

у тканинах пародонту [77, 8], але й як активні лікувальні засоби. Отримані результати збігаються з висновками А.И. Грудянова и соавт. [1], які вказують на ефективність монокультуральної терапії навіть значно тяжчої патології пародонту, наприклад генералізованого пародонтиту на етапі його клінічної маніфестації. Окрім цього, синбіотик бактулін, як засвідчили результати власних досліджень, переважає дію пробіотичних препаратів, що розширює можливості його застосування у клінічній пародонтології.

На підставі критеріїв вибікованості патологічного процесу в пародонті після його корекції встановлено неоднакову якісну характеристику безпосередніх результатів (табл. 3).

Як свідчать наведені дані, найбільшу кількість сприятливих результатів у хворих на хронічний катаральний гінгівіт у групі порівняння отримано у 88,1 % осіб при поліпшенні стану ясен у 11,9 % осіб. Позитивні результати після проведеного курсу лікування гінгівіту у хворих першої групи за критерієм „нормалізація” спостерігали у 92,6 % осіб і „поліпшення” у 7,4 % осіб відповідно. Ефективність комбінованого застосування про- і пребіотиків була дуже високою, її клінічне випробування у вигляді препарату бактулін приводило до виздоровлення практично всіх хворих (98,3%). Погіршення стану ясен після лікування біопрепаратами не спостерігали.

Висновки. Аналіз результатів клінічних досліджень безпосередньо після проведеного комплексного лікування засвідчив високу терапевтичну ефективність монокультуральних біопрепаратів на основі пробіотичних біфідобактерій і лактобацил порівняно із загальноновживаними лікарськими засобами, особливо при їх поєднанні з пребіотиком інуліном в якості синбіотика бактулін [3]. Фармакологічна корекція патологічного процесу у пародонті дозволила швидко призупинити загострений перебіг запалення і в подальшому лікувати запалення.

Список літератури

1. Грудянов А.И. Применения таблетированных форм пробиотиков Бифидумбактерина и Ацилакта в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта /А. И. Грудянов, Н.А. Дмитриева // Стоматология. – 2002. – № 1. – С. 39-43.
2. Кухта С.Й. Застосування композицій з метронідазолом і лінкоміцином у лікуванні пародонтитів /С.Й. Кухта, Ю.В. Сулим, Л.М. Пінязко // Практична медицина. – 1999. – № 5-6. – С. 66-67.
3. Левицкий А.П. Инулин – пища для бактерий, лекарство для людей / А.П. Левицкий. – Одесса: ОГТ, 2003. – 28 с.
4. Мазур І.П. Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань пародонта при порушенні системного кісткового метаболізму: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.00.22 /І.П. Мазур. Одеса, 2006. – 32 с.
5. Машенко И.С. Дисбиоз полости рта у больных генерализованным пародонтитом с нестойкими результатами комплексной терапии /И.С. Машенко, К.В. Скидан // Вісн. стоматології. – 2006. – № 3. – С. 37-40.
6. Пародонтит /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: МЕДпресс, 2007. – 504 с.
7. Пиндус Т.О. Тактика диференційованого лікування генералізованого катарального гінгівіту, що базується на ранній ідентифікації пародонтопатогенної мікрофлори: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 /Т.О. Пиндус. – Івано-Франківськ, 2006. – 20 с.
8. Скидан К.В. Обґрунтування застосування пробіотиків для профілактики загострення генералізованого пародонтиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук /К.В. Скидан. – Одеса, 2007. – 20 с.

9. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: [методические рекомендации] /А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, И.А. Селиванская и др. – К., 2007. – 23 с.

