

Оптимизация местной терапии больных красным плоским лишаем слизистой полости рта

Ю.А. МАКЕДОНОВА*, ***, к.м.н., доцент, научный сотрудник

А.В. ПОРОЙСКАЯ**, к.м.н., доцент

И.В. ФИРСОВА*, д.м.н., доцент, зав. кафедрой

С.В. ПОРОЙСКИЙ***, д.м.н., доцент, зав. лабораторией, проректор по учебной работе ВолГМУ

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

***Лаборатория моделирования патологии

ГБУ Волгоградский медицинский научный центр

Optimization of local therapy in patients with lichen planus of the oral mucosa

Yu.A. MAKEDONOVA, A.V. POROYSKAYA, I.V. FIRSOVA, S.V. POROYSKIY

Резюме

В данной работе в клинических условиях проведено изучение интенсивности, характера эпителизации, а также признаков воспалительных явлений в полости рта у пациентов с красным плоским лишаем на фоне различных методов лечения. Все пациенты были разделены на четыре группы: I группа – общепринятое медикаментозное лечение, II группа – в комплексное лечение включена композиция Тизоль с L-аргинином, III группа – в схему лечения добавлены инъекции тромбоцитарной аутоплазмы, но при этом были исключены из местной терапии аппликации кератопластиками, IV группа – на фоне местного и общего лечения применяли саморассасывающиеся пластины «КП-Пласт» («ВладМива»). Лечение и наблюдение за пациентами осуществлялось в ближайшие (1-14 дней) и отдаленные сроки (1-18 месяцев). Доказана и обоснована эффективность применения инъекций тромбоцитарной аутоплазмы при лечении больных красным плоским лишаем слизистой полости рта. При местном применении лекарственных композиций Тизоль с L-аргинином и пластин «КП-Пласт» можно достичь создания эффективной концентрации в очаге воспаления и поддержать необходимую концентрацию в течение необходимого периода времени, в несколько раз сокращая расход лекарственного средства, и достичь его дозирования, получая при этом лечебный эффект.

Ключевые слова: красный плоский лишай, Тизоль, КП-Пласт, тромбоцитарная аутоплазма, лечение.

Abstract

In this study, conducted in a clinical setting the intensity of the study, the nature of epithelialization as well as signs of inflammation in the oral cavity in patients with lichen planus on the background of different treatments. All patients were divided into 4 groups: I group – conventional medical treatment, II of the group – in the complex treatment including compositions TIZOL with L-arginine, III group – in the treatment regimen added injection of platelet autoplasm, but were excluded from the local therapy keratoplasty applications, IV group – against a background of local and general treatment applied bioresorbable plates «KP-Plast» («VladMiva»). Treatment and monitoring of patients was carried out in the next (1-14 days) and long-term period (1-18 months). Proved and proved the effectiveness of injections of platelet autoplasm in the treatment of patients with lichen planus of the oral mucosa. The local application of medicinal compositions TIZOL with L-arginine and plates «KP-Plast» can be achieved by creating an effective concentration in the inflammation and maintain the required concentration for the desired period of time, several times reducing medicament flow and reach its dispensing to give therapeutic effect.

Key words: lichen planus, TIZOL, KP-Plast, platelet autoplasm treatment.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) является красный плоский лишай (КПЛ), который характеризуется рецидивирующим, упорным течением с проявлением многообразия форм [5]. Значительный процент проявления в полости рта

КПЛ вынуждает больных обращаться за помощью к стоматологу. Лечение КПЛ всегда представляет трудную задачу [9]. Создание большого количества новых высокоэффективных лекарственных средств обусловлено достижениями современной медицины в профилактике и лечении многих

тяжелых заболеваний, как в общей, так и в стоматологической практике [7]. Наряду с успехами появились новые проблемы: чем выше активность препарата, тем больше у него побочных эффектов. Обеспокоенность врачей и пациентов вызывает значительный рост осложнений от лекарственной терапии, что побуждает искать альтернативные методы лечения. Важными мероприятиями, обеспечивающими успех лечения, считаются сократить сроки регенерации поврежденной СОПР, частоту рецидивов [2].

В последние годы появились новаторские технологии – различные методики направленной регенерации тканей [1]. Используются клеточные культуры, которые повышают активность регенеративных процессов – фибробласты, тромбоцитарная плазма. Использование тромбоцитарной аутоплазмы для ускорения роста соединительной ткани стало настоящим прорывом в геронтостоматологии [6].

