

либо статистически значимых изменений при проведении данного исследования на фоне назначения препарата не выявлено.

При анализе динамики биохимических показателей уровня общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, мочевины, креатинина и мочевой кислоты практически остались без изменений (табл. 3).

Лечение Арифеном ретард в целом хорошо переносилось больными всех возрастных групп. Ни у одного больного не было отмечено существенных побочных эффектов, потребовавших его прекращения. Появление нежелательных явлений было зарегистрировано у 6 (12%) больных. Головную боль отмечали 4 пациента (8%), головокружение – у 1 (2%), боли в нижних конечностях – у 1 (2%). В период исследования у одного больного контрольной группы развилась острая недостаточность мозгового кровообращения по ишемическому типу. У больных основной группы коронарных, мозговых катастроф в процессе проведения исследования не было.

Таблица 3

Динамика биохимических показателей крови у больных ИСАГ до и после лечения Арифеном ретард

Показатель	Группа	1-3 день	Через 6 мес	Через 12 мес
ОХС, моль/л	основная	5,53±0,16	5,36±0,12	5,26±0,13*
	контрольная	5,50±0,13	5,50±0,18	5,44±0,14*
	Р	>0,1	<0,05	<0,05
Триглицериды, Моль/л	основная	2,02±0,13	1,89±0,10	1,80±0,10*
	контрольная	2,23±0,11	1,96±0,13*	1,95±0,13
	Р	>0,1	<0,05	<0,05
Глюкоза, моль/л	основная	5,03±0,13	5,57±0,12	5,37±0,13*
	контрольная	5,25±0,14	5,26±0,15	5,65±0,13*
	Р	>0,1	>0,1	>0,1
Креатинин, мкмоль/л	основная	95,4±6,24	90,6±5,87	93,7±6,15
	контрольная	94,8±5,82	93,2±5,10	94,3±5,73
	Р	>0,1	>0,1	>0,1
Мочевина, Моль/л	основная	6,4±0,34	6,4±0,30	6,3±0,29
	контрольная	6,8±0,28	6,65±0,29	6,7±0,25
	Р	>0,1	>0,1	>0,1
Мочевая к – та мкмоль/л	основная	341,4±19,34	341,5±21,24	340,8±22,92
	контрольная	340,8±20,42	339,7±22,65	339,4±23,11
	Р	>0,1	>0,1	>0,1

Примечания: ОХС – общий холестерин; р – достоверные различия между показателями в основной и контрольной группах; * – достоверные различия в сравнении с исходными показателями р<0,05

Несмотря на то, что пациенты получили устные рекомендации по изменению образа жизни (соблюдение диеты и регулярные физические нагрузки) на фоне антигипертензивной терапии антропометрические показатели изменились незначительно.

Арифон ретард оказывает выраженное гипотензивное действие как у лиц в среднем и пожилом возрасте, так и у больных старше 80 лет. Однако в более молодой возрастной группе положительная динамика всех указанных показателей носила более выраженный характер, что, по-видимому, связано с меньшими «возрастными» изменениями со стороны сердца и сосудов.

Таким образом, на основании проведенного исследования по изучению эффективности пролонгированной формы индапамида (Арифон-ретард) у пациентов среднего и пожилого возраста с систолической артериальной гипертензией была установлена его высокая антигипертензивная эффективность, которая сочеталась с его отличной переносимостью и безопасностью.

Выводы:

1. Арифон ретард эффективно и безопасно снижает АД у лиц с ИСАГ как в возрасте от 45 до 76 лет так и старше 80 лет.
2. Арифон ретард оказывает положительное влияние на суточный профиль АД, пульсовое АД, уменьшает ГЛЖ у больных среднего, пожилого и старческого возраста с систолической артериальной гипертензией.
3. Вне зависимости от возрастной группы Арифон ретард остается метаболически нейтральным антигипертензивным препаратом.

Литература

1. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2001; 2:3-7.
2. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Bulpitt CJ; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008; 358 (18): 1887-98.