REFERENCES

1. Grudyanov A. I., Dvitiyeva N.A. Applications tablet forms of probiotics and Bifidumbacterin atsilakt in treatment of inflammatory periodontal diseases. Stomatologiya. 2002; 1 : 39-43.
2. Kukhta S.Y, Sulim Yu.V., Pinyazhko L.M. The use of the composition of lincomycin and metronidazole in the treatment of periodontitis. Praktichna medicina. 1999; 5-6 : 66-67.
3. Levitskiy A.P. Inulin – pishcha dlya bakteriy, lekarstvo dlya [Inulin - food for bacteria, medicine for people]. Odessa, OGT, 2003 : 28.
4. Mazur I.P. Kliniko-patogenetichni osoblivosti perebigy zakhvoryuvan' parodonta pri porushenni sistemnogo kistkovogo metabolizmu [Clinical and pathogenetic peculiarities of periodontal diseases in violation of systemic bone metabolism]. Abstract of dissertation for doctor of medical sciences. Odessa 2006: 32.
5. Mashchko I.S., Skidan K.V. Dysbiosis oral cavity in patients with generalized periodontitis with unstable results of complex therapy. Visnyk stomatologii. 2006; 3 : 37-40.
6. Pod red. prof. L.A. Dmitriyevoy. Parodontit [Periodontitis]. Moscow, MEDpress, 2007 : 504.
7. Pindus T. O. Taktika diferentsiyovanogo likuvannya generalizovanogo kataral'nogo gingivitu, shcho bazuyetsya na ranniy identifikatsii parodontopatogennoi mikroflori [Tactics differentiated treatment of generalized catarrhal gingivitis, based on early identification of parodontopathogenical microorganisms]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Ivano-Frankivs'k 2006 : 20 c.
8. Skidan K. V. Obgruntuvannya zastosuvannya probiotukiv dlya profilaktiki zagostrennya generalizovanogo parodontitu [Rationale for the use of probiotics for the prevention of exacerbation of generalized periodontitis]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Odessa 2007 : 20 c.
9. Levitskiy A.P., Makarenko O.A., Selivanskaya I.A. i dr. Fermentativnyy metod opredeleniya disbioza polosti rta dlya skringinga pro- i prebiotikov [Enzymatic method for determining oral dysbiosis for screening pro-and prebiotics]. Kiev, 2007 : 23 .

Надійшла 23.05.14



УДК 616-036.8+616.31-083:616.314.17-008.1

А. В. Островский¹, Ю. Г. Чумакова², д. мед. н.

¹Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»,
²Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины»,

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

В статье представлено теоретическое обоснование необходимости усовершенствования методов профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта путем рационального инструментального удаления зубных

отложенный и полировки зубов, дифференцированного медикаментозного сопровождения и индивидуального подбора средств гигиены полости рта.

Проведенные клинические исследования показали высокую эффективность предложенного лечебно-профилактического комплекса у 88 больных с обострившимся и хроническим течением генерализованного пародонтита начальной-I, I степени, что позволило снизить интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта, сократить количество посещений и сроки лечения больных, достичь длительной стабилизации патологического процесса в тканях пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, профессиональная гигиена полости рта, лечение, хлоргексидин, Стоматофит, пробиотики.

А. В. Островський, Ю. Г. Чумакова

Державна установа «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського»

Державна установа «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України»

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

У статті наведено теоретичне обґрунтування необхідності удосконалення методів професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота у осіб молодого віку з запальними захворюваннями пародонта шляхом раціонального інструментального видалення зубних відкладень і полірування зубів, диференційованого медикаментозного супроводу та індивідуального призначення засобів гігієни порожнини рота. Проведені клінічні дослідження довели високу ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у 88 хворих із загостреним і хронічним перебігом генералізованого пародонтиту початкового -I, I ступеня, що дозволило знизити інтенсивність запального процесу в тканинах пародонта, зменшити кількість відвідувань і термін лікування хворих, досягнути тривалої стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонта.

Ключові слова: генералізований пародонтит, професійна гігієна порожнини рота, лікування, хлоргексидин, Стоматофит, пробиотики.

A. V. Ostrovskij, Yu. G. Chumakova

State Establishment “Crimean State Medical University named after S.I. Georgijevskij”

State Establishment “The Institute of Stomatology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”

THE ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE METHODS OF PROFESSIONAL AND INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

ABSTRACT

The theoretical substantiation of the necessity of improvement of the methods of the professional and individual oral hygiene in young patients with inflammatory diseases of periodontium with rational. The aim of the investigation is to evaluate the effectiveness of the offered methods of the professional and individual oral hygiene in patients with generalized periodontitis (GP) in short and long terms.

The materials and methods. 88 young patients of 18-35 years old with acute (46 ones) and chronic (42 ones) GP from initial –

I, I degree were examined. The hygienic index OHI-S (Green, Vermillion, 1960), index PMI (Shour I., Massler M., 1947), hemorrhagic diathesis test (Mühlemann J., 1971; Cowell I., 1975) and periodontal index PI (Russel A., 1956) were determined.

All patients with GP were divided into 2 groups: the main one – with the use of the elaborated complex and the group of comparison, in which the professional hygiene and basic therapy were held.

