

# АНАЛИЗ ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ (ТАП) ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

## ANALYSIS INDEX OF ASSESSMENT OF THE APPLICATION OF PLATELET AUTOPLASMA (TAP) IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES

**S. Miklyaev  
O. Leonova  
A. Sushchenko**

*Summary.* Chronic inflammatory periodontal diseases are diseases known since ancient times. With the development and progress of humanity, the prevalence of inflammatory periodontal diseases increases sharply. If at the beginning of the 20th century, the disease was found in subjects 40 years and older. In the 80–90 years of chronic inflammatory periodontal disease throughout the world, much «younger». This was revealed by epidemiological surveys of the population, the analysis involving the determination of indicators characterizing the state of periodontal tissues. Drug treatment of periodontitis remains a major and at the present time. However, the used drugs, each of which acts on a certain link of the pathological process, have a number of side effects and do not always allow it to stop the inflammation of the periodontium. In this connection, our attention was drawn to autohaemotherapy. In recent years an increasing number of publications devoted to the issues of autohemotherapy. TAP has a number of useful properties: it accelerates tissue regeneration, has anti-inflammatory effect, reduces pain syndrome, which holds great promise for its use in dentistry. Modern dentistry can offer the patient the drug treatments — drugs can be used for oral application and injection. However, the effectiveness of these methods is extremely low, they often only reduce inflammation and temporarily improve the condition of the patient, without affecting the regeneration.

*Keywords:* dental indices; TAP; treatment of inflammatory periodontal diseases; periodontitis.

**Микляев Станислав Валерьевич**

Аспирант, Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко; Тамбовская областная клиническая стоматологическая поликлиника; Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина  
miklaev@mail.ru

**Леонова Ольга Михайловна**

Тамбовская областная клиническая стоматологическая поликлиника; Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина

**Суценок Андрей Валерьевич**

Д.м.н., профессор, Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко

*Аннотация.* Хронические воспалительные заболевания тканей пародонта относятся к болезням, известных с давних времен. С развитием и прогрессом человечества распространенность воспалительных заболеваний пародонта резко увеличивается. Если еще в начале 20 века данное заболевание встречалось у лиц 40 лет и старше. То уже в 80–90 годах хронические воспалительные заболевания пародонта, во всем мире заметно «помолодели». Это было выявлено в результате эпидемиологических обследований населения, анализ предусматривающий определение показателей характеризующих состояние тканей пародонта. Медикаментозное лечение пародонтита остается основным и в настоящее время. Однако, используемые препараты, каждый из которых действует на какое-то определенное звено патологического процесса, имеют ряд побочных эффектов и не всегда позволяют достаточно быстро купировать воспаление пародонта. В этой связи наше внимание привлекла аутогемотерапия. В последнее время появляется все больше публикаций, посвященных вопросам аутогемотерапии. ТАП, обладает рядом полезных свойств: ускоряет регенерацию тканей, обладает противовоспалительным эффектом, способствует снижению болевого синдрома, что открывает большие перспективы для ее использования в стоматологии. Современная стоматология может предложить пациенту медикаментозные методы лечения — препараты могут применяться перорально, аппликационно и инъекционно. Однако эффективность этих методик крайне низкая, они зачастую лишь снимают воспаление и временно улучшают состояние пациента, не влияя при этом на процессы регенерации.

*Ключевые слова:* стоматологические индексы; ТАП; лечение воспалительных заболеваний пародонта; пародонтит.

### Введение

Основываясь на различных эпидемиологических исследованиях и данных, в последние годы появилось резкое увеличение числа хронических

воспалительных заболеваний пародонта среди населения нашей страны и всего мира.

Увеличение распространенности возникновения хронических воспалительных заболеваний (ХВЗ) тка-

ней пародонта приходится в основном на возраст от 30 до 50 лет, и к 45 годам достигает 96%. Среди молодежи в возрасте от 16 до 20 лет распространенность заболеваний тканей пародонта резко увеличивается и встречается в 50–85%.