3. Комисаренко И.А., Милокова О.М., Лазебник Л.Б. Изолированная систолическая гипертензия у пожилых. Этиология и патогенез, особенности диагностики и лечения. Клинический геронтолог. 2001; 1–2: 36–41.

4. Карпов Ю.А. Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых больных. Рус. мед. журн. 2003; 11 (19): 1072–6.

5. Кобалава Ж.Д. Систолическое давление – ключевой показатель диагностики, контроля и прогнозирования риска артериальной гипертензии. Клинический фармаколог и терапевт. 2000; С.12–8.

6. Мусеев В.С., Кобалава Ж.Д. АРГУС: Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2002; с. 40–50.

7. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия: новое в диагностике и лечении М.Оптим, 2006. 368 с..

8. Gosse P, Sheridan DJ, Zannad F et al. Regression of left ventricular hypertrophy in hypertensive patients treated with indapamide SR 1.5 mg versus enalapril 20 mg: the LIVE study. J Hypertens 2000; 18: 1465–75.

9. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Индапамид ретард 1,5 мг – оптимальный диуретик для длительного лечения артериальной гипертензии. Consilium Medicum, 2005; 7-5.

10. Петров В.И., Недогода С.В., Сабанов А.В. Ретроспективный клинико-экономический анализ результатов клинических исследований гипотензивных препаратов. Клиническое исследование 2004; 3–4: 36–43.

11. Петров В.И., Недогода С.В., Лопатин Ю.М. Фармакоэпидемиология антигипертензивных препаратов в Волгоградской области. Клинический фармаколог и терапевт. 2002; 1: 62–5.

12. Marre M, Fernandez M, Puig J. Indapamide SR is efficient as enalapril in reducing microalbuminuria in type 2 diabetic hypertensive patients. J Hypertens 2002; 20 (suppl. 4): S163.

13. London G, Asmar R, Schmieder R, Calvo C. Antihypertensive efficacy of Indapamide SR vs candesartan and amlodipine in hypertensive patients in isolated hypertensive patients. Am J Hypertens 2004; 17: 183A.

14. Шарандак П.П., Кириченко Л.Л., Цека О.С. Регресс гипертрофии миокарда и снижение массы тела у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ожирением. Клинический геронтолог 2006, 10, С.14–18.

STUDYING CLINICAL EFFICIENCY AND APPLICATION SAFETY OF ARIFON RETARD AT ELDERLY AND MIDDLE AGED PATIENTS WITH ISOLATE SYSTOLICAL ARTERIAL HYPERTENSIA

A.V.NIKITIN, E.A.TITEY

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko
The Hospital of the Federal Security Service, Voronezh Region Department

Long term application of arifon retard as a mean of monotherapy or combined with other medicines provides both strong and long antihypertensive action and optimum heart protection due to left ventricular hypertrophy reduction. Arifon retard is a metabolically neutral antihypertensive medicine.

Key words: arifon retard, heart (cor), arterial hypertension, monotherapy.

УДК 616.248.615.849.19:(612.621.31+612.616.31

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПОЗИЦИИ «ДОЗА-ЭФФЕКТ»

А.В.НИКИТИН, Л.А.ТИТОВА*

Целью данного исследования было изучение эффективности сочетанного магнитолазерного излучения в комплексном лечении больных бронхиальной астмой, причем перед первой и пятой процедурой магнитолазеротерапии определяли уровень кортизола, а также дополнительно эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин, и частоту следования импульсов и напряженность магнитного поля подбирали с учетом уровня гормонов. У всех пациентов в результате лечения получено улучшение клинико-функциональных показателей.