Основной проблемой местного применения лекарственных композиций является проблема создания эффективной концентрации в очаге воспаления и поддержания такой концентрации в течение необходимого для лечения периода времени [10]. Для решения поставленной задачи в способе местного лечения КПЛ СОПР, включающем нанесение на очаг поражения лекарственной композиции Тизоля с L-аргинином. Тизоль (аквакомплекс глицеросольвата титана) обладает противовоспалительным, антисептическим, дегидратирующим, местным анальгезирующим действием. Высокая способность Тизоля к транскутанной диффузии позволяет глубоко проникать и доставлять в ткани патологического очага необходимый лекарственный препарат – L-аргинин. Он, будучи высокореактивным и нестабильным соединением, является универсальным регулятором физиологических функций и мощным вазодилататором, обладает аутокринным и паракринным действием, способен оказывать влияние на биохимические и физиологические процессы не только в клетке, в которой он синтезирован, но и в соседних клетках. В гелевой композиции тизоля с L-аргинином указанные препараты потенцируют действие друг друга, позволяют достичь ускорения эпителизации. Послойность нанесения лекарственной композиции Тизоля с L-аргинином обеспечивает оптимальную концентрацию для создания высокого лечебного эффекта за счет постепенного проникновения лекарственной композиции в слизистую оболочку. В очаге поражения создается постоянное депо лекарственной композиции, обеспечивающее пролонгированное воздействие L-аргинина, что стимулирует эпителизацию [11].

Следует отметить, что все большую популярность в геронтостоматологии приобретают пластины, предназначенные для лечения и профилактики воспалительных заболеваний полости рта [4]. Саморассасывающиеся пластины «КП-Пласт» («ВладМива»), содержащие биоксидантный комплекс (витамин С, Е, бета-каротин), защищают клеточные структуры мягких тканей полости рта от разрушения свободными радикалами, ускоряют процесс заживления ран, способствуют снижению проницаемости соединительной ткани и клеток капилляров, эффективно снимают отечность и делают ткани слизистой полости рта недоступными для проникновения инфицированных агентов. Также они оказывают антисептическое, противовоспалительное, антиаллергенное и дезодорирующее действие и способствуют усилению регенераторных процессов слизистой оболочки ротовой полости [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить в клинических условиях интенсивность, характер эпителизации, а также признаки воспалительных явлений в полости рта у пациентов с КПЛ на фоне различных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 120 пациентов с диагнозом «красный плоский лишай СОПР» в возрасте от 38 до 65 лет, которые по способу лечения были рандомизированы на четыре равных группы: I группа (основная) – в терапии которых будет проводиться общепринятое медикаментозное лечение (масляный раствор витамина А, аппликации Целестодерм и Солкосерил 1:1); II группа (сравнения) – в комплексном лечении планируется применять аппликации композиции Тизоля с L-аргинином; III группа (сравнения) – в схему лечения которых будет включена аутогемотерапия в виде инъекций (Plasmoliftingtm), но при этом будут исключены из комплексного лечения аппликации кератопластиками, для изучения регенеративных свойств тромбоцитарной аутоплазмы, IV группа (сравнения) – в схему комплексного лечения включены пластины «КП-Пласт» («ВладМива»).

Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, коррекция окклюзионных контактов, местная терапия включала аппликационное обезболивание (Лидоксор гель), антисептические (0,05% раствор хлоргексидина), аппликации протеолитических ферментов (0,1% раствор трипсина), кератопластики (солкосерил). В ходе комплексного обследования и лечения все пациенты прошли консультации у смежных специалистов. Общее лечение состояло в назначении иммуномодуляторов (Имудон), препаратов, улучшающих функциональное состояние периферического кровотока (Вазотон), седативных средств (Тенотен). Особое внимание уделялось санации полости рта и при необходимости устранению таких провоцирующих факторов как острые края зубов, наличие разрушенных зубов, а также протезов, изготовленных из разнородных металлов и амальгамовых пломб. При осмотре непосредственно слизистой оболочки полости рта особое внимание обращалось на элементы поражения, их локализацию, распространенность, цвет, выраженность, существуют ли они постоянно или регрессируют и каким образом, на наличие признаков воспаления и присоединения вторичной инфекции. Для оценки характера боли и сроков ее исчезновения использовали показатель индекса боли (ПИБ) по шкале Хоссли-Бергмана. Для измерения размеров пораженной поверхности в полости рта использовали специальное устройство в виде стоматологического зеркала, содержащее прозрачную пластинку с нанесенной на нее градуированной сеткой [8].