Прогрессированию воспалительных заболеваний тканей пародонта способствуют различные факторы, как местного, так и общего характера. Они вызывают и поддерживают воспалительные процессы в тканях пародонта на протяжении длительного времени. Первое место, среди хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта, принадлежит хроническому генерализованному пародонтиту легкой степени тяжести (ХГПЛСТ).

### Материалы и методы исследования

Для определения групп обследования был произведен анализ распространенности хронического генерализованного пародонтита, на стоматологическом приеме после анализа клинических данных и по результатам осмотра было обследовано 200 пациентов, отобрано 102 (51%) больных страдающих ХГПЛСТ в возрасте от 20 до 60 лет. Из которых 50 (49,019%) мужчин и 52 (50,98%) женщины, которые страдали данным заболеванием. В свою очередь исследуемая группа пациентов страдающих ХГПЛСТ была поделена на 2 группы:

1 — основная, 70 пациентов, из которых 37 (52,85%) мужчин и 33 (47,14%) женщины, у которых лечение проходило с применением обогащенной тромбоцитами аутоплазмы.

2 — контрольная, 32 пациента, из которых 19 (59,37%) женщин и 13 (40,62%) мужчин, в лечении которых отсутствовала данная методика, и получали стандартное пародонтологическое лечение.

Для постановки диагноза мы анализировали данные развития заболевания, наличие жалоб, а также дополнительных методов обследования. Для проводимого исследования учитывался стоматологический статус каждого пациента — лица с ортодонтической патологией и сопутствующей патологией не включались в проводимую работу.

Обследование всех пациентов проводилось на базе стоматологической клиники Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего Профессионального Образования Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко на кафедре госпитальной стоматологии. Критериями исключения больных из дальнейшего исследования явились: сахарный диабет I или II типа, наличие остеопороза и различных инфекционных заболеваний, проживание в районах техногенных катастроф,

профессиональная деятельность связанна с вредными для организма физическими, химическими факторами, наличие отягощенного аллергологического анамнеза, беременность, наличие новообразований, прием различных лекарственных препаратов которые оказывают влияние на уровень костной резорбции и гипертрофию десен.

В соответствии с поставленными задачами данной работе применялись клинические, практические и статистические методы исследования. Проводилось анкетирование, опрос, анализ истории болезни. Анализ гигиенических индексов: ИГР-У по J. C. Green — J. R. Vermillion (1964) (ОИ-5), индекс API (Lange, 1977), индекс PHP (Podshadley, Haley, 1968). Анализ пародонтальных индексов: Индекс CPITN (BOO3, 1989), Индекс Muhleman H. R. (1971), Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel — пародонтологического индекса (А. А. Кунин, Ю. А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) Индекс РМА (кол-во 102 чел.). Статистическое: пакет статистических таблиц IBM SPSS Statistics 20 и Microsoft Office Excel 2007 (кол-во 102 чел.). Практические: Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (кол-во 70 чел.).

### Результаты исследования

При первичном обследовании пациентов преобладали следующие жалобы: наличие неприятного запаха изо рта, при чистке зубов и при приеме твердой пищи кровоточивость десен, изменение цвета десны, наличие налета (зубного камня), оголение шеек зубов, наличие пародонтальных карманов, отделяемое из десен. На основании клинических данных был поставлен диагноз ХГПЛСТ (K05.31 по МКБ-10).

Всем пациентам было проведено комплексное пародонтальное лечение: обучение и контроль правильной гигиены полости рта, выбор индивидуальных средств гигиены, общая и местная антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, местная и общая иммунокоррекция, фитотерапия (ротовые ванночки с отварами ромашки, шалфея, коры дуба и др.), удаление разрушенных зубов, физиотерапевтическое лечение. Пациентам была осуществлена профессиональная гигиена полости рта аппаратом Vector (Германия)[3,4].