Ключевые слова: эстрадиол, бронхиальная астма, лазеротерапия

* Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая,10, ТЕЛ.8-4732-36-68-31, liliant@mail.ru

Высокий уровень заболеваемости (по различным данным, от 1 до 10% всего населения планеты), в том числе среди лиц трудоспособного возраста, возводит бронхиальную астму (БА) в ранг актуальной медико-социальной проблемы [1]. Центральным звеном в патогенезе БА является хроническое воспаление нижних дыхательных путей. Это обстоятельство определяет выбор глюкокортикостероидов (ГКС) в качестве основных противовоспалительных и наиболее эффективных лекарственных средств для медикаментозной терапии. Вместе с тем при всех достоинствах применения ГКС в ряде случаев оказывается недостаточно эффективным. Большой интерес представляет степень гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой супрессии при использовании ингаляционных кортикостероидов. Ингаляционные кортикостероиды оказывают умеренно выраженное системное воздействие за счет той части препарата, которая всасывается в бронхах, проглатывается и абсорбируется в кишечнике. Это связано с тем, что ингаляционные кортикостероиды имеют короткий период полувыведения, быстро биотрансформируются в печени после системной абсорбции, что значительно снижает время их биологического действия. При использовании высоких доз ингаляционных кортикостероидов или их комбинации с системными кортикостероидами возникает риск развития системных побочных проявлений. Итак, существует проблема: необходимость снижения фармакологической нагрузки на организм больного БА при сохранении контролируемости заболевания. Для этой цели могут быть применены немедикаментозные способы лечения заболевания. Перспективным является использование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). При этом оптимизация параметров воздействия НИЛИ – один из основных вопросов, решение которых позволит проводить максимально эффективное лечение. Основными путями повышения оптимизации лазеротерапии являются: комплексное воздействие лечебных и других факторов, определение режима воздействия, локализации и индивидуализация лазеротерапевтических процедур. С этой точки зрения сочетанное воздействие на одно и то же место биообъекта НИЛИ и переменного магнитного поля (ПМП), помимо простого суммирования одностороннего влияния на ход различных превращений, возникают иные проявления за счет качественно новых физических процессов в биологических тканях.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе МУЗ «Клиническая больница № 20 г. Воронежа». В исследование включены больные БА смешанного генеза средней степени тяжести в стадии обострения. Диагноз БА устанавливали в соответствии с «Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы» (Национальный институт сердца, легких и крови; пересмотр 2002 г.) и «Руководством по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы» (Российское респираторное общество, 2005 г.). Кроме того, у каждого больного было получено письменное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были: заболевания кровеносной системы, гипертиреоз, заболевания нервной системы с резко повышенной возбудимостью, злокачественные заболевания, доброкачественные заболевания, гиперпластические процессы, лихорадка выше 38⁰С и невыясненной этиологии, повышенная чувствительность к светолечению. При подборе контингента больных учитывали длительность заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, пол, возраст, результаты предшествующего лечения. Контролируемое исследование за клиническими проявлениями болезни, учёт субъективных и объективных показателей обследования внутренних органов и систем проводился всем пациентам в первый день поступления на стационарное лечение, на 5-7 день, 12-14 день лечения. К моменту включения в исследование всем пациентам была назначена стандартная медикаментозная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС) в суточной дозе 1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалента, ингаляционные β₂-агонисты длительного действия (формотерол) или комбинированные препараты (серетид) в соответствующих суточных дозах; β₂-агонисты короткого действия «по требованию». Наблюдаемые больные были распределены на следующие группы: 1 группа – 27 больных – получали комбинированную терапию, включающую медикаментозную терапию, инфракрасную магнитолазеротерапию (ИК-МЛТ), которая проводилась полупроводниковым лазерным аппаратом «Матрикс» с излучающей головкой ЛОЗ и магнитными насадками с индукцией (напряженность магнитного поля) 25 или 50 мТл. При этом облучалась область