Критерии включения пациентов в исследование:

1. Верификация диагноза: красный плоский лишай СОПР.
2. Информированное согласие пациентов.
3. Пациенты в возрастной категории от 38 до 65 лет.

Критерии исключения пациентов из исследования:

1. Отсутствие информированного согласия пациентов.
2. Злокачественные новообразования общие и местные.
3. Психические заболевания.
4. Системные заболевания крови.
5. Аллергические реакции на антикоагулянты (гепарин).

Наблюдение и лечение проводилось ежедневно в течение 1-14 дней, а также по мере восстановления репаратив-

Таблица 1. Среднее значение показателей болевого симптома, в баллах

Сроки лечения	I группа	II группа	III группа	IV группа
До лечения	3,03 ± 0,10			
3 день	2,8 ± 0,1	2,13 ± 0,10	2,0 ± 0,1	2,70 ± 0,17*
7 день	2,3 ± 0,1	0,8 ± 0,1	1,50 ± 0,09	1,60 ± 0,09
10 день	1,0 ± 0,1	0,30 ± 0,08	0,30 ± 0,08	0,60 ± 0,09
14 день	0,57 ± 0,10	0*	0	0,20 ± 0,07

*достоверность различий $p < 0,05$ между группами сравнений

ной функции исследуемой ткани. Результаты оценивались на 3-й, 7-й, 14-й день лечения, а также спустя 1, 3, 6, 12 и 18 месяцев после лечения. Для оценки отдаленных результатов лечения учитывали увеличение или сокращение сроков ремиссии и рецидивов на протяжении 18 месяцев.

Данные, полученные в результате исследований, обрабатывали вариационно-статистическим методом на IBM PC/AT Pentium-IV в среде Windows 2000 с использованием пакета прикладных программ Statistica 6 (Statsoft-Russia, 1999) и Microsoft Excel Windows 2000. Статистический анализ проводился методом вариационной статистики с определением средней величины (M), ее средней ошибки ($\pm m$), оценки достоверности различия по группам с помощью критерия Стьюдента (t). Различие между сравниваемыми показателями считалось достоверным при $p < 0,01$, $t \geq 2$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До начала лечения у всех пациентов наблюдалась следующая клиническая картина. На гиперемизированной, отечной слизистой оболочки щек, языка, по десневому краю, в ретромолярной области и на твердом небе имелись болезненные эрозии размером в среднем $1,40 \pm 0,06$ см, с отсутствием фибринозного налета у 25 пациентов (20,8%), у 5 пациентов (4,2%) фибринозный налет легко снимался, у остальных пациентов трудно снимающийся фибринозный налет. Эрозии, спонтанно кровоточащие в 26,7% (32 человека) случаев, кровоточащие при зондировании в 60% (72 пациента) случаев, в остальных случаях кровоточивость отсутствовала. До начала лечения все пациенты отмечали интенсивную и сильно выраженную боль $3,03 \pm 0,10$ балла. Рельеф поверхности слизистой оболочки полости рта был ровный или мелкобугристый, ороговение разной степени выраженности, ангиоархитектоника в виде крапа, полос и петлевидных сосудов, отмечалось наличие некротических изменений.

На 3-й день наблюдения и лечения клиническая картина в некоторых группах существенно отличалась от показателей до начала местной терапии. Так, пациенты II (в схему лечения включен Тизоль с L-аргинином) и III групп (методика Plasmoliftingtm) отмечали уменьшение боли при приеме пищи ($2,13 \pm 0,10$ и $2,0 \pm 0,1$ баллов соответственно, что было достоверно ниже по отношению как к показателям до лечения, так и по отношению к I и IV группам сравнения), чувства жжения, «стянутости» слизистой полости рта и улучшение общего состояния. В I (стандартное лечение) и IV (в схему лечения добавлены аппликации КП-Пласт) группах показатель боли снизился, но не существенно ($2,8 \pm 0,1$ и $2,7 \pm 0,1$ баллов соответственно). Размер эрозивно-язвенных поражений полости рта также достоверно уменьшился во II и III группах и составил $0,99 \pm 0,01$ см и $0,88 \pm 0,01$ см соответственно. Данный показатель отражает бо-

лее раннее начало эпителизации поврежденной соединительной ткани в данных группах. В I и IV группах размер эрозий уменьшился, но незначительно и составил $1,29 \pm 0,01$ см и $1,25 \pm 0,01$ см соответственно. Следует отметить, что во всех группах сравнения спустя трое суток уменьшились отек, гиперемия, кровоточивость. В контрольной группе признаки воспаления сохранялись.

