

ЛИТЕРАТУРА

1. *Липкое Л., Махлер М.* Обоснование внутрикостной имплантации // Клиническая имплантология и стоматология. 1998. № 4. С. 15–17.
2. *Бажанов Н. Н., Козлов В. А., Робустова Т. Г.* Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. 1997.
3. *Жусев А. И.* Микроциркуляторные нарушения слизистой оболочки полости рта и их коррекция при эндооссальной имплантации / Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. 127 с.
4. *Коротких Н. Г., Лазутиков О. В., Дмитриев В. В.* Применение озона для профилактики воспалительных осложнений и оптимизации остеорегенерации у больных с переломами нижней челюсти // Российский стоматологический журнал. 2000. № 1. С. 28–30.
5. *Куликов А. Г.* и др. Микроциркуляторные аспекты озонотерапии // «Озон и методы эфферентной терапии в медицине» тезисы докладов IV Всероссийской научно-практической конференции: Н. Новгород, 2000. С. 27.
6. *Матвеева А. И.* с соавт. Оценка отдаленных результатов зубной имплантации // Сборник научных работ (ММСИ – 75 лет), М., 1997. С. 250.
7. *Auborg R., Hennion P.* Schnelles Austrocknen und Verharbennach locales und generelles Ozon - therapie // Rew. Stomatol. 1939. N 39. P. 669–675.



УДК 616.31-08

ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Канд. мед. наук, асс. *Джисоева Р. Ф.*,
асс. *Лалиева З. В.*,
студ. *Ходова Е. Л.*

Северо-Осетинский государственный университет
им. К. Л. Хетагурова,
г. Владикавказ, РСО-Алания, Россия

В последние годы при существовании обширного арсенала лекарственных средств практикующие врачи все чаще прибегают к применению лечебных препаратов природного и растительного происхождения. Причина этого – во многом уникальные свойства лечебных фитопрепаратов: способность оказывать направленное действие, хорошая переносимость при длительном использовании, отсутствие негативных побочных эффектов.

Ключевые слова: Фитотерапия, хронический пародонтит, консервативное лечение, нервная система, мукозальный иммунитет полости рта.

По данным статистики в общей популяции жителей России хронический генерализованный пародонтит (ХГП) встречается в 62–94 % случаев. Проведенные многочисленные исследования свидетельствуют, что данный показатель может изменяться в зависимости от возраста, фоновых заболеваний, условий проживания и ряда иных социальных характеристик обследуемого контингента, но при этом остаётся постоянно высоким и имеет тенденцию к неуклонному росту (Иванов В. С. 2003, 2004; Золоева З. Э., 2001; Киселева Е. А., 2009–2012; Олесова В. Н. и соавт., 2009 – 2011; Пузин М. Н. и соавт., 2008–2013). В последние годы при существовании обширного арсенала лекарственных средств практикующие врачи все чаще прибегают к применению лечебных препаратов природного и растительного происхождения (Зарецкий Б. В., 2008; Трескунов К. А., 2009; Шанин С. Н., 2010). Причина этого – во многом уникальные свойства лечебных фитопрепаратов: способность оказывать направленное действие, хорошая переносимость при длительном использовании, отсутствие негативных побочных эффектов.

В стоматологии традиционно допускается возможность местного применения целого ряда лекарственных препаратов растительного происхождения при лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Вместе с тем основные вопросы рационального применения фитотерапии (ФТ) при ХГП остаются малоизученными (Гаммерман А. Ф., 2006; Латынина Е. А., 2009; Турова А. Д. с соавт., 2010). Поэтому научно обоснованное изучение применения фитотерапии с целью повышения эффективности лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом актуально и значимо, а также представляет теоретический и практический интерес, что создало предпосылки для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Обосновать целесообразность применения фитотерапии в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита на основании изучения изменений ряда параметров нервной системы и показателей факторов мукозального иммунитета полости рта, свойственных данному заболеванию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 90 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом

(K05.3). Диагноз хронического генерализованного пародонтита (ХГП) был установлен исходя из рекомендаций ВОЗ в соответствии с МКБ-Х и верифицирован на основании характерных клинических проявлений заболевания, выявленных в результате основных и дополнительных методов обследования.