проекции надпочечников с помощью импульсного лазерного излучения с длиной волны 0,89 мкм, частота импульсов 80 или 150 Гц и надвенное лазерное облучение крови, с помощью красного лазера, которое проводилось на область локтевой вены, длина волны 0,63 мкм, мощность 5 мВт на конце световода, в течение 15 минут полупроводниковым лазерным аппаратом «Мулат». При этом плотность потока мощности (ППМ) при надвенном облучении составляет 5 мВт/см² плотность потока энергии (ППЭ) – 0,75 Дж/см². По данным Осина А.Я. и соавт. [2] используемые величины физических параметров соответствуют оптимальным при экстракорпоральном воздействием НИЛИ, применяемом в пульмонологии: ППМ в диапазоне 5-25 мВт/см²; ППЭ на один объект – 0,30-6,0 Дж/см². При облучении области проекции надпочечников- ППМ составляет 0,12 или 0,23 мВт/см² (при частоте следования импульсов 80 Гц или 150 Гц, соответственно). Данные величины ППМ были выбраны согласно проведенным экспериментально – клиническим исследованиям, показывающим, что диапазон терапевтической эффективности, направленной на стимуляцию клеточной пролиферации плотности мощности НИЛИ лежит в пределах 0,01-1,0 мВт/см² для импульсного излучения [3]. За один сеанс суммарное время излучения не превышало 18 минут. Курс лечения включал 10-12 процедур.

2 группа – 30 больных – получали базисную медикаментозную терапию и составили контрольную группу. Перед первой процедурой ИК-МЛТ у больных БА определялся уровень кортизола, а также эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин. При этом частоту следования импульсов и напряженность магнитного поля выбирали с учетом уровня гормонов: частота следования импульсов НИЛИ составляла 150 Гц и напряженность магнитного поля (НМП) 50 мТл – при изначальном уровне кортизола ниже 230 нмоль/л, а также у мужчин – тестостерона ниже – 500 нг/дл, и у женщин – эстрадиола ниже 30 пг/мл – у женщин не находящихся в менопаузе и ниже 15 пг/мл – в менопаузе; частота следования импульсов составляла 80 Гц и НМП – 25 мТл – при изначальном уровне кортизола от 230 до 750 нмоль/л, а также у женщин – эстрадиола от 30 пг/мл до 160 пг/мл, и у мужчин – тестостерона от 260 до 1593 нг/дл. Уровень гормонов прослеживался в динамике (в процессе лечения), чтобы по мере увеличения исходно сниженных значений гормонов, при необходимости, уменьшать частоту импульсов со 150 Гц до 80 Гц и параметры НМП с 50 до 25 мТл, что позволило достичь нужного терапевтического эффекта не увеличивая, при этом, значительно, дозу лазерного излучения.

Подбор частоты импульсов и напряженности магнитного поля был выбран нами в связи с тем, что именно эти параметры играют важную роль при формировании мощности излучения и соответственно в биостимулирующем эффекте. Учитывая изначальный уровень гормонов: кортизола ниже 230 нмоль/л, тестостерона ниже – 500 нг/дл, эстрадиола ниже 30 пг/мл – у женщин не находящихся в менопаузе и ниже 15 пг/мл – у женщин в менопаузе, свидетельствующий о значительном угнетении гормонапродуцирующей функции коры надпочечников, нами была выбрана частота следования импульсов НИЛИ 150 Гц и напряженность магнитного поля 50 мТл для более мощной ответной реакции, позволяющей добиться к концу курса терапии нужного терапевтического эффекта.

При изначальном уровне кортизола от 230 до 750 нмоль/л, эстрадиола от 30 пг/мл до 160 пг/мл, тестостерона от 260 до 1593 нг/дл, свидетельствующем о том что, гормонпродуцирующая функция у таких больных угнетена незначительно, нами был выбран режим ИК-МЛТ с частотой следования импульсов 80 Гц и НМП 25 мТл. Так как согласно экспериментальным данным использование низкоинтенсивного лазерного излучения с частотой 80 Гц позволяют считать ее оптимальной в клинике для лазерного облучения области проекции надпочечников больных с целью стимуляции функции пучковой зоны коры надпочечников. При этом дальнейшее увеличение частоты следования импульсов, в частности до 1500 Гц оказалось нецелесообразным, так как происходит торможение пролиферации [4].

Результаты и их обсуждение. Исследование клинико-лабораторных показателей у больных, в комплексное лечение которых наряду с медикаментозной терапией входило НИЛИ показало, что уже на 12-14 день от начала лечения динамика клинико-лабораторных показателей заболевания по большинству исследованных параметров носила достоверный положительный характер.