Объективно у всех пациентов обеих групп преобладала цианотичность десневых сосочков и края десны, подвижность отсутствует, отмечается кровоточивость, рыхлая консистенция десны, наличие пародонтальных карманов и серозно-гнойный экссудат. Наблюдается значительное количество налета и зубного камня в большей степени поддесневого. При проверке гигиены по-

Таблица 1. Индексная оценка до лечения

индекс	возраст	1 группа	2 группа
<b>Гигиенические</b>			
ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S)	20–35 лет	1,9	1,7
	35–45 лет	2,3	2,3
	45–60 лет	2,3	2,5
Индекс эффективности гигиены PHP (Podshadley, Haley, 1968)	20–35 лет	1,5	1,4
	35–45 лет	1,5	1,6
	45–60 лет	1,7	1,7
Индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях API (Lange, 1977)	20–35 лет	68,9%	71,2%
	35–45 лет	73,2%	74,5%
	45–60 лет	76,8%	76,7%
<b>Пародонтальные</b>			
Индекс РМА	20–35 лет	52,0%	52,2%
	35–45 лет	59,7%	58,7
	45–60 лет	57,7%	57,0%
Индекс СРITN (ВООЗ, 1989)	20–35 лет	2,9	3,2
	35–45 лет	3,0	2,8
	45–60 лет	3,1	3,2
Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971)	20–35 лет	1,4	1,6
	35–45 лет	1,7	1,6
	45–60 лет	2,1	2,2
Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel –пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.)	20–35 лет	3,8	3,9
	35–45 лет	4,0	4,0
	45–60 лет	4,0	4,1

лости рта значение индекса API (Lange, 1977) и индекса PHP (Podshadley, Haley, 1968) показало недостаточный уровень гигиены. Индексную оценку проводили до лечения, на 3-й день, через 7 дней, через 1 месяц, через 6 месяцев и через 1 год

На начальном этапе лечения всем представителям 2-х исследуемых групп была произведена индексная оценка. (табл. 1)

При анализе полученных данных мы столкнулись с весомой разницей показателей у «старшей» группы, по сравнению с «молодой». Что может свидетельствовать о прямой зависимости значения индекса от возраста пациента[7].

Улучшение клинического состояния десны отмечалась уже на второе посещение (через 3 дня), что свидетельствовало о снижении уровня кровоточивости десны индекс Muhlemann и по продолжению нашего лечения снижался. Все пациенты обеих групп отмечали значительное улучшение[7,8]. Большинство пациентов не предъявляло жалоб. У всех пациентов отмечалось уменьшение уровня гигиенических индексов. Согласно нашим наблюдениям после проведения лечебных мероприятий снизилось не только распространённость ХГП, а так же интенсивность воспалительного процесса[15].

Если до проведения лечебных мероприятий средняя групповая индексная оценка составляла: ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 2,2; во 2-й 2,2; Индекс эффективности гигиены PHP (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 1,6; во 2-й 1,6; Индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 73,0%; во 2-й 74,1%; Индекс РМА в 1-й 56,5%; во 2-й 55,9%; Индекс СРITN (ВООЗ, 1989) в 1-й 3,0; во 2-й 3,1; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 1,7; во 2-й 1,8; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel –пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 3,9; во 2-й 4,0.