Средний возраст обследованных пациентов составил $43,3 \pm 5,2$ года, мужчин было 55 чел. (61,8 %), женщин – 35 чел. (38,2 %). Группу контроля составили 25 испытуемых без отчетливых клинических признаков патологии пародонта.

Для изучения особенностей изменений нервной системы и возникающих в результате этого нарушений иммунной реактивности у пациентов с ХГП было проведено комплексное клиническое обследование.

Результаты исследований и их обсуждение. При проведении обследований было установлено, что у наблюдаемых пациентов средняя продолжительность заболевания составила $8,3 \pm 4,5$ лет. Диагноз пародонтита легкой степени тяжести был выставлен 25 (27,8 %) пациентам, средней степени тяжести – 41 (45,6 %), тяжелой – 24 (26,6 %).

Данные приведены на рис. 1.

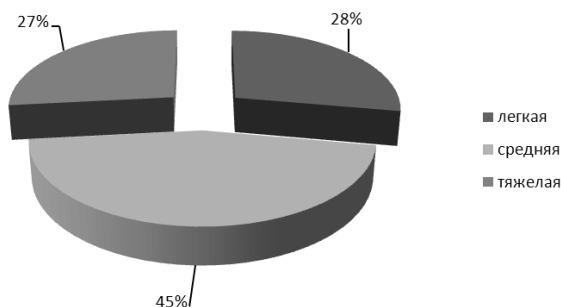


Рис. 1. Распределение пациентов по тяжести пародонтита.

В целом состояние пародонта у обследованных пациентов характеризовалось гиперемией, цианозом, отечностью десны, кровоточивостью при зондировании. Определялось большое количество зубного налета, над- и поддесневой зубной камень.

Воспалительные явления в пародонте были более выражены у пациентов в подгруппе с пародонтитом средней и тяжелой степени. У всех пациентов показатели пародонтальных и гигиенического индексов значительно превышали нормальные величины.

Наряду с этим было установлено, что в большинстве случаев пациенты отмечали частые повторные эпизоды плохого самочувствия, сопровождающиеся головной болью и рядом сопутствующих жалоб (рис. 2), притом, что в группе сравнения указанные проявления не выходили за границы среднестатистических показателей возрастной нормы (рис. 3).

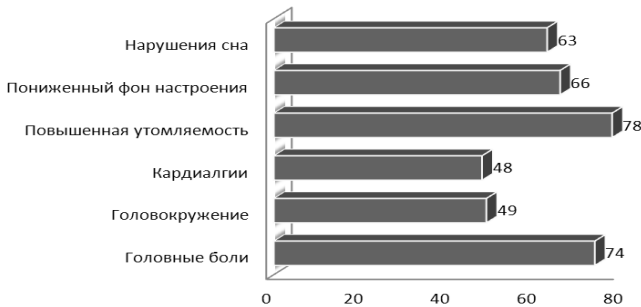


Рис. 2. Характер и частота жалоб у пациентов с ХГП, характерных для патологии НС (представлено в абс. числах).

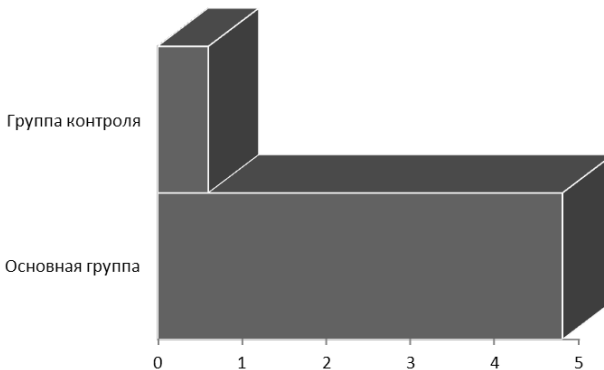


Рис. 3. Соотношение среднего числа жалоб соматического характера у обследованных пациентов с ХГП и лиц контрольной группы (представлено в абс. числах).

