 0,482±0,015	0,465±0,07* 0,611±0,02*	0,450±0,03* 0,685±0,01*	0,452±0,03* 0,685±0,02*

Примечание. В числителе – показатели основной группы, в знаменателе – показатели группы сравнения.

* Разница достоверна по сравнению с результатами до операции (p<0,05).

При рентгенологическом исследовании у больных основной группы через 6 месяцев после операции нормализовался костный рисунок, на отдельных участках сохранялись незначительные очаги остеопороза. Четко прослеживалась кортикальная пластинка челюстей, наблюдалась сглаженность вершин межальвеолярных перегородок. Они имели ровные четкие контуры, дугообразную форму, отсутствовали костные карманы. В те же сроки исследования у больных группы сравнения отмечалось чередование очагов остеосклероза с очагами остеопороза. Кортикальная пластинка прослеживалась не на всех участках альвеолярного отростка, контур альвеолярной кости нечеткий, прерывистый. Наблюдалась сглаженность вершин альвеолярных перегородок. Глубина пародонтальных карманов уменьшилась незначительно.

В основной группе больных оптическая плотность кости через 6 и 12 месяцев после операции во всех слоях почти не отличалась от плотности кости интактного пародонта, также оставались стабильными линейная скорость кровотока, индексы Пурселло и Гослинга. В эти же сроки исследования у больных группы сравнения оптическая плотность кости не изменилась по сравнению с показателями до операции, а кровоснабжение тканей пародонта ухудшилось (табл. 3).

Таким образом, хирургическое лечение ХГП тяжелой степени тяжести с применением комбинированного трансплантата способствует улучшению иммунологических показателей РЖ, восстановлению кровоснабжения тканей пародонта и кости в дефектах, уменьшению глубины пародонтальных карманов и подвижности зубов, стабилизации процесса на длительное время.

Сведения об авторах статьи

Мирсаева Фания Зартиновна, д.м.н., профессор зав. кафедрой хирургической стоматологии ГОУ ВПО БГМУ, телефоны: (347) 272-19-82, (347) 273-38-06.

Агзамова Лилия Ринатовна, зав. отделением пародонтологии МУ «Стоматологическая поликлиника №2» ГО г.Уфа, врач высшей категории; e-mail: lili-ag@inbox.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болбат, М.В. Использование биоактивного костно-пластического материала в пародонтальной хирургии // Материала V Российского научного форума «Стоматология 2003». – М., 2003. – С. 9-10.

2. Робустова, Т.Г. Иммунный статус в полости рта: методические рекомендации / Т.Г.Робустова, К.А.Лебедев, Ю.М.Максимовский [и др.] – М., 1990. – 28 с.
3. Кречина, Е.К. Применение метода ультразвуковой доплерографии для оценки тканевого кровотока при воспалительных заболеваниях пародонта: пособие для врачей / Е.К.Кречина, Э.Н.Рахимова – М., 2005. – 23 с.
4. Модина, Т.Н. Использование «КоллапАна» в хирургическом лечении пародонтитов // Клинич. стоматология. - 1999. - №1. - С. 44 - 47.
5. Модина, Т.Н. Применение биоконпозиционного материала «КоллапАна» в лечении быстро-прогрессирующих пародонтитов // Пародонтология. - 1999. -№1(11). - С. 14 - 17.
6. Мухаметшина, Л.И. Рентгеносемиотика хронического генерализованного пародонтита и возрастных инволютивных изменений нижней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 21 с.
7. Туманов, В.П. Применение культуры аллофибробластов в комплексном лечении заболеваний пародонта / В.П.Туманов, Л.А.Дмитриева, Г.С.Рунова, Е.В.Руднева // Наука - практике: материалы науч. сессии ЦНИИС, посвящ. 35-летию ин-та. – М., 1998. - С. 164 - 167.
8. Григорьян, А.С. Проблемы направленной регенерации в свете результатов сравнительного анализа эффективности различных средств и методов мембранной техники / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, А.И. Воложин [и др.] // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 185-187.
9. Сельский, Н.Е. Устранение дефектов и деформаций лица комбинированными аллотрансплантатами серии "Аллоплант": автореф дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2000. – 32с.
10. Фокина, Н.Б. Современные технологии и препараты в комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.Б. Фокина, Т.С. Москвина, Э.И. Урман [и др.] // Уральский стоматологический журнал. – 2003. – №3. – С. 20-23.
11. Модина, Т.Н. Современные технологии использования остеопластического материала в комплексе с обогащенной тромбоцитарной плазмой для закрытия костных дефектов при деструктивных процессах в тканях пародонта / Т.Н. Модина, В.М. Болбат, Э.Г. Старикова [и др.] // Пародонтология. – 2004. - №3. – С. 50-53.

УДК 616.12-005.4-085:615.874.2:637.171

© Р.Р. Кудаярова, Л.Т. Гильмутдинова, С.Х. Камалетдинов, К.С. Ямалетдинов, Л.Т. Габделхакова, 2010

Р.Р. Кудаярова, Л.Т. Гильмутдинова,
С.Х. Камалетдинов, К.С. Ямалетдинов, Л.Т. Габделхакова
**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ
С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ КУМЫСА**
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Представлены результаты применения кумыса для коррекции липидного обмена у 138 лиц с риском развития атеросклероза. Установлен гиполипидемический, антиоксидантный эффекты кумыса, позволяющие рекомендовать его применение у лиц с нарушениями липидного обмена.

Ключевые слова: липидный обмен, атеросклероз, кумыс, антиоксидантные ферменты, перекисный метаболизм.

R.R. Kudayarova, L.T. Gilmutdinova,
S.H. Kamaletdinov, K.S. Yamaletdinov, L.T. Gabdelhakova
**REGENERATIVE CORRECTION OF THE LIPIDE EXCHANGE AT PERSONS
WITH THREAT OF DEVELOPMENT OF THE ATHEROSCLEROSIS
WITH KOUMISS APPLICATION**

Results of application of koumiss for correction of a lipide exchange at 138 persons with threat of development of an atherosclerosis are presented. It is established antilipidemic, antioxidatic effects of the koumiss, allowing to recommend its application for persons with disturbances of a lipide exchange.

Key words: ipide exchange, atherosclerosis, koumiss, antioxidatic enzymes, eroxide metabolism.

В основе первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний лежат мероприятия, направленные на коррек-

цию основных факторов риска ССЗ: ожирения, липидных нарушений, повышенного АД, курения, низкой физической активности. По-