The patients with acute GP of initial – I, I degree of the main group underwent the following procedures: scaling and curettage of periodontal pockets (2-4 visits), applications to gum (Stomatophit A and gel Parodontocyd, 15 minutes); at home – toothpaste Elgidium, oral bathes with 0.12% solution of chlorhexidine (thrice a day, 7 days), rinsing Stomatophit (thrice a day, 10 days). Dental polishing was performed in 10 days.

The patients with chronic GP of initial – I, I degree of the main group underwent such procedures: scaling and curettage of periodontal pockets (2-3 visits), applications to gum (Stomatophit A, 15 minutes); at home – toothpaste Elgidium, oral bathes with 0.05% solution of chlorhexidine (thrice a day, 7 days), rinsing Stomatophit (thrice a day, 10 days). Dental polishing was held in 10 days. Probiotic BioGaja was prescribed to all the patients dozed at 1 pill/day for 14 days.

The findings. The positive dynamics of the changes of periodontal indices and tests, the mostly displayed in the patients with GP in the main group (the reduction of OHI-S, PMA, the degree of hemorrhagic diathesis, PI) was revealed.

The average number of visits among the patients with GP of the initial-I, I degree at chronic course in the group of comparison made 4.9 ± 0.2 visits, in the main group – 3.6 ± 0.1 ($p < 0.001$); at acute state in the group of comparison – 6.4 ± 0.3 visits, in the main group – 4.1 ± 0.2 ($p < 0.001$).

At the comparative analysis of the results of treatment of patients with GP in 6 and 12 months it was determined, that the most firm clinic-roentgenologic stabilization of dystrophic and inflammatory process in periodontium was achieved in the main group.

The conclusion. The clinical investigations have shown the high effectiveness of the offered complex in the patients with acute and chronic GP of the initial – I, I degree, that allowed reduction of the intensity of inflammatory process in periodontal tissues, shortening the number of visits and the terms of the treatment of patients, achievement of the continuous stabilization of the pathologic process in periodontal tissues.

Key words: generalized periodontitis, professional oral hygiene, treatment, chlorhexidine, Stomatophyt, probiotics.

Установленная важнейшая роль гигиены полости рта в развитии воспалительных заболеваний пародонта в молодом возрасте [1] требует не только рационального подхода к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта, но и усовершенствования профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), которая должна регулярно проводиться (не реже 2-х раз в год) врачом-стоматологом каждому пациенту с учетом его стоматологического статуса [2, 3].

Проведенные микробиологические исследования субгингивальной биопленки у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта показали необходимость включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий антимикробных препаратов широкого спектра действия для деконтаминации условно-патогенных и патогенных бактерий и дрожжевых грибов [4]. «Золотым стандартом» местной антимикробной терапии в пародонтологии по-

patients with inflammatory diseases of periodontium with rational apparatus

прежнему являются хлоргексидин и хлоргексидин-содержащие препараты, которые активны в отношении большинства штаммов бактерий и грибов, выделенных из пародонтальных карманов у больных генерализованным пародонтитом (ГП) [5-7].

Кроме того, выявленные дисбиотические нарушения в полости рта у всех обследованных лиц молодого возраста с ГП нач.-I, I степени показали необходимость обязательного назначения препаратов для восстановления индигенной микрофлоры полости рта [4]. Среди современных пробиотиков был избран препарат БиоГая Продентис (сублингвальные таблетки, Швеция), который хорошо зарекомендовал себя в клинической пародонтологии [8].

В результате проведенных биохимических исследований ротовой жидкости у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта установлены интенсификация перекисного окисления липидов на фоне развивающейся недостаточности антиоксидантной системы, повышение активности маркеров воспаления и напряженность факторов местного иммунитета полости рта, что предполагает включение в лечебно-профилактический комплекс препаратов с выраженными антиоксидантными, противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами. Такими эффектами обладают препараты на основе растительных полифенолов [9], к которым можно отнести Стоматофит и Стоматофит А (Phytopharm Klenka, Польша). Это комплексные препараты на основе экстрактов лекарственных растений, которые содержат широкий спектр биологически активных веществ (флавоноиды, танины, витамины, эфирные масла, фитонциды, органические кислоты, макро- и микроэлементы), что предопределяет разнообразие их терапевтического воздействия на ткани полости рта – противовоспалительное, антиоксидантное, мембранотропное, в том числе и антимикробное действие [6, 10].

