

Лечение больных было комплексным. Оно включало хирургическое вмешательство, интенсивное применение антибиотиков широкого спектра действия (с учетом чувствительности высеянных микроорганизмов), дезинтоксикационную и стимулирующую терапию, обязательное использование биологических препаратов для активной и пассивной иммунизации (в стадии обострения процесса — антистафилококкового гамма-глобулина, по истечении 14—16 сут — стафилококкового антифагина или анатоксина). Помимо общеизвестных антисептических средств местно применяли специфические бактериофаги. Такое лечение способствовало резкому увеличению (до 86,2%) отрицательных реакций лейкоцитолитиза.

У больных с длительно протекающими хроническими процессами комплексное лечение способствовало повышению факторов гуморального иммунитета, но не приводило к их полной нормализации (см. табл.).

В результате комплексного лечения у 35 больных с хроническим остеомиелитом наступило клиническое выздоровление, а у 3, несмотря на оперативное вмешательство и полный цикл активной иммунотерапии, вновь открылись свищи. Клиническое выздоровление опережало иммуноаллергические показатели, которые продолжали отличаться от нормальных. Это указывает, на наш взгляд, на сохраняющуюся микробную сенсибилизацию организма, которую необходимо устранять впоследствии в поликлинических условиях путем проведения нескольких курсов лечения по схеме специфическими иммунными препаратами, то есть проводить активную иммунизацию. Только полное снятие микробной сенсибилизации и стабилизация иммуноаллергических показателей могут свидетельствовать о наступившем излечении больного и гарантировать от рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Польшер А. А. Современная практическая аллергология. М., 1963. — 2. Дорофейчук В. Г. Лаб. дело, 1968, 1. — 3. Ельчинова Е. А., Журба М. Д. Там же, 1971, 11. — 4. Журавлева Н. В. Некоторые иммунологические эффекты кровопускания. Автореф. докт. дисс., Воронеж, 1970. — 5. Зильбер Л. А. Основы иммунологии. М., Медгиз, 1958. — 6. Резникова Л. С. Комплемент и его значение в иммунологических реакциях. М., «Медицина», 1967.

Поступила 28 марта 1977 г.

УДК 616.314.18—002.4:612.017

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА

Ф. Г. Гасимов, А. М. Реймерс, Т. Н. Яшкова

Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина

Реферат. С помощью специальных клинических индексов подтверждено неблагоприятное течение пародонтальных заболеваний у лиц с ослабленной резистентностью организма.

Ключевые слова: пародонтоз, резистентность.

1 таблица. Библиография: 10 названий.

В последние годы все большее число исследователей склоняется к мнению о связи развития и клинического течения пародонтоза и других заболеваний пародонта с состоянием реактивности организма [9]. Такое представление обосновывается главным образом косвенными доказательствами, суть которых в том, что патология пародонта особенно часто развивается и протекает неблагоприятно у лиц с заболеваниями внутренних и других органов [1, 2, 8].

В самое последнее время зависимость устойчивости пародонта от неспецифической реактивности организма (НРО) была доказана и в эксперименте на животных [7]. Некоторые авторы изучали отдельные показатели НРО при пародонтозе в клинике [3—6]. К сожалению, полученные этими исследователями данные касаются главным образом больных пародонтозом, страдающих различными другими заболеваниями.

Для выявления зависимости характера клинического течения болезней пародонта от состояния НРО нами проведены наблюдения над 60 пациентами, обратившимися в клинику в связи с заболеваниями пародонта (возраст — от 20 до 50 лет). При обследовании у всех больных удалось исключить какие-либо хронические сопутствующие заболевания; у них диагностировались пародонтоз (активная и стабилизированная формы) и хронический гингивит (катаральная и гипертрофическая формы). Количественную характеристику поражения пародонта мы производили по индексам ПМА, Ремфёрда (1959) и Фукса [10].

Состояние НРО определяли по активности лизоцима слюны (паратидной и смешанной), сыворотки крови и по содержанию пропердина в сыворотке крови. У 34 обследованных изученные параметры НРО оказались благоприятными (1-я группа) и у 26 — неблагоприятными (2-я группа).

О зависимости клинического течения патологии пародонта от уровня НРО судили на основании результатов сопоставления характера заболеваний пародонта и значений индексов ПМА, Ремфёрда и Фукса у больных обеих групп.

В первой группе у 15 человек был диагностирован пародонтоз (у всех — стабилизированная форма) и у 19 — хронический гингивит. Во второй группе у 21 больного диагностирован пародонтоз (в том числе у 10 — активная форма) и у 5 — хронический гингивит.

Закономерные различия обнаружены и при сопоставлении индексов, количественно отражающих степень поражения пародонта (см. табл.).

Показатели степени поражения пародонта у больных с различным состоянием НРО

Диагноз	Группы больных	Показатели поражения		
		ПМА	индекс Ремфёрда	индекс Фукса
Пародонтоз	первая	30,46 ± 1,27	4,41	0,78
	вторая	44,32 ± 1,72	5,3	0,69
		P < 0,005	P < 0,01	P < 0,05
Гингивит	первая	23,45 ± 1,55	4,0	0,83
	вторая	36,94 ± 0,04	4,2	0,77
		P < 0,005	P > 0,02	P < 0,05

Показатели состояния десны (ПМА) свидетельствуют, что у больных 2-й группы как при пародонтозе, так и при хронических формах гингивита степень ее поражения достоверно большая, чем у больных 1-й группы. Показатели глубины патологических зубодесневых карманов (индекс Ремфёрда) в сравниваемых группах обнаружили достоверное различие только при пародонтозе; при хроническом гингивите различие было несущественным. Степень деструкции альвеолярного отростка (индекс Фукса) как при пародонтозе, так и при гингивите оказалась существенно большей в группе больных с неблагоприятным состоянием НРО.

Полученные данные доказывают зависимость характера клинического течения пародонтальных заболеваний и степени поражения при них тканей пародонта от состояния резистентности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева С. А. Материалы Всероссийской конференции по пародонтопатиям. М., 1968. — 2. Бархатов Ю. В., Андриянов П. Н. Там же. — 3. Кабаков Б. Д., Бельчиков Э. В. Вопросы иммунологии пародонтоза. Л., «Медицина», 1972. — 4. Ларионова Л. В. Комплексное изучение аллергических реакций аутоиммунных процессов, иммунологической реактивности организма и состояния соединительной ткани у больных пародонтозом. Автореф. канд. дисс., Омск, 1975. — 5. Машенко Н. С. Стоматология, 1978, 2. — 6. Никитина Т. В. Там же, 1975, 2. — 7. Овруцкий Г. Д., Гасимов Ф. Г., Реймерс А. М. Материалы Всесоюзного съезда стоматологов. Л., 1975. — 8. Османов Т. А. Состояние зубочелюстного аппарата при некоторых заболеваниях нервной системы. Автореф. канд. дисс., М., 1968. — 9. Рыбаков А. И., Иванов В. С. Клиника терапевтической стоматологии. М., «Медицина», 1973. — 10. Доминик К. Пародонтопатии. Варшава, 1967.

Поступила 31 июля 1978 г.