

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гиршин С. Г.* Клинические лекции по неотложной травматологии. – М., 2004. – С. 471–534.
2. *Глантц С.* Медико-биологическая статистика. – Перевод с английского. – М.: Практика, 1999. – С. 27–45.
3. *Гуманенко Е. К.* Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении: Материалы международной конференции «Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени. СПб, 2006. – С. 158–159.
4. *Лебедев Н. В.* Оценка тяжести состояния больных в неотложной хирургии и травматологии. – М.: Медицина, 2008. – С. 87–88, 94.
5. *Порханов В. А., Блаженко А. Н., Дубров В. Э., Афаунов А. И., Ханин М. Ю., Блаженко А. А.* Методические рекомендации «Оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой, множественными повреждениями и настораживающей травмой в остром периоде травматической болезни». – Краснодар, 2008.
6. *Соколов В. А. с соавторами.* Множественные и сочетанные повреждения: Практическое руководство для врачей. – М., 2006. – С. 45–49, 124–146.

7. *Чернов В. Н., Пушков А. А., Таранов И. И., Юсков В. Н.* Способы улучшения результатов лечения пострадавших с множественной и сочетанной травмой. Сборник научных трудов «Оказание помощи при сочетанной травме». – НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. – 1997. – Т. 108. – С. 67–71 (266).

8. Abbreviated injury scale- (AIS) Association for the advancement of automotive medicine, committee on injury scaling. The abbreviated injury scale-1990 revision (AIS-90). Des Plaines, IL: association for the advancement of automotive medicine. – 1990. – P. 120–124.

9. *Gustilo R. B., Mendoza R. V.* Problems in the management of type 111 (severel) open fractures: a new classification of type III severel open fractures // J Trauma. – 1984. – № 24. – P. 742–748.

10. *Krettek C., Simon R. G., Tcherne H.* Management priorities in patients with politrauma // Langenbecks arch. surg. – 1998. – Aug. № 383 (3–4). – P. 220–227.

11. New injury severity score-NISS Osler T., Baker S. P., Long W. A modification of the injury severity score that both improves accuracy and simplifies scoring // J Trauma. – 1997. – № 43. – P. 922–925. <http://www.sfar.org/scores2/triss2.html>.

Поступила 01.09.2010

О. С. БОНДАРЕНКО, О. Н. РИСОВАННАЯ, М. А. БОНДАРЕНКО

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ПАРОДОНТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350087, г. Краснодар, ул. Кубанская набережная, 52/1, оф. 5. E-mail: bma_doc@mail.ru

Был проведён мониторинг гемомикроциркуляции в пародонте у 151 больного хроническим катаральным гингивитом, получавших различные методы лечения. Выявлено, что наиболее быстрая и стабильная нормализация показателя гемомикроциркуляции в пародонте происходит при лечении методом БТС-терапии в сочетании с антиоксидантной терапией убихиноном, проводимой повторно каждые 3 месяца.

Ключевые слова: гингивит, лечение, гемомикроциркуляция.

O. S. BONDARENKO, O. N. RISOVANNAYA, M. A. BONDARENKO

FEATURES OF CHANGE OF A HEMOMICROCIRCULATION PERIODONTAL INDICATOR AT DIFFERENTLY TREATED CATARRHAL GINGIVITIS CASES

Dentistry department F.I.Q. and P.R.S. Kuban state medical university, Russia, 350087, Krasnodar, Kubanskaya naberezhnaya st., 52/1, of. 5. E-mail: bma_doc@mail.ru

The survey of 151 differently treated catarrhal gingivitis cases has been held to monitor periodontal hemomicrocirculation. It was found that most quick and stable normalization of hemocirculation index happens with the BTL-therapy treatment method in combination with antioxidant therapy by ubihinon, carrying through each 3 months.

Key words: gingivitis, treatment, hemomicrocirculation.