Таким образом, нами теоретически обоснован и разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий для лиц с воспалительными заболеваниями пародонта, включающий рациональное инструментальное удаление зубных отложений и полировку зубов, дифференцированное назначение медикаментозных средств (антимикробных, противовоспалительных, для коррекции микробиоценоза ротовой полости) и индивидуальный подбор средств гигиены полости рта.

Цель исследования. Оценить эффективность предложенных методов профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта у больных генерализованным пародонтитом начальной-I, I степени в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 88 лиц молодого возраста 18-35 лет с обострившимся (46 чел.) и хроническим (42 чел.) течением ГП нач.-I, I степени. Постановку диагноза осуществляли на основании данных анамнеза, клинического осмотра, рентгенографии, определения объективных пародонтальных индексов и проб в соответствии с систематикой болезней пародонта Н.Ф. Данилевского (1994).

С целью объективной оценки состояния тканей пародонта использовали общеизвестные гигиенические и пародонтальные индексы: суммарный гигиенический индекс Грина-Вермилльона (OHI-S) (Green, Vermillion, 1960), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА ср. (Shour I., Massler M., 1947), «зондовая проба» на кровоточивость (Mühlemann J., 1971; Cowell I., 1975) и пародонтальный индекс (ПИ) Рассела (Russel A., 1956).

Для оценки степени и характера деструкции костной ткани альвеолярного отростка и уточнения диагноза проводили рентгенологические исследования.

После обследования больные ГП нач.-I, I степени с обострившимся и хроническим течением были разделены на 2 группы, репрезентативные по полу и возрасту: основную группу – с применением разработанного лечебно-профилактического комплекса и группу сравнения, в которой была проведена ППР и традиционная базовая терапия, а домой назначали 2-ух разовую чистку зубов пастой Colgate Total. Серия зубных паст Colgate Total содержит антисептик триклозан с кополимером (поливинилметилловым эфиром малеиновой кислоты PVM/MA), благодаря чему происходит замедление образования биопленки, осуществляется выраженное антибактериальное и противовоспалительное действие на ткани пародонта [11, 12].

Пациенты с зубочелюстными аномалиями и анатомо-топографическими нарушениями (мелкое преддверие полости рта, аномалии прикрепления уздечек), а также с сопутствующей соматической патологией в исследование не включались.

У больных с обострившимся течением ГП нач.-I, I степени обеих групп проводили в два-четыре посещения ультразвуковой и ручной над- и поддесневой скейлинг, кюретаж пародонтальных карманов универсальными кюретами, медикаментозную обработку десны и пародонтальных карманов в зависимости от степени воспаления и глубины карманов, наличия экссудата, количества зубных отложений и восприятия пациента. Выравнивание поверхности корня ручным инструментом, полировку зубов профессиональными пастами и воздушно-абразивными системами проводили в последнее посещение при отсутствии воспаления и кровоточивости десен.

Больным с обострившимся течением ГП нач.-I, I степени основной группы в каждое посещение после процедуры скейлинга и кюретажа накладывали аппликации на десну и инстилляции в пародонтальные карманы препарата Стоматофит А или геля Пародонтоцид (поочередно) с экспозицией 15 мин. Домой больным назначали поочередно ротовые ванночки 0,12 % р-ром хлоргексидина биглюконата (3 раза в день, 7 дней) и полоскания препаратом Стоматофит (3 раза в день, 10 дней, в разведении 15 мл на 100 мл воды). Через 10 дней, после окончания полосканий, проводили дополнительную полировку зубов профессиональными отбеливающими пастами и воздушно-абразивными системами.

У больных с хроническим течением ГП нач.-I, I степени обеих групп проводили в два-три посещения ультразвуковой и ручной над- и поддесневой скей-

линг, кюретаж пародонтальных карманов универсальными кюретами, медикаментозную обработку десны и пародонтальных карманов. Выравнивание поверхности корня ручным инструментом, полировку зубов профессиональными пастами и воздушно-абразивными системами проводили в последнее посещение при отсутствии воспаления и кровоточивости десен.

