

**Площадь пропитывания (см<sup>2</sup>) стандартных полосок десневой жидкостью, полученной из десневых бороздок (пародонтальных карманов) в области моляров у пациентов с различной степенью нарушения архитектуры альвеолярной кости**

Разница площадей проекций	Верхние моляры (n=16)						Нижние моляры (n=21)					
	рабочая			балансирующая			рабочая			балансирующая		
	5'	10'	15'	5'	10'	15'	5'	10'	15'	5'	10'	15'
< 15 %	0,550±0,05	0,550±0,05	0,583±0,05	0,520±0,05	0,520±0,05	0,569 ±0,05	0,475±0,04	0,475±0,04	0,496±0,04	0,449±0,04	0,449±0,04	0,504±0,04
> 15 %				0,520±0,05	0,540±0,05	0,612 ±0,05				0,449±0,04	0,467±0,05	0,529±0,04

соединяющими точки опоры, при проецировании данного тела на плоскость, на которой данное тело находится. «Площадь, на которую опирается тело», и «контур, образованный линиями, соединяющими точки опоры», – номенклатура, применяемая в механике. Описывая стоматологические исследования, логично использовать понятия: «площадь проекции интраальвеолярной части зуба», если речь идёт об исследовании конкретного зуба, и «площадь, образованная линиями, соединяющими контуры интраальвеолярных частей зубов», говоря об ортопедической конструкции. После удаления зуба линия, разграничивающая интра- и экстраальвеолярные части зубов, ограничивающих дефект целостности, перемещается апикально. Площадь проекции интраальвеолярной части корня зуба на условную линию, параллельную окклюзионной плоскости, сокращается.

Цель работы: определить влияние нагружения на динамику экссудации десневой жидкости, полученной в области зубов, ограничивающих дефект целостности зубного ряда.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 37 пациентов в возрасте от 28 до 40 лет, страдающие локализованным пародонтитом лёгкой и средней степени тяжести, с дефектом целостности зубного ряда III класса по Кеннеди. Всем пациентам с целью стабилизации инфекционной составляющей пародонтита проводилось пародонтологическое лечение.

По данным томографического исследования определяли максимальные площади проекций ин-

траальвеолярной части корней зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, и одноимённых зубов на противоположной стороне челюсти на условную плоскость, параллельную окклюзионной плоскости. Сравнив площадь проекций контралатеральных зубов, пациентов объединили в группы: утративших более 15% площади опоры и менее.

Нагружали пародонт заданно, пациенты употребляли жевательную резинку в течение 15 минут. С целью диагностики состояния пародонта получали десневую жидкость, по методу Г.М. Барера и соавт. [1]. Экссудацию определяли по завершении 5-й, 10-й минут и по окончании нагружения (таблица).

**Выводы:**

1. Кратковременное нагружение пародонта не приводит к достоверному увеличению экссудации десневой жидкости ни на рабочей, ни на балансирующей стороне.

2. Пятнадцатиминутное нагружение увеличивает экссудацию десневой жидкости на 9-12% в области зубов, утративших до 15% площади проекции пародонта, и на 18% в области зубов, утративших более 15% площади проекции.

3. С целью профилактики нагрузочной составляющей пародонтита необходимо рекомендовать пациентам восстанавливать целостность зубных рядов.

**Библиографический список**

1. Количественная характеристика десневой жидкости лиц с интактным пародонтом / Г.М. Барер, Э.С. Халитова, В.В. Кочержинский, Л.М. Лукиных // Стоматология. 1986. № 5 С. 24-26.

УДК [616.314+616.33+616.342]-002.44-085.21

Краткое сообщение

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Л.Ю. Островская* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития, доцент кафедры терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук; *Ю.А. Кобзева* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук; *Н.А. Харуш* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук; *А.П. Могила* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития, аспирант кафедры терапевтической стоматологии.

**APPLICATION MEXIDOL IN TREATMENT PATIENTS OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN THE COMBINATION TO PEPTIC ULCER OF STOMACH AND DUODENAL INTESTINE**

*L.U. Ostrovskaya* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutical Stomatology, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; *U.A. Kobzeva* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutical Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science; *N.A. Charish* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutical Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science; *A.P. Mogila* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutical Stomatology, Post-graduate.

Дата поступления – 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

**Островская Л.Ю., Кобзева Ю.А., Хариш Н.А., Могила А.П.** Применение мексидола в лечении больных воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 316-318.

С целью определения клинико-патогенетической эффективности мексидола в комплексной терапии пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проведено обследование и лечение 296 больных.