Введение

Повышение эффективности лечения заболеваний тканей пародонта является одной из актуальных задач современной стоматологии [1, 3, 8], а разработка критериев эффективности проводимого лечения представляют собой важную составля-

ющую часть комплекса лечебно-диагностических мероприятий [4, 5].

В связи с этим целью настоящего исследования был сравнительный анализ в динамике влияния различных методов лечения хронического катарального гингивита на показатели микроциркуляции в тканях пародонта.

Методика исследования

Лечение и обследование больных проводились на кафедре стоматологии ФПК и ППС КГМУ и в клинике лазерной стоматологии. Был проведён мониторинг показателей гемомикроциркуляции в тканях пародонта по результатам лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-01 с информационно-программным обеспечением (производство НПО «ЛАЗМА», Россия, 2003).

При этом в автоматизированном режиме определялся интегральный показатель гемомикроциркуляции (ИПМ) в зоне лечения, рассчитывались градиент различий (ГР) и коэффициент асимметрии (КА) данного ИПМ по отношению к показателям гемомикроциркуляции здоровых тканей пародонта у данного пациента [2, 7].

В процессе лечения и исследования все больные (155 человек) были распределены по группам наблюдения, в том числе:

- основная группа 1 (35 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и дополнительным назначением антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 6 месяцев;
- основная группа 2 (28 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и дополнительным назначением антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 3 месяца;
- группа сравнения 1 (29 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и традиционной фармакотерапии с повторными курсами, проводимыми через 6 месяцев;
- группа сравнения 2 (32 человека), в которой лечение проводилось с применением традиционной терапии He-Ne лазером и дополнительным назначением

антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 6 месяцев;

- контрольная группа (31 человек), в которой лечение проводилось традиционными методами с повторными курсами через 6 месяцев.

Обследование пациентов проводилось до начала лечения, через 3, 6 месяцев и 1 год наблюдения.

Результаты исследования

Сравнительные данные показателей гемомикроциркуляции (ИПМ в условных перфузионных единицах, ГР и КА в условных единицах) в тканях пародонта при лечении хронического катарального гингивита различными методами приведены в таблице.

Полученные данные показали, что до начала лечения у больных хроническим катаральным гингивитом ИПМ снижен в среднем на $21,7 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$) по отношению к условной физиологической норме, одновременно выявлены значительные отличия от состояния гемомикроциркуляции в области здорового пародонта у этих больных, о чём свидетельствуют повышенные ГР – в 2,2–2,7 раза и КА – в 3,2–3,6 раза.