Проведенное изучение неврологического статуса свидетельствовало о наличии у большинства пациентов симптомов, характерных для нарушений вегетативной (87 чел., 96,7 %), и много реже – в сенсомоторной сферах (рис. 4). При этом выявленные у

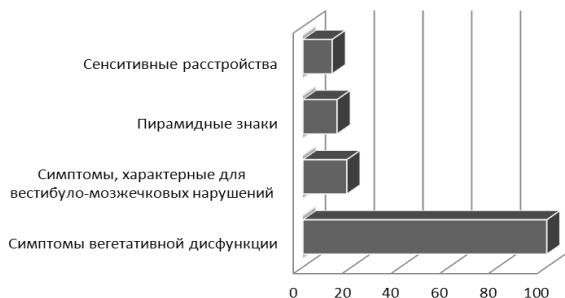


Рис. 4. Частота и характер неврологических нарушений у обследованных пациентов с ХГП (в процентах, $n = 90$).

у пациентов вегетативные расстройства характеризовались полисистемностью и высокой степенью выраженности, достоверно отличаясь от показателей, полученных у лиц контрольной группы ($p < 0,001$). Средний показатель количества признаков вегетативных нарушений в баллах был равен $46,4 \pm 3,2$, что было значительно выше среднего показателя здоровых лиц ($12,2 \pm 1,4$).

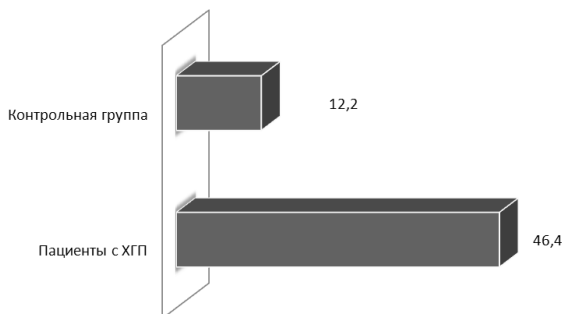


Рис. 5. Средний показатель количества признаков вегетативных нарушений у обследованных пациентов и у здоровых (представлено в баллах).

Проведенный анализ результатов вариационной пульсометрии позволил объективно подтвердить наличие у обследованных пациентов с ХГП изменений вегетативного статуса, выявленных при клиническом исследовании. Наряду с этим сравнение средних фоновых показателей ВПМ и параметров, полученные после нагрузки, свидетельствовало о выраженном напряжении механизмов адаптации, функциональном напряжении регуляторных систем организма: до нагрузки отмечалось резкое снижение Mo ($0,54 \pm 0,03$), увеличение A_{mo} ($112,54 \pm 12,20$) и $ИН$ ($148,34 \pm 14,54$), после нагрузки – A_{mo} – $135,49 \pm 14,3$ и $ИН$ – $291,36 \pm 30,9$.

Уровень реактивной тревожности и личностной тревожности у пациентов с ХГП достоверно превышал аналогичные показатели группы сравнения (рис. 6).

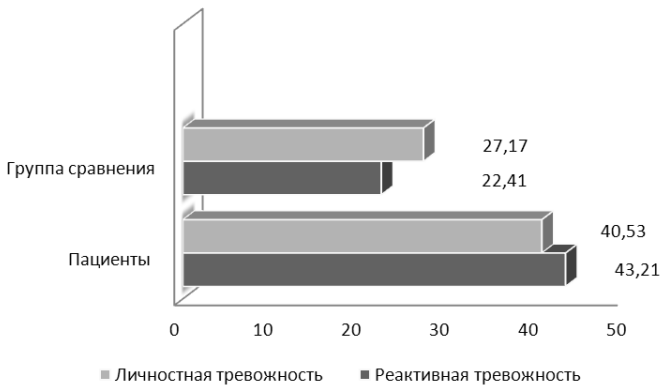


Рис. 6. Сравнительные показатели личностной и реактивной тревожности по шкале тревоги Спилбергера у пациентов с ХГП и лиц контрольной группы.

Показатель степени депрессивных расстройств в группе пациентов с ХГП также достоверно превышал величину аналогичного показателя группы сравнения ($22,2 \pm 1,23$ и $11,1 \pm 1,06$ балла соответственно) и свидетельствовал о депрессии средней степени.

Выявленная в настоящем исследовании выраженная вегетативная дисфункция у пациентов с ХГП, а также ранее доказанный факт взаимозависимости вегетативной дисфункции и состояния

иммунитета послужили основанием для изучения ряда показателей мукозального иммунитета у обследуемых пациентов.