Уже на 3 день исследования (второе посещение) средняя групповая индексная оценка составляла: ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 0,5; во 2-й 0,6; Индекс эффективности гигиены PHP (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 0,5; во 2-й 0,5; Индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 24,3%; во 2-й 24,3%; Индекс РМА в 1-й 27,9%; во 2-й 28,5%; Индекс СРITN (ВООЗ, 1989) в 1-й 2,1; во 2-й 2,4; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 0,8; во 2-й 0,9; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel –пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 1,3; во 2-й 1,3. (рис. 1)

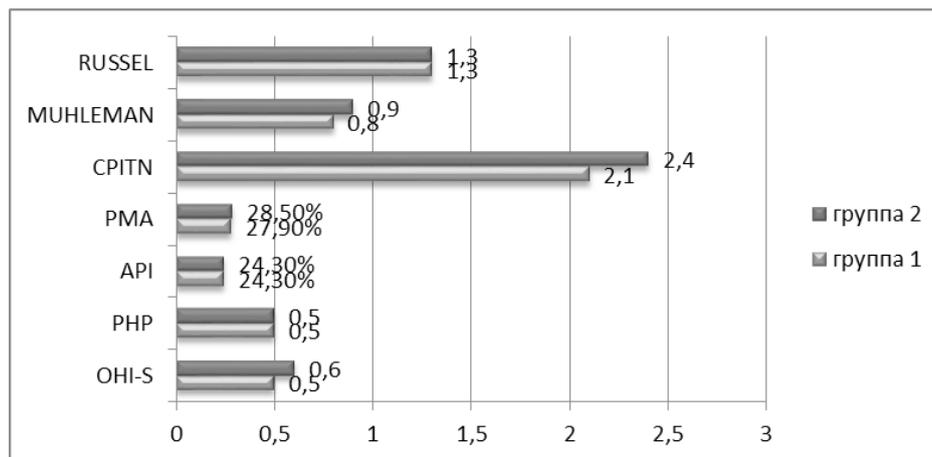


Рис. 1. Изменения средней индексной оценки 1 и 2 группы через 3 дня

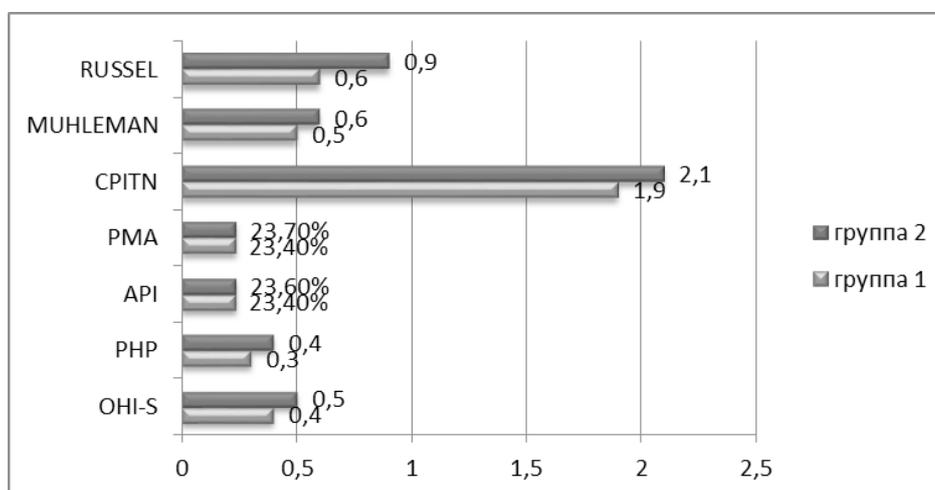


Рис. 2. Сравнительная индексная оценка через 7 дней после начала лечения

Через 7 дней (третье посещение) проведенного лечения произошло закрепление результатов в виде небольшого снижения значений индексов 1 (основной), группы (проводилось лечение с применением активированной тромбоцитами аутоплазмы), и у 2 (контрольной) группы [1,2].

При анализе через 7 дней средняя групповая индексная оценка составляет: ИГР-У по J.C.Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 0,4; во 2-й 0,5; Индекс эффективности гигиены РНР (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 0,3; во 2-й 0,4; Индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 23,4%; во 2-й 23,6%; Индекс РМА в 1-й 23,4%; во 2-й 23,7%; Индекс CPITN (BOOЗ, 1989) в 1-й 1,9; во 2-й 2,1; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 0,5; во 2-й 0,6; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel – пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 0,6; во 2-й 0,9 (рис. 2).