В таблице использовались следующие обозначения: p_1 – ответственность критерия Стьюдента между показателями у больных, получавших КТ (комбинированная терапия) и МТ (медикаментозная терапия) на 4-5 день, p_2 – достоверность критерия Стьюдента между показателями у больных, получавших КТ и МТ на 10-12 день; p^* – достоверность критерия Стьюдента между исходными и конечными показателями в каждой группе.

Таким образом, выявлено, что комбинированная терапия, включающая медикаментозную терапию, включающую прием ингаляционных β_2 -агонистов короткого действия (беротек 200 мкг для купирования приступов удушья, «по требованию»), ингаляционных глюкокортикостероидов (беклометазон-800-1000 мкг в сутки), ингаляционных пролангированных β_2 -агонистов, метилксантинов (теопэк- 2 таблетки в день), облучение области проекции надпочечников с помощью сочетанной ИК-МЛТ с длиной волны 0,89 мкм, с двух сторон (угол пересечения 12 ребра и длиной мышцы спины), мощностью излучения 15 Вт, в течение 90 сек на поле, частота 80 или 150 Гц, НМП 25 или 50 мТл, и надвенозного лазерного облучения крови в области локтевой вены, длина волны 0,63 мкм, мощность 5 мВт на конце световода, в течение 15 минут, а также суммарном времени облучения за один сеанс – не более 18 минут, и количестве сеансов 10-12, приводит к прогрессирующему увеличению уровня кортизола, тестостерона, эстрогена крови, что обеспечивает увеличение бронхальной проходимости, улучшает подавляющее большинство клинико-лабораторных параметров, сокращает сроки госпитализации больных, позволяет быстрее добиться контроля над БА, а также позволяет уменьшить объем медикаментозной терапии и как следствие улучшает качество жизни пациентов.

Таблица

Динамика показателей ФВД и уровня гормонов у больных с смешанной формой бронхиальной астмы (СФБА) средней степени тяжести под влиянием различных видов терапии (в %) $M \pm m$

Показатели		Больные СФБА, ср.ст тяжести n=57, получавших			Кр. Стьюдента
		КТ, n=27	МТ, n=30		
Кортизол крови	Исходный уровень	186,8±18,0	195,4±30,3		
	4-5 день	286,2±20,3	257,8±29,2	$p_1 < 0,05$;	
	10-12 день	432,6±24,5	312,5±31,1	$p_2 < 0,001$	
	p^*	<0,001	<0,05		
Тестостерон ингл	Исходный уровень	428,6±21,5	440,2±30,2		
	4-5 день	552,2±25,5	427,8±24,6	$p_1 < 0,001$;	
	10-12 день	580,9±25,8	455,5±23,6	$p_2 < 0,001$;	
	p^*	<0,001	<0,05		
Эстрадиол Пг/мл	Исходный уровень	22,9±0,3	20,4±0,2		
	4-5 день	25,6±0,5	22,4±0,2	$p_1 < 0,05$;	
	10-12 день	26,8±0,7	23,4±0,2	$p_2 < 0,001$	
	p^*	<0,05	<0,05		
FEV1 VC	Исходный уровень	68,0±1,4	70,4±1,4		
	4-5 день	72,8±1,2	72,2±1,5	$p_1 > 0,1$;	
	10-12 день	84,5±1,1	78,4±1,4	$p_2 > 0,1$;	
	p^*	<0,05	<0,02		
PEF	Исходный уровень	40,5±1,5	37,6±1,5		
	4-5 день	56,8±1,4	42,5±1,7	$p_1 < 0,05$;	
	10-12 день	85,5±1,2	67,4±1,2	$p_2 < 0,001$	
	p^*	<0,001	<0,05		
FEV1	Исходный уровень	44,5±3,2	43,6±2,1		
	4-5 день	71,8±2,5	47,6±1,4	$p_1 < 0,001$;	
	10-12 день	80,8±1,9	63,6±1,6	$p_2 < 0,05$	
	p^*	<0,05	<0,05		