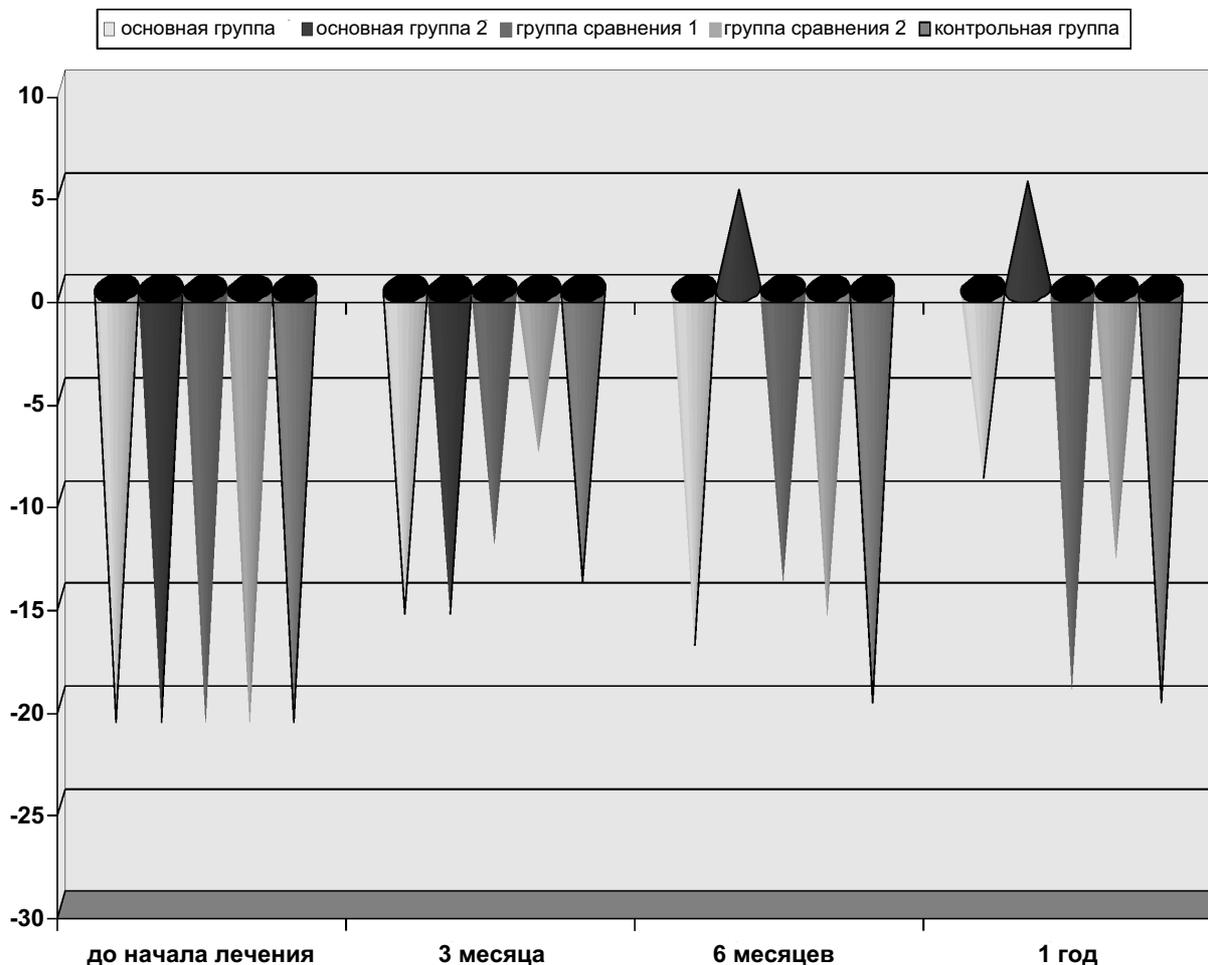
В последующие сроки наблюдения во всех группах отмечена постепенная нормализация показателей, что проявлялось повышением среднего значения ИПМ с одновременным снижением ГР и КА.

Раздельный анализ динамики этих показателей по группам наблюдения выявил значительную разницу хронологии, темпов и векторов происходящих изменений, что отражено на графике. Приведённые данные наглядно показали, что в основной группе 1 изменения происходили постепенно и только к окончанию периода наблюдения через 1 год значения ИПМ приблизились вплотную к нижней границе условной физиологической нормы.

Сравнительные данные показателей гемомикроциркуляции в тканях пародонта при лечении хронического катарального гингивита различными методами (условные перфузионные единицы, $M \pm m$)

