

*На правах рукописи*

**ДЖИОЕВА РЕГИНА ФЕЛИКСОВНА**

**ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА**

14.01.14 - стоматология

14.01.11 – нервные болезни

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена на стоматологическом факультете ГБОУ ВПО «Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова» и на кафедре нервных болезней и нейростоматологии НОЧУ ДПО «Медицинский стоматологический институт»

**Научные руководители:**

кандидат медицинских наук,  
доцент

Чониашвили Давид Зурабович

доктор медицинских наук

Еремина Наталья Вячеславовна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры челюстно-лицевой  
хирургии и хирургической стоматологии  
ФУВ ГБУЗ МО «Московского областного  
научно-исследовательского клинического  
института им. М.Ф. Владимирского»

Амхадова Малкан Абдрашидовна

доктор медицинских наук,  
профессор, заведующий кафедрой  
нervных болезней ГБОУ ВПО  
«Ставропольский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ

Карпов Сергей Михайлович

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2014 г. в « 14-00 » часов на заседании диссертационного совета Д 208.120.01 при ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91).

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

**Ученый секретарь**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** 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).

Вместе с тем, по общему мнению исследователей значимость проблемы хронических воспалительных заболеваний пародонта (ХВЗП) определяется, не только высокой представленностью патологии в общей структуре стоматологической заболеваемости, но в большей степени – прогрессирующим течением болезни и низкой эффективностью применяемых методов терапии.

В настоящее время данные, полученные в результате многочисленных исследований, позволили уточнить основные патогенетические механизмы развития заболевания. Авторами доказано, что в патогенезе ХВЗП принимают участие различные факторы: микробный, травматический, сосудистый, а также иммунные нарушения и, исходя из этого, предложены различные подходы к лечению. Вместе с тем, не смотря на применение новых, всё более совершенных схем лечения, конечные результаты лечения далеко не во всех случаях можно оценивать, как удовлетворительные (Дымочка М.А., 2002; Киселева Е.А., 2009 – 2012; Gottschalk A., Gerber S., Solbach T. et al., 2003).

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 лечебные 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 заболеваниях 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).

В ряде отечественных и зарубежных источников рассматриваются отдельные аспекты фитотерапии при лечении пациентов с ХВЗП. При этом авторы сообщают о положительном влиянии применения фитопрепаратов на динамику пролиферативно-регенеративных процессов и показатели иммунитета полости рта. Однако эти работы единичны и в большинстве своём носят описательный характер. Как следствие этого, врачи-стоматологи мало информированы о возможностях фитотерапии при лечении хронических воспалительных заболеваний пародонта (Бритова А.Я., 2012; Губкина И.О. и соавт., 2010; Ленькова И.И. и соавт., 2009). 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.

Для достижения поставленной цели были определены **следующие задачи:**

1. Уточнить изменения нервной системы, характерные для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и определить значимость выявленных изменений в патогенезе заболевания.
2. Уточнить характер и направленность изменений факторов мукозального иммунитета полости рта, возникающих при хроническом генерализованном пародонтите.
3. Сопоставить выявленные изменения показателей мукозального иммунитета полости рта с особенностями нарушений со стороны нервной системы.
4. Разработать методические подходы по рациональному применению фитотерапии в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита.
5. Оценить результаты лечения хронического генерализованного пародонтита, проведенного с применением методов фитотерапии.

#### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Выявляемые у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом нарушения функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы, психоэмоциональной сферы находятся в прямой взаимосвязи с изменениями местного иммунитета полости рта, что подтверждают значимую роль нейрогенных механизмов в патогенезе этого заболевания.

2. Патогенетическим обоснованием применения фитотерапии в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита являются ответные реакции со стороны центральной и вегетативной нервной системы, опосредованно способствующие поддержанию иммуносекретирующей функции слизистой полости рта, а также выраженный противовоспалительный и иммунокорректирующий эффект при местном применении лекарственных препаратов на основе растительного сырья.
3. Включение фитотерапии в комплексе лечебных мероприятий для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом повышает эффективность проводимого лечения.