Спустя неделю на фоне местной терапии у пациентов всех групп были получены следующие данные. Среднее значение показателей болевого симптома отражено в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что у пациентов, в курс лечения которых включены аппликации Тизоль с L-аргинином, отмечалась слабая боль. По всей видимости, это связано с противовоспалительным, анальгезирующим свойством лекарственного препарата. В III и IV группах также отмечается достоверное уменьшение показателей болевого симптома, пациенты отмечали умеренную боль. У пациентов контрольной группы до 7 дня лечения сохранялись жалобы на боль, жжение и дискомфорт в полости рта, но более умеренные, по сравнению с первичным обращением – $2,3 \pm 0,1$ балла. На 10 и 14 день средние балльные показатели болевого синдрома составили $1,0 \pm 0,1$ и $0,57 \pm 0,10$ баллов соответственно.

Регулярный контроль за состоянием пациентов также позволил зарегистрировать динамику эпителизации эрозивно-язвенных поражений (табл. 2).

У пациентов контрольной группы на слизистой оболочке полости рта сохранялись эрозии ($1,17 \pm 0,07$ см), при этом в большинстве случаев (83,3%) фибринозный налет отсутствовал. Уменьшение очагов поражения на слизистой оболочке до $0,95 \pm 0,06$ см наблюдалось к 10 дню и к 14 дню среднее значение размеров очагов поражений равнялось $0,86 \pm 0,04$ см. Окончательная эпителизация наступила к 20 дню лечения.

В группе исследования, где применялись инъекции тромбоцитарной аутоплазмы, уменьшение размеров эрозии и полная эпителизация наступила значительно раньше, по отношению как к группам сравнения, так и к контрольной группе. Так, на 10 день только у 2 человек (6,6%) размер эрозий составил 0,02 см, у остальных отмечалась полная эпителизация. Данный результат доказывает высокие регенеративные способности тромбоцитарной аутоплазмы.

После курса лечения с применением аппликаций Тизоль с L-аргинином у всех больных к 7 дню лечения отмечено уменьшение в диаметре эрозий до $0,58 \pm 0,02$ см. Через 10 дней средний размер эрозивно-язвенных поражений равнялся $0,47 \pm 0,02$ см. При применении саморассасывающихся пластин «КП-Пласт» также наблюдалась положительная динамика в уменьшении диаметра эрозивных поражений полости рта. К 14 дню исследований отмечалась полная эпителизация очагов поражения у пациентов II и IV групп.

Таблица 2. Динамика эпителизации эрозивно-язвенных поражений, см

Сроки лечения	I группа	II группа	III группа	IV группа
До лечения	1,40 ± 0,06			
3 день	1,29 ± 0,01	0,99 ± 0,01	0,88 ± 0,01	1,25 ± 0,01
7 день	1,17 ± 0,01	0,58 ± 0,01	0,60 ± 0,01	0,82 ± 0,01
10 день	0,95 ± 0,01	0,47 ± 0,01	0,010 ± 0,009	0,62 ± 0,09
14 день	0,86 ± 0,01	0	0	0

Также следует отметить, что у пациентов всех групп сравнения практически отсутствовали отек, гиперемия, кровоточивость, фибриновый налет и некротические изменения в полости рта уже на 7 день лечения. Объективный анализ клинической картины у пациентов основной группы выявил снижение гиперемии слизистой: слабая гиперемия у 19 пациентов (63%) была достигнута на 7 сутки и отсутствие гиперемии к 14 дню лечения у всех пациентов в данной группе.

Эффективность лечения оценивалась также и на основании отдаленных результатов наблюдения за пациентами. Результаты курса местного лечения свидетельствуют о положительном клиническом эффекте, о котором можно судить по срокам ремиссии для различных групп исследования (табл. 3).

У больных III группы срок ремиссии удлинялся до 11,8 ± 1,1 мес., отмечены быстрое исчезновение гиперемии, сокращение площади папулезных высыпаний. Поверхность эрозий очищалась, эрозии эпителизировались в течение 7-10 дней. Следует заметить, что в данной группе, даже при отсутствии высыпаний на СОПР, инъекции тромбоцитарной аутоплазмы вводились для профилактики спустя шесть месяцев, курсом три процедуры в течение 21 дня.