Обратное незначительное увеличение произошло через 1 и 6 месяцев в границах норм оптимальной гигиены.

Через 1 месяц после проведения лечебно-профилактических мероприятий в 1 группе пациентов (70 пациента) зубной налет вновь образовался у 7 человек (10%), во 2 группе (32 пациента) у 4 человек (12,5%) [4,6].

При анализе полученных данных через 1 месяца средняя групповая индексная оценка составляла ИГР-У по J.C.Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 0,5; во 2-й 0,6; Индекс эффективности гигиены РНР (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 0,5; во 2-й 0,7; Индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 23,7%; во 2-й 24,6%; Индекс РМА в 1-й 26,6%; во 2-й 25,7%; Индекс CPITN (BOOЗ, 1989) в 1-й 2,0; во 2-й 2,3; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 0,6; во 2-й 0,9; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel – пародонтологического

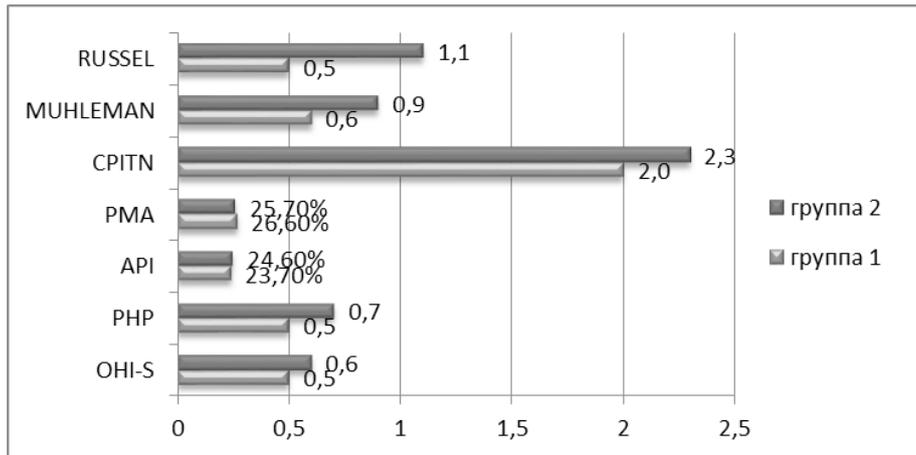


Рис. 3. Сравнительная индексная оценка через 1 месяц после начала лечения

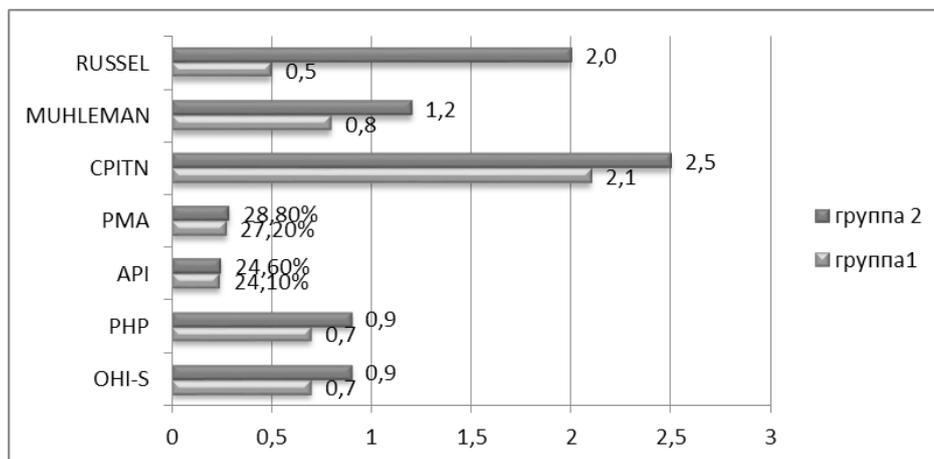


Рис. 4. Сравнительная индексная оценка через 6 месяцев после начала лечения

индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 0,5; во 2-й 1,1(рис.3).