Установлено, что использование в комплексном лечении больных пародонтитом на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки мексидола позволяет уменьшить инфекционную нагрузку *Helicobacter pylori* в пародонтальных карманах и выраженность местного воспаления, нормализовать процессы нейрогуморальной и цитокиновой регуляции, что обеспечивает ускорение процессов выздоровления, снижение частоты рецидивов.

**Ключевые слова:** пародонтит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, мексидол.

**Ostrovskaya L.U., Kobzeva U.A., Charish N.A., Mogila A.P.** Application mexidol in treatment patients of inflammatory periodontal diseases in the combination to peptic ulcer of stomach and duodenal intestine // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 316-318.

For the purpose to determine the clinical pathogenetic efficacy of Mexidol in the combined therapy of parodontitis in patients with peptic ulcer of stomach and duodenal intestine medical examination and treatment of 296 patients was carried out.

It was established that use of Mexidol in the combined treatment of patients with parodontitis against peptic ulcer of stomach and duodenal intestine allowed to decrease infection load (*Helicobacter pylori*) in parodontal recess and evidence of local inflammation with reduction of activity of interleukin-6, -10, -18, that provided acceleration of recovery processes, lowering in frequency of periodontitis recurrences.

**Key words:** periodontitis, peptic ulcer of stomach and duodenal intestine, Mexidol.

Традиционные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта направлены на устранение микробного фактора и включают контроль образования зубного налета, использование антимикробных, противовоспалительных средств местного и общего применения, совершенствование хирургических методов устранения инфекционно-деструктивного очага в пародонте. Однако они не всегда достаточно эффективны и нередко не препятствуют обострению патологии. Перспективным в комплексном лечении хронического гингивита и пародонтита в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является использование антиоксидантов и антигипоксантов. В последние годы во многих областях клинической медицины успешно применяется антиоксидант мексидол (3-окси-6-метил-2-этилпиридин сукцинат), являющийся структурным аналогом соединений группы витамина В<sub>6</sub>.

**Цель работы:** оптимизация терапии пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Обследованы 85 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне ЯБДК и 62 – на фоне ЯБЖ, которые получали, помимо стоматологического лечения и 7-дневной эрадикационной терапии, мексидол внутримышечно в сочетании с местным применением 10 дней. Группу сравнения составили 90 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне ЯБДК и 59 – на фоне ЯБЖ, которые получали стоматологическое лечение и эрадикационную терапию первой линии в течение семи дней. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц.

Для идентификации эпителиоцитов десны, продуцирующих мелатонин и NO-синтазу, проводили иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных мышинных антител к NO-синтазе (1:150, Novocastra), кроличьих антител к мелатонину (1:100, CIDtech Res. Comp.). Определение концентрации интерлейкина-6, интерлейкина-10, интерлейкина-12 и ин-

терлейкина-18 в ротовой жидкости проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью иммуноферментного анализатора «Униплан» с использованием наборов реактивов «Интерлейкин-6» и «Интерлейкин-10» (ООО «Цитокин», Россия), «Интерлейкин-18 - ИФА – БЕСТ» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) и «Интерлейкин-12 + p40» (IBL, США).

По всем определяемым тестам (индекс гигиены, индекс кровоточивости десны, РМА, пародонтальный индекс) на 2-й неделе лечения и через 2 месяца от начала лечения у больных основной группы показатели были существенно ниже, чем у пациентов группы сравнения. Ремиссия гингивита и пародонтита была достигнута в более сжатые сроки. Недельный курс антибиотикотерапии в сочетании с мексидолом приводит к достоверному снижению *Helicobacter pylori* в пародонтальных карманах и зубном налете. Анализ регрессии субъективных и объективных симптомов заболеваний пародонта показал, что в основной группе через 2 месяца от начала лечения у всех пациентов достигнута ремиссия гингивита и пародонтита легкой степени, ремиссию пародонтита средней и тяжелой степеней на фоне ЯБДК наблюдали у всех, а на фоне ЯБЖ у 32 (91,4%) больных. Напротив, у пациентов группы сравнения ремиссия пародонтита средней и тяжелой степеней констатирована у 68 и 70% пациентов соответственно с ЯБДК и ЯБЖ.

Высокая клиническая эффективность применения мексидола в комплексном лечении больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне язвенной болезни коррелировала с положительной динамикой количественной плотности эпителиальных клеток десны, иммунопозитивных к синтазе оксида азота и мелатонину, а также местного цитокинового баланса (ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-12 и ИЛ-18) в ротовой жидкости.

Большинство пациентов, получавших 7-дневную эрадикационную терапию в сочетании с мексидолом, отметили хорошую переносимость курса лечения. Побочные эффекты были отмечены у 20 (13,6%) больных: металлический привкус во рту у 5, головная боль – у 4 больных, которые пациенты связывали с

**Ответственный автор** – Островская Лариса Юрьевна.  
Адрес: 410056, г. Саратов, ул. Мичурина, 4, кв.20.  
Тел.: 89053201853.  
E-mail: nastya\_ostrovskaya@mail.ru

приемом омега-3, кишечная диспепсия — у 9 пациентов.