Больным с хроническим течением ГП нач.-I, I степени основной группы в каждое посещение после процедуры скейлинга и кюретажа накладывали аппликации на десну и инстилляцию в пародонтальные карманы препарата Стоматофит А с экспозицией 15 мин. Домой больным назначали поочередно ротовые ванночки 0,05 % р-ром хлоргексидина биглюконата (3 раза в день, 7 дней) и полоскания препаратом Стоматофит (3 раза в день, 10 дней, в разведении 15 мл на 100 мл воды). Через 10 дней, после окончания полосканий, проводили дополнительную полировку зубов профессиональными отбеливающими пастами и воздушно-абразивными системами.

Для индивидуальной гигиены полости рта в основной группе больных с обострившимся и хроническим течением ГП нач.-I, I степени рекомендовали хлоргексидин-содержащую зубную пасту Эльгидиум (2 раза в день).

Для коррекции микробиоценоза ротовой полости всем больным основной группы назначали внутрь пробиотик БиоГая Продентис – по 1 табл. в день, в течение 14 дней, рассасывать в полости рта.

Эффективность предложенного лечебно-профилактического комплекса, включающего рациональное проведение ПГПР, специальное назначение антимикробных и противовоспалительных средств, препарата-пробиотика, а также средств индивидуальной гигиены полости рта, оценивали на основании клинических и рентгенологических показателей, характеризующих состояние тканей пародонта, в ближайшие (непосредственно после лечения) и отдаленные (через 6 и 12 месяцев) сроки наблюдения.

Результаты исследования. Установлено, что разработанный лечебно-профилактический комплекс оказывает выраженное лечебное воздействие на ткани пародонта у больных с обострившимся и хроническим течением ГП нач.-I, I степени, что подтверждается позитивной динамикой изменения объективных пародонтальных индексов и проб, наиболее выраженной у больных ГП основных групп (табл. 1).

После ПГПР с соответствующим медикаментозным сопровождением у больных основной группы с обострившимся течением ГП нач.-I, I степени отмечается снижение индекса РМА_{ср.} в 2,1 раза ($p<0,05$), степени кровоточивости – в 2,4 раза ($p<0,001$), ПИ Рассела – в 2,1 раза ($p<0,001$).

При обследовании больных основной группы с хроническим течением ГП нач.-I, I степени после ПГПР и проведенной терапии также установлено значительное снижение всех показателей: индекса РМА_{ср.} в 1,9 раза ($p<0,001$), степени кровоточивости – в 2,8 раза ($p<0,001$), ПИ Рассела – в 2,2 раза ($p<0,05$).

Оценивая влияние предложенного комплекса на уровень гигиены полости рта у больных ГП нач.-I, I

степени, отметим, что при изначально неудовлетворительном гигиеническом состоянии (ОНИ-S – $3,41\pm0,20$ балла при обострившемся течении и $3,20\pm0,31$ балла при хроническом) медикаментозное сопровождение после ПГПР и обучение рациональной индивидуальной гигиене способствовало достоверному снижению индекса Грин-Вермильона ($p<0,001$) у больных основных групп (табл. 1).

Клинические исследования у больных ГП нач.-I, I степени групп сравнения показали, что проведение ПГПР и традиционной базовой терапии также оказало противовоспалительный эффект на ткани пародонта, но менее выраженный, о чем свидетельствуют данные, представленные в табл. 1 (значения индексов РМА_{ср.}, индекса кровоточивости, ПИ Рассела до и после лечения в группах сравнения). При этом установлено значительное улучшение гигиены полости рта, о чем свидетельствует достоверное ($p<0,001$) снижение индекса Грин-Вермильона у больных групп сравнения (табл. 1).

При анализе клинических показателей не установлено существенного отличия у больных после лечения в основных группах и группах сравнения. Однако среднее количество необходимых посещений для ликвидации воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов основных групп оказалось достоверно ниже, чем у пациентов групп сравнения. Так, у больных ГП нач.-I, I степени среднее количество посещений составило при хроническом течении в группе сравнения – $4,9\pm0,2$ посещений, в основной группе – $3,6\pm0,1$ ($p<0,001$); при обострившемся течении в группе сравнения – $6,4\pm0,3$ посещений, в основной группе – $4,1\pm0,2$ ($p<0,001$).

Об эффективности предложенного комплекса у больных ГП нач.-I, I степени также судили на основании данных клинико-рентгенологического обследования в отдаленные сроки наблюдения – через 6 и 12 месяцев (табл. 2).