Через 6 месяцев от начала исследований в 1 группе зубной налет вновь образовался у 9 человек (12,85%), а зубной камень у 3 человек (4,28%); тогда как во 2 группе зубной налет образовался у 12 человек (37,5%), а зубной камень у 5 человек (15,62%). Кровоточивость десны в первой группе вновь появилась у 3 человек (4,28%) (представители 45–60 возрастной группы); во второй группе 12 человек (37,5%)

Так же мы стали наблюдать незначительное увеличение показателей у 2 (контрольной) группы, по сравнению с 1 группой. ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 0,7; во 2-й 0,9; Индекс эффективности гигиены РНР (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 0,7; во 2-й 0,9; Индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 24,1%; во 2-й 24,6%; Индекс РМА в 1-й 27,2%; во 2-й 28,8%; Индекс CPITN (BOO3, 1989) в 1-й

2,1; во 2-й 2,5; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 0,8; во 2-й 1,2; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel – пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 0,5; во 2-й 2,0.(рис.4)

При обследовании пациентов через 1 год (контрольное исследование) после начала лечения, наблюдался стабильный показатель у 1 группы: зубной налет вновь образовался у 11 человек (15,71%), зубной камень у 4 человек (5,71%); кровоточивость десны вновь появилась у 4 человек (5,71%) (3 представителя 45–60 возрастной группы и 1 представитель 35–45 возрастной группы). Тогда как во 2 группе зубной налет образовался у 14 человек (43,75%), а зубной камень у 8 человек (25%); кровоточивость десны вновь появилась у 14 человек (43,75%) (7 представителя 45–60 возрастной группы, 4 представителя 35–45 возрастной группы и 3 представителя 20–35 возрастной группы).

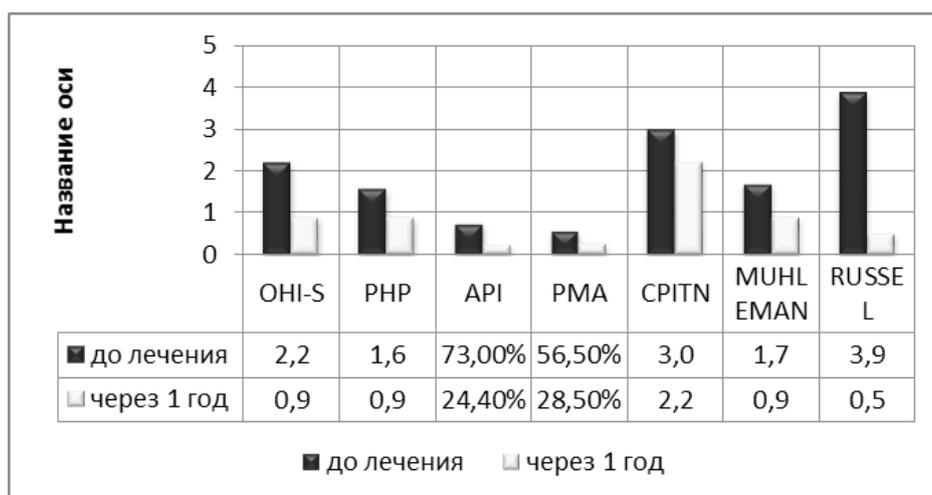


Рис. 5. Средняя индексная оценка 1 группы до лечения и через 1 год.