В группе контроля ремиссия составила 7,8 ± 1,6 мес. Было характерно изменение слизистой оболочки рта, которая приобретала обычные цвет и вид; экссудация, отечность, застойно-гиперемизированный фон нивелировались, но медленнее, чем в основной группе. Эпителизация эрозивно-язвенных поражений наблюдалась в течение 10-14 дней.

Во II группе в гелевой композиции Тизоль с L-аргинином указанные препараты потенцируют действие друг друга, позволяют достичь ускорения эпителизации. В III группе рецидивы повторились спустя 9,2 ± 1,1 мес.

Выводы

Общепринятое медикаментозное лечение согласно стандартной схеме имеет свои недостатки, так как при местном воздействии невозможно достичь создания депо лекарственного средства в очаге поражения, за счет незначительной адгезии медикаментов к пораженному участку, высокой растворимости в ротовой жидкости, неудобства в использовании. Кроме того, отмечается лишний расход препарата. Создается недостаточная концентрация лекарственного препарата в очаге поражения и, как следствие, ограниченный лечебный эффект.

Таблица 3. Сроки обострения, месяцы

Сроки лечения	Стандарт	Тизоль	Плазмолифтинг	КП-Пласт
18	7,8 ± 1,6	9,5 ± 1,3	11,8 ± 1,1	9,2 ± 1,1

На основании полученных данных можно судить о высокой репаративной способности тромбоцитарной аутоплазмы, как за счет сокращения сроков эпителизации, так и за счет достижения стойкой ремиссии. Композиция Тизоль с L-аргинином и применение пластин «КП-Пласт» также позволяют создать депо лекарственного средства в очаге поражения, что свидетельствует об их высокой клинической эффективности, что подтвердилось достоверным снижением показателей данных симптомов по отношению к группе контроля. Аллергических реакций и осложнений при проведении лечения не отмечалось.

При применении инъекций тромбоцитарной аутоплазмы в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений полости рта качество жизни имеет достоверно лучшие показатели, стабильно сохраняющиеся на весь срок наблюдения, с сохранением достоверного преимущества. Использование аутогемотерапии является эффективным и безопасным средством комплексного стоматологического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Во всех группах наблюдения отсутствовали побочные эффекты, аллергические и негативные реакции со стороны пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуляева О. А., Тухватуллина Д. Н., Солодкий В. Г. Применение тромбоцитарной аутологичной плазмы в комплексном лечении и профилактике гингивита у пациентов с несъемными ортодонтическими конструкциями // Пародонтология. 2016. Т. 21. №2 (79). С. 29-34.
2. Guljaeva O. A., Tuhvatullina D. N., Solodkij V. G. Primenenie trombocitarnoj autologichnoj plazmy v kompleksnom lechenii i profilaktike gingivita u pacientov s nes#emnymi ortodonticheskimi konstrukcijami // Parodontologija. 2016. T. 21. №2 (79). S. 29-34.
3. Журавлева М. В., Фирсова И. В., Воробьев А. А., Македонова Ю. А., Федосеева Е. А. Немедикаментозные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2015. Т. 20. №1 (74). С. 65-67.
4. Zhuravleva M. V., Firsova I. V., Vorob'ev A. A., Makedonova Ju. A., Fedoseeva E. A. Nemedikamentoznye metody lechenija vospalitel'nyh zabolevanij parodonta // Parodontologija. 2015. T. 20. №1 (74). S. 65-67.
5. Македонова Ю. А., Федосеева Е. А., Фирсова И. В., Заводовский Б. В., Марымова Е. Б. Эффективность пародонтологического лечения пациентов с недостаточностью витамина D // Пародонтология. 2016. №1. С. 60-62.
6. Makedonova Ju. A., Fedoseeva E. A., Firsova I. V., Zavadovskij B. V., Marymova E. B. Effektivnost' parodontologicheskogo lechenija pacientov s nedostatochnost'ju vitamina D // Parodontologija. 2016. №1. S. 60-62.
7. Македонова Ю. А., Федотова Ю. М., Фирсова И. В., Порожский С. В. Эффективность стоматологического лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта // Пародонтология. 2016. Т. 21. №2 (79). С. 61-64.
8. Makedonova Ju. A., Fedotova Ju. M., Firsova I. V., Porojskij S. V. Effektivnost' stomatologicheskogo lechenija pacientov s krasnym ploskim lishaem slizistoj polosti rta // Parodontologija. 2016. T. 21. №2 (79). S. 61-64.