Повторные клинические осмотры через 6 месяцев показали, что у всех больных ГП нач.-I, I степени основных групп отмечалась стабилизация дистрофически-воспалительного процесса в тканях пародонта. В то же время у 2 больных (11,1 %) с обострившимся течением ГП нач.-I, I степени и у 3 больных (16,7 %) с хроническим течением ГП нач.-I, I степени групп сравнения через 6 мес. отмечалось обострение пародонтита (табл. 2).

При обследовании тканей пародонта через 12 месяцев определялось некоторое ухудшение клинической и рентгенологической картины заболевания. Так, при диагностике первоначально обострившегося течения ГП нач.-I, I степени у 2 больных (11,8 %) основной группы и 6 больных группы сравнения (37,5 %) и хронического течения ГП – у 3 больных (16,7 %) основной группы и 6 больных группы сравнения (40 %) через 12 мес. установлено обострение дистрофически-воспалительного процесса в тканях пародонта, что требует соответствующего курса лечения (табл. 2).

Таблица 1

**Влияние лечебно-профилактического комплекса на уровень гигиены полости рта
и состояние тканей пародонта у больных ГП нач.-I, I степени (M±m)**

Группы исследования			п	Индекс Грин-Вермильона (ОHI-S)			Индекс РМА _{ср.}	Индекс кровот.	ПИ Рассела
				S	налет	камень			
ГП нач.-I, I степени, обостривш. течение	до лечения	основная группа	24	3,41±0,20	1,88±0,14	1,53±0,07	1,83±0,15	1,7±0,1	2,47±0,26
		группа сравнения	22	3,45±0,22	1,90±0,18	1,55±0,09	1,78±0,19	1,8±0,1	2,58±0,30
	после лечения	основная группа	24	0,72±0,23**	0,60±0,16**	0,12±0,05**	0,89±0,14*	0,7±0,1**	1,15±0,09**
		группа сравнения	22	0,98±0,27**	0,84±0,18**	0,14±0,07**	0,99±0,17*	0,9±0,1**	1,44±0,11*
ГП нач.- I, I степени, хроническое течение	до лечения	основная группа	22	3,20±0,31	1,57±0,20	1,63±0,12	1,59±0,12	1,7±0,2	2,24±0,39
		группа сравнения	20	3,14±0,35	1,56±0,18	1,58±0,11	1,55±0,11	1,6±0,2	2,25±0,41
	после лечения	основная группа	22	0,56±0,22**	0,45±0,16**	0,11±0,04**	0,84±0,15**	0,6±0,1**	1,02±0,07*
		группа сравнения	20	0,87±0,23**	0,73±0,17**	0,14±0,05**	0,97±0,16*	0,9±0,1**	1,10±0,09*

Примечание: * - достоверность отличий по сравнению с соответствующими показателями до лечения $p<0,05$; ** - $p<0,001$

Таблица 2

**Состояние тканей пародонта у больных ГП нач.-I, I степени
в отдаленные сроки наблюдения**

Сроки наблюдения	Диагноз	Группы исследования		Состояние тканей пародонта	
				Стабилизация процесса (абс.число/ %)	Обострение процесса (абс.число/ %)
через 6 месяцев	ГП нач.-I, I степени, обостривш. течение	основная группа	n=20	20 / 100	-
		группа сравнения	n=18	16 / 88,9	2 / 11,1
	ГП нач.- I, I степени, хроническое течение	основная группа	n=20	20 / 100	-
		группа сравнения	n=18	15 / 83,3	3 / 16,7
через 12 месяцев	ГП нач.-I, I степени, обостривш. течение	основная группа	n=17	15 / 88,2	2 / 11,8
		группа сравнения	n=16	10 / 62,5	6 / 37,5
	ГП нач.- I, I степени, хроническое течение	основная группа	n=18	15 / 83,3	3 / 16,7
		группа сравнения	n=15	9 / 60	6 / 40