При оценке показателей местного иммунитета полости рта пациентов нами установлено, что содержание sIgA имело статистически высокозначимое ($p \leq 0,01$) различие с показателями, полученными в группе контроля. При этом содержание sIgA имело характерную тенденцию к снижению при нарастании патологических изменений в пародонте, что было расценено нами, как усугубление нарушений местного иммунитета полости рта.

Так, у пациентов с легкой степенью тяжести ХГП показатель содержания в смешанной слюне sIgA составил $0,36 \pm 0,07$ мг/мл, у пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести – $0,24 \pm 0,09$ мг/мл, тогда как в контрольной группе значение sIgA составляло $0,68 \pm 0,14$ мг/мл.

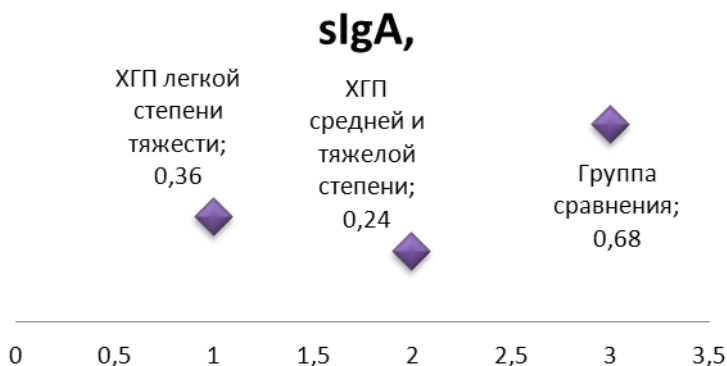


Рис. 7. Показатель содержания в смешанной слюне sIgA у пациентов с различной тяжестью ХГП и лиц контрольной группы.

Во многом схожие данные, отчетливо демонстрирующие увеличение дефектов функционирования главенствующего компонента местного иммунитета при усугублении клинических проявлений ХГП, были получены и при изучении иных факторов местного иммунитета (таблица).

**Результаты исследования факторов местного иммунитета
у пациентов с ХГП и лиц контрольной группы ($M \pm m$)**

Группа	Факторы МИ				K _{сб}
	sIgA, мг/мл	IgA, мг/мл	IgG, мг/мл	Liz, %	
ХГП легкой степени тяжести	0,36±0,07	0,38±0,03	0,58±0,03	18,40±2,4	3,39±0,22
ХГП средней и тяжелой степени	0,24±0,09	0,32±0,03	0,45±0,04	25,42±1,6	5,84±0,16
Группа сравнения	0,68±0,14	0,26±0,05	0,22±0,06	10,84±3,6	0,46±0,08

Как следует из данных, представленных в таблице, содержание IgA в смешанной слюне здоровых лиц составляло в среднем $0,26 \pm 0,05$, тогда как у всех пациентов с ХГП были отмечены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по содержанию в ротовой жидкости IgA с данными, полученными в контрольной группе лиц. Характерное значение содержания IgA у пациентов с легкой степенью тяжести ХГП было повышенное, что по нашему мнению отражает гиперэргическую реактивность местного иммунитета на ранних стадиях заболевания.

Содержания в ротовой жидкости IgG у лиц контрольной группы составляло в среднем $0,22 \pm 0,06$ мг/мл. У всех пациентов с ХГП с высокой статистической достоверностью ($p \leq 0,01$) было отмечено увеличение количества IgG в ротовой жидкости. При максимальные значения показателя IgG были отмечены на начальной стадии ХГП, что также свидетельствовало о достаточных адаптивных способностях.

Наряду с этим нами была выявлена отчетливая тенденция к увеличению процентного содержания лизоцима в ротовой жидкости по мере нарастания воспалительных реакций в тканях пародонта. Так, если у пациентов группы контроля в ротовой жидкости процент содержания лизоцима составлял в среднем 10,84 %, то у пациентов с ХГП легкой степени тяжести указанный показатель составлял $18,40 \pm 2,4$ (%), при этом у пациентов со средней и тяжелой формами заболевания – $25,42 \pm 1,6$ (%). Возможным объяснением увеличения концентрации лизоцима может служить то, что на фоне снижения специфической защиты компенсаторно

увеличивается содержание моноцитов крови и тканевых макрофагов, продуцирующих лизоцим.