Выводы. Резюмируя все вышеизложенное, мы сделали вывод, что в целом, лазеротерапия является эффективным методом лечения больных бронхиальной астмой. Кроме того использование сочетанного магнитолазерного воздействия и проведение своевременной коррекции лечения позволило уменьшить дозу облучения не снижая при этом эффективности терапии. Таким образом, используемый режим лазерного излучения является наиболее оптимальным, так как в результате минимально достаточного энергетического воздействия был получен максимальный терапевтический эффект без побочных действий и осложнений.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: «Атмосфера» 2007.
2. Низкоинтенсивная лазерная терапия. / Под редакцией С.В. Москвина. М., 2002.
3. Александров М.Т., Андреев Е.М., Резников Л.Л. // Новое в лазерной медицине и хирургии: Материалы междунар. конф. Москва, 1991. С. 57–59.

4. Козлов В.И. Современные направления в лазерной медицине. М.: Медицина, 1997.

OPTIMIZATION OF LASER THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA FORM THE POINT OF «DOSE EFFECT»

A.V.NIKITIN, L.A.TITOVA

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko

The aim of this research was the analysis of the efficiency of combined magnetic and laser radiation in complex treatment of bronchial asthma. Levels of cortisol and additional estradiol in women and testosterone in men were tested before first and fifth procedures. Frequency of impulses and magnetic field strength were chosen according to levels of hormones. As the result of the therapy all patients had improvement in clinic and functional indices.

Key words: estradiol, bronchial asthma, laser therapy.

УДК 616.314.18-002.4-084

РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

О.И. ОЛЕЙНИК*

Воспалительные заболевания пародонта представляют собой большую медико-социальную проблему. Проанализирована эффективность цитологического и бактериоскопического методов исследования десневой борозды и пародонтального кармана в процессе осуществления лечебно-профилактических мероприятий. Кроме того, данный экспресс-метод представляется информативным для выявления факторов риска болезней пародонта.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, цитология, бактериоскопия.

Болезни пародонта представляют собой большую медико-социальную проблему, которая по мере снижения интенсивности кариеса зубов, выдвигается в стоматологии на первое место [6]. Данная патология ведет к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, является одной из основных причин потери зубов, оказывает негативное влияние на состояние всех органов и систем организма [1,7]. Все эти факторы ухудшают показатели здоровья человека и качества жизни. Особую озабоченность вызывает «омоложение» заболеваний пародонта. Так по данным Е.В. Леоновой (2006), Э.М.Кузьминой (1999) данная патология отмечается у 57-95% детей школьного возраста. В этой группе преобладают гингивиты, носящие катаральный характер.

В последние десятилетия в комплекс лечебных мероприятий пораженной пародонта внедрены десятки новых методов и технологий. Тем не менее, проблема лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) остается наименее решенной. Во многом это обусловлено недостаточной и несовершенной диагностикой начальных стадий патологического процесса и отсутствием прогнозирования его развития [8].

Обычно врач-стоматолог при осмотре пациента с ВЗП проводит определение индекса гигиены полости рта, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), комплексного периодонтального индекса (КПИ), коммунального периодонтального индекса, рентгенографию (если есть возможность), клиническое определение патологической подвижности зубов и глубины пародонтальных карманов, а также констатацию ряда симптомов, таких как гноетечение из карманов, абсцессы, травматическая окклюзия. Очевидно, что весь этот набор признаков, если имеется, характерен для развившихся стадий болезней пародонта средней или тяжелой степени. Для выявления начальных стадий болезни и, тем более ее доклинических форм перечисленные методы нечувствительны.

На наш взгляд, необходим комплексный подход к исследованию пародонта, который должен базироваться на двух группах методов: 1) необходимых для постановки диагноза, в том числе оценивающих ранние проявления патологии и прогнозирующих возможность ее перехода в активную фазу, мониторинга и контроля за эффективностью лечебно-профилактических мероприя-

* Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко Росздрава». 394000, г. Воронеж, пр. Революции, д.14, тел.: (4732) 53-05-36.