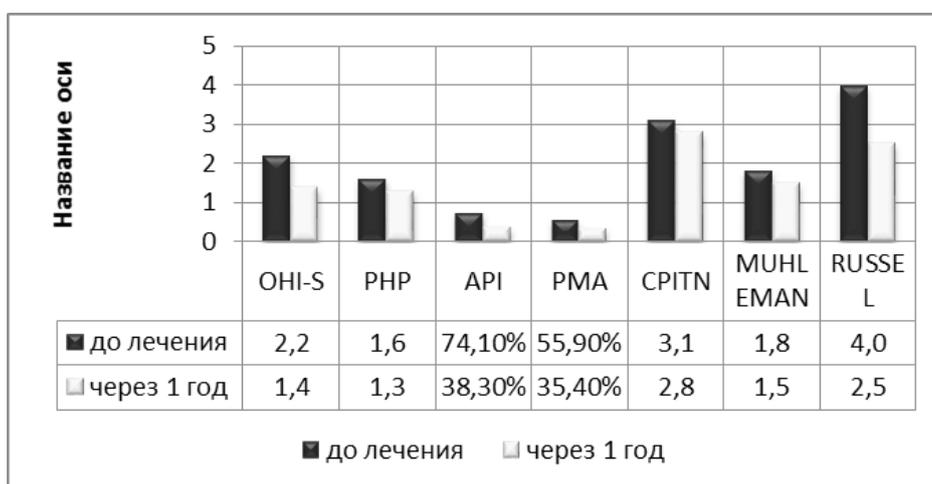


Рис. 6. Средняя индексная оценка 2 группы до лечения и через 1 год.

Оценивая эффективность лечения обеих групп (образование зубного налета и камня) через 1 год можно сделать вывод, что частота повторного обращения в первой группе составила 15 чел (21,4%), во второй группе 22 чел (68,75%).

При анализе полученных данных через 1 год средняя групповая индексная оценка составляла ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе 0,9; во 2-й 1,4; Индекс эффективности гигиены PHP (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 0,9; во 2-й 1,3; Индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 24,4%; во 2-й 38,8%; Индекс PMA в 1-й 28,5%; во 2-й 35,4%; Индекс CPITN (BOO3, 1989) в 1-й 2,2; во 2-й 2,8; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й 0,9; во 2-й 1,5; Определение модифицированного пародонтального индекса по Russel – пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А. Ипполитов,

2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й 0,5; во 2-й 2,5.

Индексная оценка уменьшилась у ИГР-У по J.C. Green — J.R. Vermillion (1964) (OHI-S) в 1 группе в 2,4 раза, что соответствует 59,01%; во 2-й в 1,5 раза, что соответствует 36,36%; Индекс эффективности гигиены PHP (Podshadley, Haley, 1968) в 1-й 1,7 раза, что соответствует 43,75%; во 2-й 1,2 раза, что соответствует 18,7%; Индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API (Lange, 1977) в 1-й 2,9 раза, что соответствует 66,5%; во 2-й в 1,9 раза, что соответствует 48,4%; Индекс PMA в 1-й в 2,0 раза, что соответствует 49,5%; во 2-й 1,5 раза, что соответствует 36,6%; Индекс CPITN (BOO3, 1989) в 1-й в 1,36 раза, что соответствует 26,6%; во 2-й в 1,1 раза, что соответствует 9,67%; Индекс кровоточивости по Muhleman H.R. (1971) в 1-й в 1,8 раза, что соответствует 47,0%; во 2-й в 1,2 раза, что соответствует 16,6%; Определение модифицированного пародонтального ин-

декса по Russel –пародонтологического индекса (А.А. Кунин, Ю.А.Ипполитов, 2003, рац. предложение № 2612 от 19.02.2003 г.) в 1-й в 7,8 раза, что соответствует 87,1%; во 2-й в 1,6 раза, что соответствует 37,5% (рис. 5; рис. 6).

Положительные клинические и визуальные показатели у 1, исследуемой, группы наблюдались уже на 3 посещение (через 7 дней) после начала лечения, что может говорить о снижении продолжительности лечения пародонтологических больных до 3 посещений [3,4,5,15].