#### **Научная новизна.**

На основании данных, полученных в результате настоящего исследования, впервые уточнены изменения со стороны вегетативной системы, характерные для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. Доказано, что свойственные для данной категории нарушения иммунной реактивности, опосредовано связанные с патологией вегетативной нервной системы. Впервые установлено влияние фитотерапии на состояние местного иммунитета полости рта, доказательно обоснована эффективность применения фитотерапии в комплексе лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

#### **Практическая значимость исследования.**

Для клинической практики обоснована возможность применения фитотерапии в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита. Проведена апробация данного метода в клинических условиях, доказана высокая эффективность метода, разработаны фитотерапевтические рецепты, уточнены показания к использованию.

#### **Внедрение в практику.**

Полученные результаты внедрены в практическую и консультативную работу кафедры нервных болезней и нейростоматологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России и лечебных учреждений ФМБА России; используются в педагогическом процессе, в лекциях и практических занятиях, при подготовке слушателей на указанной кафедре.

По теме диссертации опубликованы 3 научные работы.

### **Апробация работы.**

Диссертационная работа апробирована на заседании кафедры нервных болезней и нейростоматологии ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России (январе 2014 г.). Основные положения и результаты исследования по теме диссертации доложены на 2 научно-практических конференциях.

### **Публикации.**

По теме диссертации опубликованы 3 научные работы.

### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, библиографический указатель литературы, содержащий 221 отечественных и иностранных источников. Диссертация изложена на 115 страницах, иллюстрирована 11 рисунками и 6 таблицами.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.**

### **Материалы и методы исследования.**

Под нашим наблюдением находилось 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, включающее:

- Клинико-неврологическое обследование, предусматривающее помимо изучения жалоб, анамнеза и исследования неврологического статуса, клиническую оценку состояния различных уровней вегетативной нервной системы. Для объективизации состояния вегетативной регуляции был использован математический анализ колебаний сердечного ритма – вариационная пульсометрия (ВПМ) по программе «Пульсар – 9».
- Оценку эмоционально-психического состояния пациентов осуществляли с использованием шкалы Гамильтона (HDRS, Hamilton M., 1967) для выявления депрессивных расстройств и шкалы Спилбергера (Spielberger Ch.D., 1970) для оценки степени реактивной и личностной тревожности.
- Состояние местного иммунитета ротовой полости оценивалось на основании определения содержания в смешанной слюне sIgA (твёрдофазным методом иммуноферментного анализа), IgA, IgG (метод радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини), активность лизоцима смешанной слюны определяли фоннефелометрическим методом В.Г. Дорофейчук (1968), рассчитывали коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб) (Н.И. Толмачева, 1987).

Полученные результаты исследования обрабатывались методом статистической обработки, предусматривающим подсчет средней величины, ошибки средней, критерия достоверности Стьюдента, коэффициента ранговой корреляции и его ошибки.

### Результаты собственных исследований.

При проведении обследования 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 рисунке 1.