Группа наблюдения	Показатель	Условная физиологическая норма	Сроки наблюдения			
			До начала лечения	После начала лечения		
				3 месяца	6 месяцев	1 год
Основная группа 1	ИПМ	18,0–20,0	15,7±0,6*	16,4±0,2*	16,2±0,8*	17,4±0,6*
	ГР	0,10–0,12	0,31±0,02*	0,18±0,02*	0,24±0,01*	0,18±0,02**
	КА	0,06–0,08	0,24±0,01*	0,16±0,03	0,14±0,01*	0,14±0,01*
Основная группа 2	ИПМ	18,0–20,0	15,7±0,5*	16,4±0,8*	18,8±0,6*	18,6±0,7*
	ГР	0,10–0,12	0,31±0,02*	0,18±0,03	0,18±0,01*	0,12±0,02*
	КА	0,06–0,08	0,24±0,01*	0,16±0,01*	0,12±0,01*	0,06±0,01*
Группа сравнения 1	ИПМ	18,0–20,0	15,7±0,3*	16,9±0,3*	16,2±0,3**	15,9±0,2*
	ГР	0,10–0,12	0,31±0,4	0,24±0,01**	0,20±0,01*	0,18±0,02*
	КА	0,06–0,08	0,24±0,01*	0,18±0,01*	0,14±0,01*	0,12±0,01*
Группа сравнения 2	ИПМ	18,0–20,0	15,7±0,4*	17,6±0,6*	16,4±0,6*	16,8±0,5*
	ГР	0,10–0,12	0,310±0,02	0,22±0,01*	0,18±0,01*	0,18±0,03
	КА	0,06–0,08	0,24±0,01*	0,17±0,01*	0,18±0,01*	0,12±0,01*
Контрольная группа	ИПМ	18,0–20,0	15,7±0,6*	16,2±0,66*	15,8±0,8	15,8±0,7*
	ГР	0,10–0,12	0,31±0,04	0,26±0,01*	0,22±0,04	0,22±0,03
	КА	0,06–0,08	0,24±0,01*	0,16±0,01*	0,14±0,01*	0,14±0,01*

Примечание: * – уровень статистической достоверности $p < 0,05$ по отношению к условной физиологической норме.



Хронология, темпы и векторы изменения показателя гемомикроциркуляции в пародонте при лечении хронического катарального гингивита различными методами (\pm % от УФН)

Наиболее благоприятный сценарий развития отмечен у больных в основной группе 2, в которой полная нормализация гемомикроциркуляции была статистически достоверно ($p < 0,05$) установлена через 6 месяцев и 1 год наблюдения с одновременной нормализацией ГР и КА.

В обеих группах сравнения и контрольной группе по всем исследуемым показателям ИГМ, ГР и КА с начала лечения и до 3 месяцев наблюдения была выявлена тенденция к их нормализации, при которой положительная динамика составила от $12,4 \pm 0,3\%$ до $27,6 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$). Однако в последующие сроки наблюдения (через 6 месяцев и 1 год) отмечены только статистически незначительные колебания показателей, которые по окончании наблюдения были ниже среднего значения условной физиологической нормы гемомикроциркуляции на $14\text{--}23\%$ ($p < 0,05$).

Таким образом, вышеприведенные данные свидетельствуют о статистически достоверной нормализации показателя гемомикроциркуляции в тканях пародонта у больных хроническим катаральным гингивитом, получавших сочетанное лечение методом БТС-терапии и антиоксидантом убихиноном, с проведением повторных курсов реабилитационной терапии через 3 месяца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И. В. Быстропрогрессирующий пародонтит. – М.: Медицинская книга, 2004. – 144 с.

2. Грудянов А. И., Зорина О. А. Методы диагностики заболеваний пародонта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 112 с.

3. Грудянов А. И., Безрукова И. В. Быстропрогрессирующий пародонтит. Особенности клинического течения и лечения // Стоматология. – 2000. – № 5. – С. 24–27.

4. Дмитриева Л. А., Беспалова И. Н., Золоева З. Э. и др. В кн.: Современные аспекты клинической пародонтологии. – М.: МЕДпресс, 2001. – С. 3–63.

5. Николаев Н. А., Недосенко В. Б. Алгоритмы эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторной стоматологической практике // Институт стоматологии. – 2003. – № 4. – С. 62–66.

6. Орехова Л. Ю., Петрищев Н. Н., Воробьева Л. Н. Использование низкоинтенсивного светового излучения в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2002. – № 4 (25). – С. 66–68.

7. Рисованный С. ЛДФ в оценке показателей микроциркуляции до и после лечения периодонтита с применением бактериотоксической светотерапии / С. Рисованный, О. Рисованная, Н. Бычкова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2006. – № 3. – С. 47–49.

8. Симановская О. Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни // Стоматология. – 2008. – № 5. – С. 75–77.

9. Preus H. R., Laurell L. Periodontal Diseases. – London: Quintessence, 2003.