Таким образом, применение мексидола у пациентов с сочетанной патологией пародонта и язвенной болезни обосновано с позиции лечения и профилактики патологии пародонта. Обладая универсальным

цитопротективным, иммуномодулирующим действием, мексидол уменьшает клинические проявления и позволяет достичь стабильной ремиссии заболеваний пародонта на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

УДК [616.314.17-002 : 618.173]-02-055.2-039.1(047.6)

Краткое сообщение

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Л.Ю. Островская* — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук; *А.И. Ханина* — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, врач-стоматолог клиники «Люкс Мастер».

### CLINICAL FEATURES AND SOME MECHANISMS OF FORMATION OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES AT WOMEN IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD

*L.U. Ostrovskaya* — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; *A.I. Chanina* — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, stomatologist of Clinic «Lux Master».

Дата поступления — 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать — 16.02.2011 г.

**Островская Л.Ю., Ханина А.И.** Клинические особенности и некоторые механизмы формирования воспалительных заболеваний пародонта у женщин в постменопаузальном периоде // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 318-319.

С целью определения клинико-морфологических особенностей развития воспалительных заболеваний пародонта у женщин в постменопаузальном периоде проведено обследование 90 пациенток. Установлено, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска развития заболеваний пародонта. В формировании патологии пародонта у женщин в этот период важную роль играют гормональные изменения.

**Ключевые слова:** заболевания пародонта, остеопороз, постменопауза.

**Ostrovskaya L.U., Chanina A.I.** Clinical features and some mechanisms of formation of inflammatory periodontal diseases at women in the postmenopausal period // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 318-319.

For the purpose to determine clinical morphologic features of development of inflammatory periodontal diseases at women in the postmenopausal period medical examination of 90 patients was carried out. It was established that a postmenopausal osteoporosis is risk factor of development periodontal diseases. In formation of periodontal diseases at women during this period the important role is played hormonal changes.

**Key words:** periodontal diseases, osteoporosis, postmenopause.

Воспалительные заболевания пародонта широко распространены среди взрослого населения и являются основной причиной преждевременной потери зубов. Наиболее высокая распространенность патологии пародонта наблюдается при гормональных сдвигах в организме, в том числе у женщин в период постменопаузы. Постменопауза характеризуется метаболическими изменениями, в том числе и минеральной плотности костной ткани, микроциркуляции, иммунного статуса, что предрасполагает к формированию и прогрессированию воспалительных заболеваний пародонта. Остеопения и остеопороз — частые спутники постменопаузы. Остеопоротические изменения, возникающие в различных отделах скелета, затрагивают и костную ткань зубочелюстной системы, способствуя развитию и прогрессированию заболеваний пародонта.

**Цель исследования:** определить клинические проявления и морфологические особенности хронического генерализованного пародонтита у женщин в постменопаузальном периоде.

Обследованы 70 женщин с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) в постменопаузальном периоде жизни (в возрасте от 53 до 59 лет),

**Ответственный автор** — Островская Лариса Юрьевна.  
Адрес: 410056, г. Саратов, ул. Мичурина, 4, кв.20.  
Тел.: 89053201853.  
E-mail: nastya\_ostrovskaya@mail.ru

контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин фертильного возраста. Диагностику пародонтита проводили в соответствии с терминологией и классификацией болезней пародонта, утвержденными на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983). Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы включало в себя внутритранные контактные снимки отдельных групп зубов и ортопантомографию. Степень атрофии альвеолярного гребня оценивали на основании ортопантомограмм с использованием индекса Фукса (Fuchs, 1946). Оценку минеральной плотности костной ткани (денситометрию) выполняли на ультразвуковом пяточном остеометре Achilles Express (Lunar, США). Проводили оценку маркеров костного метаболизма в сыворотке крови: активность костной щелочной фосфатазы (Lahema, Чехия), активность тартрат-резистентной кислой фосфатазы (Sigma, USA), концентрацию остеокальцина (Nordic Bioscience, Дания) и уровень С-концевых телопептидов, образующихся при деградации коллагена I типа (Serum CrossLaps One Step (Nordic Bioscience, Дания). Материал для морфологического исследования забирали из слизистой оболочки в области межзубного сосочка после проведения местного обезболивания 2%-ным раствором лидокаина. Для идентификации рецепторов эстрогеновых гормонов в десне использовали иммуногистохимический метод, морфометрический анализ.