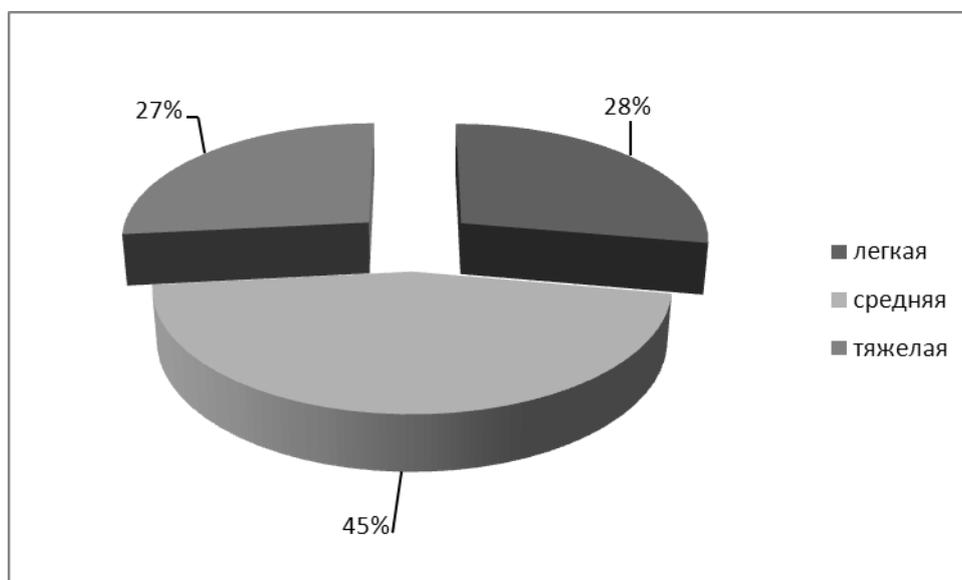
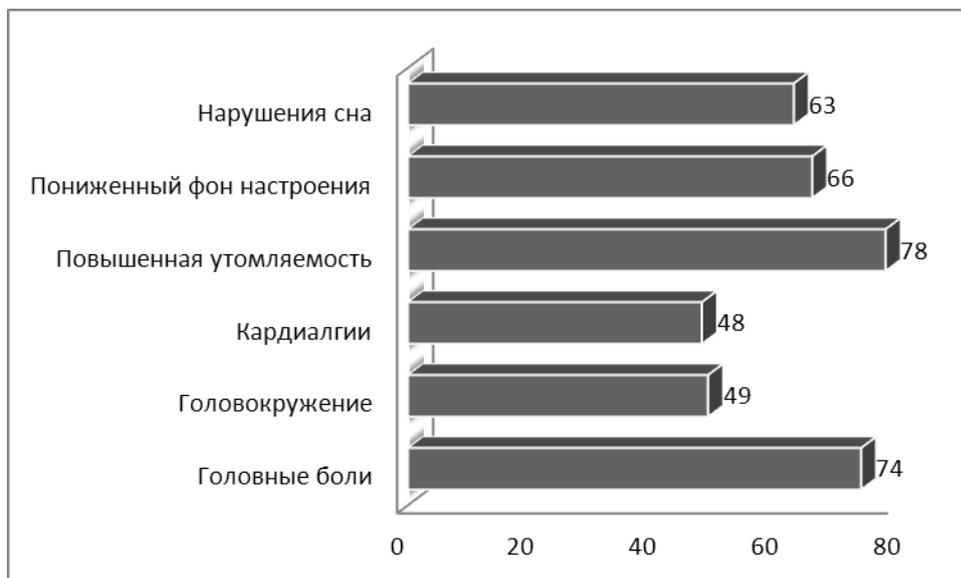


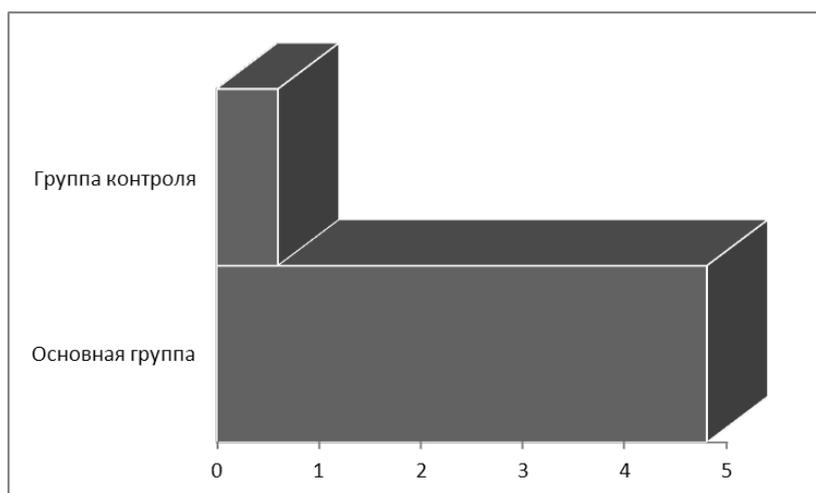
Рисунок 1. Распределение пациентов по тяжести пародонтита.

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).