Таблица 3

**Динамика изменения состояния тканей пародонта у больных ГП нач.-I, I степени
в отдаленные сроки**

Показатели		Индекс РМА _{ср.}		ПИ Рассела		Индекс Грин-Вермильона		Индекс кровоточивости	
		6 мес. после лечения	12 мес. после лечения	6 мес. после лечения	12 мес. после лечения	6 мес. после лечения	12 мес. после лечения	6 мес. после лечения	12 мес. после лечения
ГП нач.-I, I степени, обостривш. течение	основная группа	0,86 ± 0,08	0,89 ± 0,08	1,24 ± 0,04	1,28 ± 0,05	0,51 ± 0,03	0,63 ± 0,09	0,64 ± 0,05	0,70 ± 0,04
	группа сравнения	1,04 ± 0,07	1,21 ± 0,08 P<0,05	1,34 ± 0,05	1,45 ± 0,06	0,67 ± 0,07 P <0,05	0,82 ± 0,09	0,93 ± 0,04 P <0,05	1,03 ± 0,08 P <0,05
ГП нач.- I, I степени, хроническое течение	основная группа	0,82 ± 0,07	0,89 ± 0,07	1,12 ± 0,05	1,24 ± 0,07	0,57 ± 0,06	0,71 ± 0,06	0,59 ± 0,04	0,66 ± 0,04
	группа сравнения	1,09 ± 0,07 P<0,05	1,28 ± 0,08 P<0,05	1,27 ± 0,04	1,35 ± 0,06	0,75 ± 0,09	0,90 ± 0,10	0,81 ± 0,07 P <0,05	0,93 ± 0,07 P <0,05

Примечание: P – достоверность отличий между показателями в основной группе больных и в группе сравнения.

У больных ГП нач.-I, I степени основной группы и группы сравнения ухудшение клинической картины заболевания в отдаленные сроки наблюдения сопровождалось закономерным повышением средних показателей изучаемых пародонтальных индексов и проб (табл. 3). В некоторых случаях отличия между показателями в сравниваемых группах были достоверными. В целом, анализируя результаты, можно отметить, что у больных ГП нач.-I, I степени основных групп показатели индекса РМА, ПИ Рассела, индекса Грин-Вермилльона через 6 и 12 мес. ниже, чем у больных ГП групп сравнения, что указывает на преимущество предложенного лечебно-профилактического комплекса по сравнению только с ПГПР и базовой терапией.

У большинства обследованных больных через 6 и 12 месяцев наряду с клинической стабилизацией определялось улучшение рентгенологической картины. На рентгенограммах челюстей больных ГП нач.-I, I степени отмечалось уменьшение зон очагового остеопорода и более четкие контуры межальвеолярных перегородок.

Таким образом, при сравнительном анализе отдаленных результатов лечения больных ГП нач.-I, I степени установлено, что наиболее выраженная и стойкая клинко-рентгенологическая стабилизация дистрофически-воспалительного процесса в пародонте достигнута при проведении 2 раза в год ПГПР с соответствующим медикаментозным сопровождением и контролируемой индивидуальной гигиеной полости рта.

Выводы. Теоретически обоснован и разработан лечебно-профилактический комплекс для лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта, включающий рациональное инструментальное удаление зубных отложений и полировку зубов, дифференцированное назначение медикаментозных средств (антимикробных, противовоспалительных, для коррекции микробиоценоза ротовой полости) и индивидуальный подбор средств гигиены полости рта.

Проведенные клинические исследования показали высокую терапевтическую эффективность предложенного комплекса у больных с обострившимся и хроническим течением ГП нач.-I, I степени, что позволило снизить интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта, сократить количество посещений и сроки лечения больных, достичь длительной стабилизации патологического процесса в тканях пародонта.

Список литературы

1. Чумакова Ю. Г. Уровень гигиены полости рта и влияние его на стоматологический статус у лиц молодого возраста / Ю. Г. Чумакова, А. В. Островский // Стоматологический журнал. – Беларусь. – 2013. – № 4. – С. 304-307.
2. Леус П. А. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта / П. А. Леус, С. С. Лобко // Клиническая стоматология. – 1997. – № 3. – С. 70-73.
3. Хоменко Л. А. Профессиональная гигиена полости рта при заболеваниях пародонта / Л. А. Хоменко, И. Н. Голубева // Современная стоматология. – 2011. – № 1 (55). – С. 32-36.
4. Чумакова Ю. Г. Состояние микробиоценоза полости рта у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта / Ю. Г. Чумакова, А. А. Вишневская, А. В. Островский // Вісник стоматології. – 2012. – № 3. – С. 28-32.

5. Белоклицкая Г. Ф. Применение хлоргексидинсодержащих препаратов в стоматологии / Г. Ф. Белоклицкая // Современная стоматология. – 2001. – № 1. – С. 15-18.

6. Чумакова Ю. Г. Сравнительная оценка антимикробного действия препаратов на основе хлоргексидина и экстрактов лекарственных растений на микрофлору пародонтальных карманов / Ю. Г. Чумакова, А. А. Вишневская, А. В. Островский // Стоматолог. – 2011. – № 10 (160). – С. 49-52.