С целью оценки эффективности применения фитотерапии в комплексе лечения ХГП все обследованные пациенты были разделены на две подгруппы.

Пациенты I подгруппы – группа сравнения (40 чел.) – получали традиционную терапию, включающую проведение полной санации полости рта, проведение гигиенических процедур: удаление зубных отложений, профессиональная чистка зубов, по показаниям – избирательное пришлифовывание зубов; по показаниям – закрытый кюретаж патологических зубно-десневых карманов.

Пациентам II подгруппы (50 чел.) в дополнение к традиционной терапии назначались фитотерапевтическое лечение, при этом схему лечения определяли в зависимости от степени выраженности патологического процесса. Применяемые для лечения лекарственные растения имели сертификацию по стандартам качества и официально разрешены к применению на территории РФ.

Так, пациентам, у которых значение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта ($K_{сб}$) составляло менее 3,5, назначалось местное лечение: обильное полоскание и орошение полости рта растительными антисептиками. Для этой цели использовали специально подготовленный отвар следующего состава: горец змеиный (*PolygonumbistortaL.*), пастьуха сумка (*CapsellabursapastorisMed.*), листья омелы (*ViscumL.*), дубовая кора (*QuercusL.*), цветки желтого бессмертника (*HelichrysumarenariumL.*), трава водяного перца (*Polygonumhydropiper*), цветки тысячелистника (*AchilleamillefoliumL.*). Орошения производили раствором комнатной температуры или подогретым до 30–35 °С при помощи ирригатора, либо шприца с промыванием межзубных промежутков и десневых карманов. После чего на пораженные участки пародонта, в межзубный промежуток, непосредственно в десневой карман на 10–15 минут накладывались примочки, либо помещались обильно увлажненные турунды, пропитанные отваром следующего состава: цветки календулы (*CalendulaofficinalisL.*), лепестки розы культурной (*RosacentifoliaL.*), цветки цмина (*Helichrysum arenarium L.*), листья грецкого ореха (*Juglans regia L.*), дубовая кора (*Quercus L.*) с добавлением нескольких капель миндального масла. В конце процедуры при-

менялись аппликации 4 % спиртового раствора прополиса (*Sol. Propolis spir.*), обладающего, наряду с прочим, мощным местноанестезирующим действием (Цаков Ц., 1984).

Процедуры проводили 3 раза в неделю в течение 3–4 недель. На курс приходилось 10–12 аппликаций. Кроме того, в домашних условиях пациенты самостоятельно проводили назначенное лечение.

Пациентам, у которых значение $K_{сб}$ превышало установленное значение 3,5, помимо местного применения фитотерапевтических препаратов, назначались индивидуальные фитотерапевтические прописи на основе лекарственных растений, обладающих седативным действием, для устранения основных проявлений нарушений со стороны нервной системы и психо-эмоциональных расстройств, а также обладающие общеукрепляющими свойствами, свойствами стимуляции реактивности организма, десенсибилизирующими свойствами.

В настоящем исследовании для лечения пациентов применялись следующие основные травы: боярышник (*Crataegus L.*), валериана лекарственная (*Valeriana officinalis L.*), зверобой (*Hypericum perforatum L.*), мята перечная (*Folia Menthae piperitae L.*), смородина чёрная (листья) (*Ribes nigrum L.*), сушеница болотная (*Gnaphalium uliginosum L.*), трава пустырника (*Leonurus quinquelobatus Gilib.*), чабрец (*Thymus serpyllum L.*), черника (*Folia Vaccini myrtillus L.*), шиповник (*Rosacanina L.*), фиалка трехцветная (*Viola tricolor L.*), ясенник пахучий (*Asperula odorata L.*).

Результаты комбинированного лечения пациентов, страдавших ХГП, с применением фитотерапии показали хороший терапевтический эффект. Следует подчеркнуть, что все пациенты хорошо переносили процедуры, при этом частые аппликации не вызывали каких-либо осложнений, побочных действий и неприятных ощущений. Выраженность воспалительных явлений уменьшалась уже через 2–3 дня от начала лечения, уменьшалась кровоточивость десен при чистке зубов, исчезали ощущения дискомфорта в деснах.