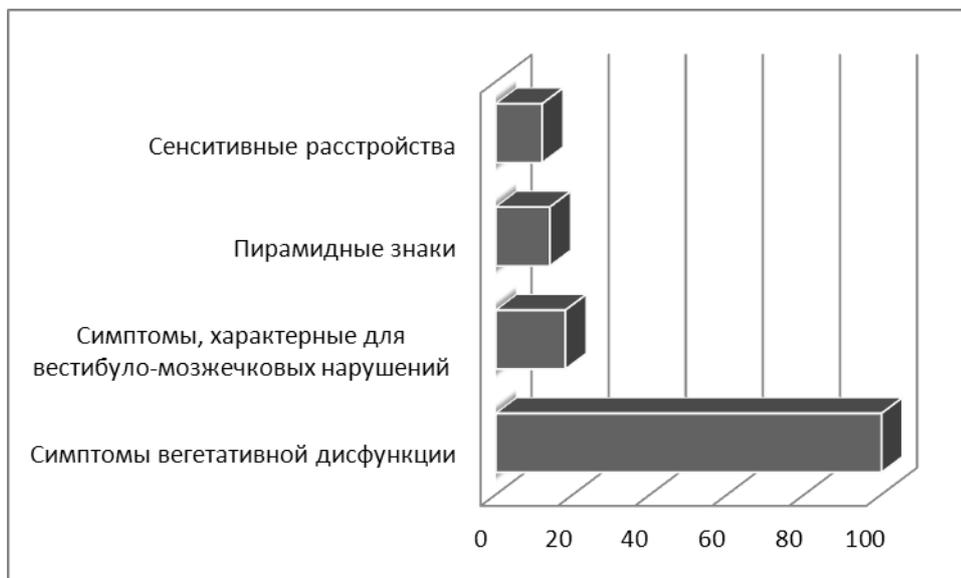


**Рисунок 2. Характер и частота жалоб у пациентов с ХГП, характерных для патологии НС (представлено в абс.числах).**



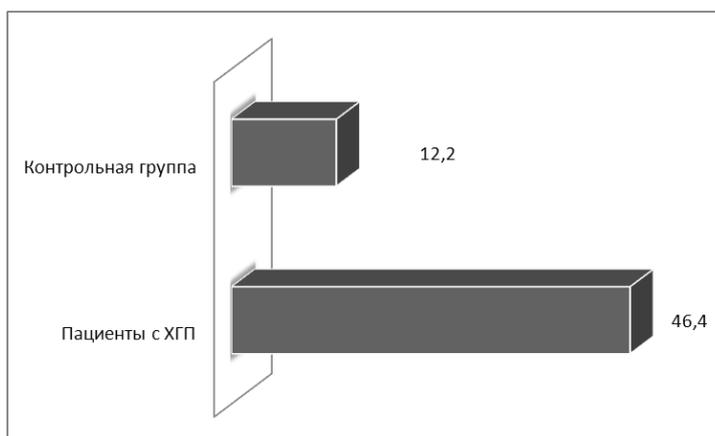
**Рисунок 3. Соотношение среднего числа жалоб соматического характера у обследованных пациентов с ХГП и лиц контрольной группы (представлено в абс.числах).**

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).



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

При этом, выявленные у пациентов вегетативные расстройства характеризовались полисистемностью и высокой степенью выраженности, достоверно отлучаясь 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 ( $12,2 \pm 1,4$ ).



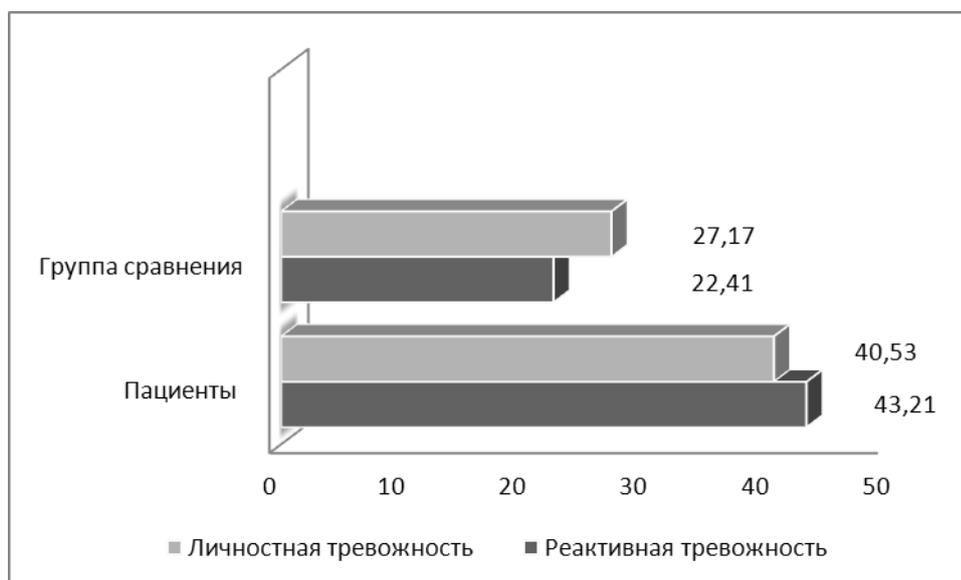
**Рисунок 5. Средний показатель количества признаков вегетативных нарушений у обследованных пациентов и у здоровых (представлено в баллах).**

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 ИИ ( $148,34 \pm 14,54$ ), после нагрузки  $A_{mo}$  –  $135,49 \pm 14,3$  и ИИ –  $291,36 \pm 30,9$ .