Так же наблюдались положительные визуальные показатели у 1, исследуемой, группы которые так же подтвердились спустя 1 год после нашего лечения с применением тромбоцитарной аутоплазмы.

## Выводы

Из полученных нами данных за определенный промежуток времени (3дня, 7дней, 1 месяц, 6 месяцев и 1 год) мы получили довольно ясную динамику нашего лечения с последующим периодом ремиссии. Наблюдалось резкое снижение всех индексных показателей у 1(исследуемой) и 2 (контрольной) групп на 3 день исследования, через 7 дней снижение также было у обеих групп, но незначительное. Через 1 месяц исследования показатели 1 группы остались на том же уровне что и ранее, тогда как показатели 2 группы увеличились. Резкое увеличение произошло через 6 месяцев у 2 группы по сравнению с 1-й.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреас Браун, Феликс Краузе, Андреа Шиффер, Матиас Френтцен применение ультразвукового аппарата Vector при лечении пародонтита / Клиническая стоматология. — 2001. — № 3. — 62–65.
2. Ахмеров Р.Р. Регенеративная медицина на основе аутологичной плазмы. Технология Plasmolifting™. М., 2014. — 160 с.
3. Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Цыплаков Д.Э., Воробьев А.А. Технология Plasmolifting — инъекционная форма тромбоцитарной аутоплазмы для лечения хронических катаральных гингивитов // Пародонтология. — 2012. — № 4. — С. 80–84.
4. Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Цыплаков Д.Э., Овечкина М.В., Воробьев А.А. Изучение патоморфологических изменений тканей десны при лечении хронических воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта с использованием регенеративного метода Plasmolifting™ Часть I// Пародонтология. —2014. — № 4 (73). — С. 54–56.
5. Ахмеров Р.Р., Короткова О.И., Овечкина М.В., Зарудий Р.Ф., Воробьев А.А. Применение аутоплазмы, содержащей тромбоциты, в дерматокосметологии и стоматологии. Технология Plasmolifting™// Пластическая хирургия и косметология. —2013. — № 1. — С. 1.
6. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А. Клиническая оценка состояния тканей пародонта после консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени с применением методов разрушения биопленки // Пародонтология. 2015 № 1. С. 68–77.
7. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А. Опыт консервативного лечения пародонтита тяжелой степени с использованием современных методов разрушения биопленки и технологии Plasmolifting // Проблемы стоматологии. — 2014. — № 1. — С. 54–58.
8. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А., Чемикосова Т.С., Тухватуллина Д.Н. Новые возможности консервативного малоинвазивного лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2013 № 1. С. 55–59.
9. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А., Чемикосова Т.С., Тухватуллина Д.Н. Новые возможности консервативного малоинвазивного лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. — 2013. — № 1. — С. 55–59.
10. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. — М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. — 336 с.
11. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты / Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А. и др.; под ред. О.О. Янушевича. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 160 с.
12. Кузьмина, Э.М. Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения / Э.М. Кузьмина. — М., 2007. — 31 с.
13. Лемецкая, Т.И. Лечение воспалительных заболеваний пародонта: учебное пособие / Т.И. Лемецкая. — М., 1983. — 25 с.
14. Мамедов М.М. Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения разных форм течения воспалительных заболеваний пародонта // Клиническая стоматология. — 2009. — № 3. — с. 84–86.
15. Микляев С.В. Оценка эффективности применения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2016. Т. 21. Вып. 6. С. 2271–2277. DOI: 10.20310/1810-0198-2016-21-6-2271-2277
16. Микляев С.В., Леонова О.М., Глазьев В.К., Сущенко А.В., Олейник О.И. Изучение качества жизни у пациентов, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2017. Т. 22. Вып. 1. С. 187–192. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-187-192

© Микляев Станислав Валерьевич (miklaev@mail.ru),

Леонова Ольга Михайловна, Сущенко Андрей Валерьевич.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»