Объективно у пациентов основной подгруппы отмечено уплотнение десневого края, уменьшение пародонтальных карманов и их исчезновение в 34 %. При этом индекс УИГ (баллы) снизился до $1,44 \pm 0,03$; ПИ – до $1,17 \pm 0,04$; ИК – до $12,12 \pm 3,76$. У паци-

ентов подгруппы контроля исчезновение пародонтальных карманов отмечено в 19 %. Индекс УИГ (баллы) снизился до $2,14 \pm 0,04$, ПИ – до $1,72 \pm 0,03$, ИК – до $21,12 \pm 3,76$.

Все пациенты основной подгруппы отмечали улучшение самочувствия, нормализацию сна, повышение работоспособности. Также обращает на себя внимание тот факт, что если до лечения суммарный показатель вегетативных нарушений составлял у пациентов $46,4 \pm 3,2$ балла, то после лечения у пациентов во II подгруппе данный показатель составил $18,7 \pm 1,4$ балла – это приближалось к показателю, полученному в группе сравнения, тогда как в I подгруппе составил $36,2 \pm 2,6$ балла, что не носило достоверных различий с исходным уровнем ($p > 0,5$).

Наряду с этим отмечено положительное влияние предложенной схемы лечения на местный иммунитет, оценка которого осуществлялась по динамике количественного показателя sIgA – показателя, который прямо отражает адекватность функционирования мукозального иммунитета. При этом были выявлены различия полученных результатов у пациентов I и II подгрупп.

Так, через 1,5 месяца после завершения курса лечения во II подгруппе пациентов значение показателя sIgA приближалось к показателям нормы и составило $0,58 \pm 0,12$ мг/мл, тогда как в группе сравнения – $0,46 \pm 0,05$ мг/мл.

Выводы

У пациентов с ХГП на начальных стадиях заболевания местный иммунитет полости рта, определяемый по содержанию в смешанной слюне sIgA, IgA, IgG, работает в режиме функционального перенапряжения, тогда как при длительно текущем процессе развивается истощение и срыв адаптационных возможностей. Анализ результатов применения лекарственных препаратов на основе растительного сырья в комплексе консервативного лечебных мероприятий у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом свидетельствует о достаточно высоком лечебном эффекте при отсутствии побочных отрицательных явлений, что подтверждается существенной разницей в динамике основных клинических и иммунологических показателей по сравнению с показателями в контрольной группе, лечившейся только традиционными методами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артюшкевич А. С., Трофимова Е. К., Латышева С. В.* Клиническая пародонтология. Минск, 2001. 28 с.
2. *Атаханов Ш. Э., Робертсон Д.* Ортостатическая гипотония и вегетативная недостаточность: (механизмы и классификации) // Кардиология. 1995. № 3. С. 41–50.
3. *Бажанов Н. Н., Тер-Асатуров Г. П., Кассин Г. П.* Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения // Стоматология. 1996. № 1. С. 15–18.
4. *Банченко Г. В.* Сочетание заболеваний слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. М.: Медицина, 1979. 189 с.
5. *Баранов А. А., Дорофейчук В. Г.* Лизоцим: теория и практика. Н. Новгород, 1999. С. 15–19.



УДК 615. 37 : 616. 233 – 002 : 616 – 053.2

ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ДЕРИНАТ» НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Канд. мед. наук, м.н.с. *Кайтмазова Н. К.*
Институт биомедицинских исследований
Владикавказского научного центра РАН и РСО-А,
г. Владикавказ, РСО-Алания, Россия

В статье представлены данные исследования иммунологического статуса детей, больных обструктивным бронхитом. У пациентов в сыворотке крови определяли содержание цитокинов. В результате иммунологического обследования детей доказано, что все дети с обструктивным бронхитом нуждаются в иммунологическом обследовании. Существующее многообразие иммунодефицитов требует их расшифровки. Практическое значение работы состоит в оптимизации диагностики и иммунокоррекции при обструктивном бронхите у детей, сопровождающемся нарушением иммунореактивности организма.

Ключевые слова: иммуноглобулины, фагоцитоз, иммунитет, обструктивный бронхит, дети, лечение.

Болезни органов дыхания у детей по официальным статистическим данным занимают в нашей стране одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости [1–3]. При этом наиболее часто в патологический процесс вовлекаются бронхи. Тесный кон-