При проведенном психологическом обследовании также были выявлены достоверные различия по основным исследуемым показателям между пациентами с ХГП и лицами контрольной группы.

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



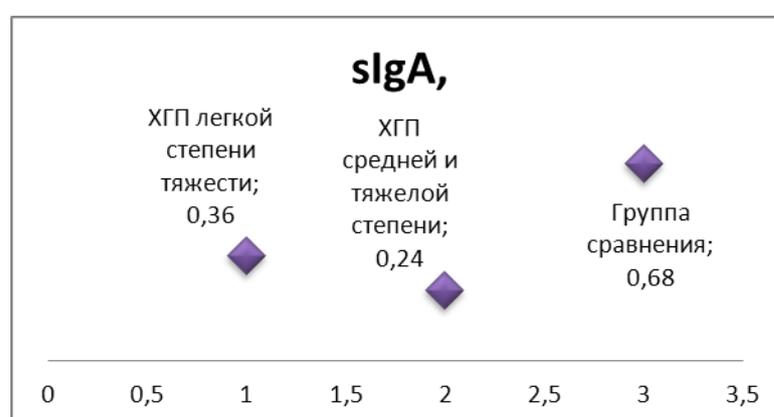
**Рисунок 6. Сравнительные показатели личностной и реактивной тревожности по шкале тревоги Спилбергера у пациентов с ХГП и лиц контрольной группы.**

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 состоянием 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 ( $p \leq 0,01$ ) различия 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.



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

Во многом схожие данные, отчётливо демонстрирующие увеличение дефектов функционирования главенствующего компонента местного

иммунитета при усугублении клинических проявлений ХГП, были получены и при изучении иных факторов местного иммунитета (Табл. 1).

Таблица 1.

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

ГРУППЫ	ФАКТОРЫ МИ				Ксб
	slgA, 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 пациенты с ХГП были отмечены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) по содержанию в ротовой жидкости IgA с данными, полученными в контрольной группе лиц. Характерно, 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 формах 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.

У всех пациентов нами также было отмечено высоко статистически значимые ( $p \leq 0,01$ ) различия с показателем коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета ( $K_{сб}$ ), который представляет собой интегрированный математический показатель состояния местного иммунитета полости рта, от показателя, полученного у лиц контрольной группы. В целом, его значения характеризовали состояние местного иммунитета, как неблагоприятное.

Математический анализ сопряженности исследованных параметров позволил установить, что тяжесть течения ХГП, выявленные нами характерные изменения нервной системы и иммунные нарушения были в значительной мере взаимосвязаны: корреляционный анализ показал наличие значимой корреляционной связи между степенью тяжести ХГП и количеством клинических признаков патологии вегетативной нервной системы ( $r = 0,68$ ), а также количеством клинических признаков патологии вегетативной нервной системы и степенью выраженности нарушений мукозального иммунитета полости рта, определяемой по коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта ( $r = 0,83$ ).

Таким образом, при обследовании пациентов с ХГП у большинства из них были выявлены симптомы, свойственные вегетативной дисфункции. При этом, проведенный корреляционный анализ математических параметров ряда выявленных нарушений отчётливо свидетельствовал о том, что свойственные для данной категории нарушения иммунной реактивности, опосредовано связанные с патологией вегетативной нервной системы. Это позволили дополнить комплекс лечебных мероприятий, принятый в настоящее время для лечения пациентов с ХГП, фитотерапией с применением, не только лекарственных препаратов местного действия, направленных на устранение воспаления в тканях пародонта, но и препаратов для коррекции выявленных нами изменений со стороны НС.

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 шлифование зубов; по показаниям – закрытый кюретаж патологических зубно-десневых карманов.