7. Matthijs S. Chlorhexidine varnishes: a review / S. Matthijs, P. A. Adriaens // J. Clin. Periodontol. – 2002. – Vol. 29, № 1. – P. 1-8.

8. Probiotic effects of orally administered Lactobacillus reuteri-containing tablets on the subgingival and salivary microbiota in patients with gingivitis. A randomized clinical trial / M. Iniesta, D. Herrera, E. Montero [et al.] // J. Clin. Periodontol. – 2012. – Vol. 39. – P. 736-744.

9. Чумакова Ю. Г. Обоснование применения препаратов растительных полифенолов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Ю. Г. Чумакова // Вісник стоматології. – 2006. – Спец. выпуск, № 3 (53). – С. 41-52.

10. Максимовский Ю. М. Препарат «Стоматофит» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Ю. М. Максимовский, Т. Д. Чиркова, М. А. Ульянова // Современная стоматология. – 2010. – № 3. – С. 45-47.

11. Афанасьева У. В. Клиническая эффективность триклозана и кополимера РУМ/МА в профилактике заболеваний пародонта и кариеса (обзор) / У. В. Афанасьева, А. М. Соловьева, С. К. Евсеева // Пародонтология. – 1997. – № 2. – С. 30-37.

12. Antibacterial and anti-inflammatory activity of a tooth-paste on the basis of triclosan/copolymer / Hu Tao, Barnes V. M., Trivedi H. M., Cummins D. // Medical World Business Press, Inc.: Stomatologic compendium, The Colgate-Palmolive Company, 2004. – P. 13-19.

REFERENCES

1. Chumakova Yu. G., Ostrovskiy A. V. The level of oral hygiene and its influence on the stomatological state of young people. *Stomatologicheskij zhurnal. Belarus*. 2013;4:304-307.
2. Leus P. A., Lobko S. S. The effectiveness of the professional oral hygiene in prevention of periodontal diseases. *Klinicheskaya stomatologiya*. 1997;3: 70-73.
3. Khomenko L. A., Golubeva I. N. The professional oral hygiene at periodontal diseases. *Sovremennaya stomatologiya*. 2011;1(55):32-36.
4. Chumakova Yu. G., Vishnevskaya A. A., Ostrovskiy A. V. The state of microbiocenosis of oral cavity in young patients with inflammatory diseases of periodontium. *Visnyk stomatologii*. 2012;3:28-32.
5. Beloklitskaya G. F. The use of chlorhexidine-containing preparations in stomatology. *Sovremennaya stomatologiya*. 2001;1:15-18.
6. Chumakova Yu. G., Vishnevskaya A. A., Ostrovskiy A. V. The comparative estimation of anti-microbe effect of the preparations based on chlorhexidine and herbal extracts on microflora of periodontal pockets. *Stomatolog*. 2011;10(160):49-52.
7. Matthijs S., Adriaens P. A. Chlorhexidine varnishes: a review. *J. Clin. Periodontol*. 2002;1(29):1-8.
8. Iniesta M., Herrera D., Montero E. [et al.]. Probiotic effects of orally administered Lactobacillus reuteri-containing tablets on the subgingival and salivary microbiota in patients with gingivitis. A randomized clinical trial. *J. Clin. Periodontol*. 2012;39:736-744.
9. Chumakova Yu. G. The substantiation of the use of the preparations from vegetative polyphenols in the complex treatment of generalized periodontitis. *Visnyk stomatologii*. 2006;3(53):41-52.
10. Maksymovskiy Ju. M., Chyrkova T. D., Ul'janova M. A. The preparation "Stomatophyt" in the complex treatment of the inflammatory diseases of periodontium. *Sovremennaya stomatologiya*. 2010;3:45-47.
11. Afanas'eva U. V., Solov'eva A. M., Evseeva S. K. The clinical effectiveness of triclosanum and copolymer RUM/MA in the prophylaxis of periodontal diseases and caries (review). *Parodontologiya*. 1997;2:30-37.
12. Hu Tao, Barnes V. M., Trivedi H. M., Cummins D. Antibacterial and anti-inflammatory activity of a tooth-paste on the basis of triclosan/copolymer/ Medical World Business Press, Inc.: Stomatologic compendium, The Colgate-Palmolive Company, 2004:13-19.

Поступила 19.05.14