5. Сирак С. В., Чеботарев В. В., Сирак А. Г., Киржинова Е. М., Ханова С. А. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: возможности местного лечения на фоне общей терапии // Пародонтология. 2015. Т. 20. №1. С. 26-30.

Sirak S. V., Chebotarev V. V., Sirak A. G., Kirzhinova E. M., Hanova S. A. Krasnyy ploskiy lishay slizistoy obolochki polosti rta: vozmozhnosti mestnogo lecheniya na fone obshchej terapii // Parodontologiya. 2015. T. 20. №1. S. 26-30.

6. Солодкий В. Г., Овечкина М. В. Применение тромбоцитарной аутологичной плазмы в практике хирургической стоматологии // Пародонтология. 2016. Т. 21. №3 (80). С. 62-66.

Solodkij V. G., Ovechkina M. V. Primenenie trombocitarnoj autologichnoj plazmy v praktike hirurgicheskoy stomatologii // Parodontologiya. 2016. T. 21. №3 (80). S. 62-66.

7. Фирсова И. В., Воробьев А. А., Македонова Ю. А., Журавлева М. В., Мокрова Е. А. Экспериментальная модель для исследования влияния метода комбинированного плазмолифтинга на слизистую оболочку полости рта // Пародонтология. 2015. №3 (76). С. 28-33.

Firsova I. V., Vorob'ev A. A., Makedonova Yu. A., Zhuravleva M. V., Mokrova E. A. Eksperimental'naja model' dlja issledovanija vlijaniya metoda kombinirovannogo plazmoliftinga na slizistuyu obolochku polosti rta // Parodontologiya. 2015. №3 (76). S. 28-33.

8. Фирсова И. В., Порожский С. В., Македонова Ю. А., Федотова Ю. М. Устройство для измерения размеров пораженной поверхности в полости рта // Патент на изобретение. №166417. 07.11.2016 (RUS).

Firsova I. V., Porojskij S. V., Makedonova Ju. A., Fedotova Ju. M. Ustrojstvo dlja izmerenija razmerov porazhennoj poverhnosti v polosti rta / Patent na izobretenie. №166417. 07.11.2016 (RUS).

9. Makedonova Iu. A., Firsova I. V., Temkin E. S., Poroiskii S. V., Mikhilchenko D. V. Justification of the effectiveness of Plasmolifting™ procedure in treatment of patients with erosive and ulcerative lesions of the oral cavity // Research Journal of Medical Sciences. 2016. Vol. 10 (3). P. 64-68. – <http://medwelljournals.com/abstract/?doi=rjmsci.2016.64.68>.

10. Firsova I. V., Makedonova Iu. A., Mikhilchenko D. V., Poroiskii S. V., Sirak S. V. Clinical and experimental study of the regenerative features of oral mucosa under autohemotherapy // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2015. Vol. 6 (6). P. 1711-1716.

11. Makedonova Iu. A., Firsova, I. V., Mikhilchenko D. V., Poroiskii S. V., Koshel I. V., and Trigolos N. N. Studying clinical and pathomorphological changes in gingival tissues when applying platelet-rich autoplasmal regenerative method // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2016. Vol. 7 (4). P. 2661-2666.

Поступила 26.06.2017

Координаты для связи с авторами:

400005, г. Волгоград, ул. Герцена, д. 10

mihai-m@yandex.ru



«Болезни пародонта» (пособие для пациентов)

Автор: А.Ю. Февралева

КНИЖНАЯ ПОЛКА

представляет брошюру в помощь врачу при работе с пациентом

(издание четвертое)

48 страниц,

более 50 фотографий.

Брошюра содержит страницу пациента, где размещаются график посещений, рекомендации и назначения врача. Врач наглядно может объяснить причины возникновения, профилактику и этапы лечения заболеваний пародонта.

**Издание максимально
повысит знания вашего пациента
о заболеваниях пародонта.**

ООО «Поли Медиа Пресс»

Заказ: +7 (495) 781-28-30, 956-93-70, +7 (499) 678-26-58, +7 (903) 969-07-25

E-mail: dostavka@stomgazeta.ru