Пациентам II подгруппы (50 чел.) в дополнение к традиционной терапии назначались фитотерапевтическое лечение, при этом схема лечения определялась 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 использовались специально подготовленный отвар следующего состава: горец змеиный (*Polygonum bistorta L.*), пастушья сумка (*Capsella bursa pastoris Med.*), листьев омелы (*Viscum L.*), дубовой коры (*Quercus L.*), цветков желтого бессмертника (*Helichrysum arenarium L.*), травы водяного перца (*Polygonum hydropiper*), цветков тысячелистника (*Achillea millefolium L.*). Орошения производилось раствором комнатной температуры или подогретым до 30 – 35°C 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 следующим составом: отвар цветков календулы (*Calendula officinalis L.*), лепестков розы культурной (*Rosa centifolia L.*), цветков цмина (*Helichrysum arenarium L.*), листья грецкого ореха (*Juglans regia L.*), дубовой коры (*Quercus L.*) с добавлением нескольких капель миндального масла. В конце процедуры применялись аппликации 4% спиртового раствора прополиса (*Sol. Propolisi spirit.*), обладающего, наряду с прочим, мощным местноанестезирующим действием (Цаков Ц., 1984).

Процедуры проводились 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 стимулирования 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 nirim L.*), сушеница болотная (*Gnaphalium uliginosum L.*), трава пустырника (*Leonurus quinquelobatus Gilib.*), чабрец (*Thymus serpyllum L.*), черника (*Folia Vaccini myrtilis L.*), шиповник (*Rosa canina L.*), фиалка трехцветная (*Viola tricolor L.*), ясменник 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 пациентов 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 обращало внимание, 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 пациентам 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.

Таким образом, применение лекарственных препаратов на основе растительного сырья в комплексе консервативного лечебных мероприятий у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом является патогенетически и клинически обоснованным т.к. повышает эффективность проводимого лечения.

### **ВЫВОДЫ.**

1. Характер изменений со стороны нервной системы, выявленных у большинства пациентов с ХГП (96,7%), соответствует синдрому вегетативной дисфункции выраженной степени, о чём помимо данных объективного осмотра, свидетельствуют результаты специальных инструментальных методов оценки вегетативного статуса.
2. 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.

3. Проведенная методом корреляционного анализа оценка сопряженности основных изученных параметров состояния нервной системы и мукозального иммунитета показала прямую зависимость между функциональным состоянием вегетативной нервной системы и тяжестью течения хронического генерализованного пародонтита.

4. 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.

#### **Практические рекомендации.**

1. Показания к применению фитотерапии у пациентов с ХГП является хронический генерализованный пародонтит легкой, средней, а также тяжелой степени.

2. Фитотерапевтические сборы применительно к лечению пациентов с ХГП следует составлять индивидуально – исходя из основных клинических проявлений заболевания, в том числе, нарушений со стороны вегетативной нервной системы и особенностей психо-эмоциональных расстройств.

3. Противопоказания к применению фитотерапии при ХГП носят общий характер и определяются Методическими рекомендациями Минздрава России №2000/63 от 09.2006 г. и приказом Минздравмедпрома РФ от 01.07.1996 N 270 (ред. от 09.01.1997).

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

1. Опыт применения фитотерапии в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита // Вестник Медицинского стоматологического института. – № 3(26). – 2013. – С. 30 – 32.
2. Клиническая эффективность фитотерапии при лечении хронического генерализованного пародонтита // Вестник Медицинского стоматологического института. – № 4(27). – 2013. – С. 27 – 29.
3. Клиническая обоснованность применения фитотерапии в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита // Клиническая неврология. - № 1. - 2014. - С. 10-12.

### **Список условных сокращений:**

Амо – амплитуда моды  
ВИД – вторичный иммунодефицит  
ВНС – вегетативная нервная система  
ИЛ (IL) – интерлейкин  
ИН – (индекс напряжения регуляторных систем, стресс-индекс)  
K<sub>сб</sub> – коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета  
Мо – мода  
НС – нервная система  
СИН – степень иммунных нарушений  
СОПР – слизистая оболочка полости рта  
ХВЗП – хронические воспалительные заболевания пародонта  
ХГП – хронический генерализованный пародонтит  
ФТ – фитотерапия  
Ig – иммуноглобулин  
sIg – секреторный иммуноглобулин