

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Биктимерова Ольга Олеговна

**Повышение качества лечения и комплаентности
пациентов с хроническим генерализованным
пародонтитом на основе включения в лечебный
комплекс синбиотика с живыми культурами
лактобацилл**

14.01.14 – стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук,
профессор Т.Л. Рединова

Ижевск, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ _____	4
ВВЕДЕНИЕ _____	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ: КОМПЛАЕНТНОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ _____ С _____ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ _____	13
1.1. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта и комплаентность пациентов к профилактическим мероприятиям _____	13
1.2. Антибактериальная и бактериальная терапия в комплексном лечении пациентов с хроническим пародонтитом _____	21
ГЛАВА 2. ОБЪЕКТ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ _____	40
2.1. Общая характеристика обследуемых пациентов _____	40
2.2. Клинические методы обследования пациентов _____	47
2.3. Лабораторные методы исследования _____	52
2.3.1. Иммунологические методы исследования _____	53
2.3.2. Микробиологические методы исследования _____	60
2.4. Методы социологического исследования _____	62
2.5. Статистические методы исследования _____	67
РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:	
ГЛАВА 3. ЧАСТОТА ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ К ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ _____	69
ГЛАВА 4. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ _____	87

4.1. Динамика клинических и лабораторных показателей пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом после проведения комплексной терапии, включающей дополнительно инстилляцию синбиотика с живыми культурами лактобацилл в пародонтальные карманы, в динамике наблюдения (основная группа)	87
4.2. Динамика клинических и лабораторных показателей пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом после проведения комплексной терапии в динамике наблюдения (группа сравнения)	95
4.3. Сопоставление клинических и лабораторных показателей пациентов основной группы и группы сравнения в динамике наблюдения	102
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ	109
ВЫВОДЫ	119
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	121
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	122
ПРИЛОЖЕНИЕ	163

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

TNF-a	– фактор некроза опухоли;
IL-1	– интерлейкин-1;
IL-4	– интерлейкин-4;
CD-22	– мембранный белок-рецептор В-лимфоцитов;
CD-71	– рецептор трансферина;
Ig A	– иммуноглобулин А;
sIg A	– секреторный иммуноглобулин А;
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека;
ОРВИ	– острая респираторная инфекция;
СтАР	– стоматологическая ассоциация России;
ФИ	– фагоцитарный индекс;
ФЧ	– фагоцитарное число;
НСТб	– восстановление нитросинего тетразолия в базовых условиях;
НСТа	– восстановление нитросинего тетразолия в активированных условиях;
ИАНб	– индекс активации нейтрофилов в базовых условиях;
ИАНа	– индекс активации нейтрофилов в активированных условиях;
РАМ	– реакция адсорбции микроорганизмов;
РНР	– индекс эффективности гигиены полости рта;
ИК	– индекс кровоточивости <i>Muhlemann- Son</i> ;
РМА	– папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс;
ОНИ-S	– упрощенный индекс гигиены полости рта;
PI	– индекс зубного налета <i>Silness-Loe</i> ;
CPI	– коммунальный периодонтальный индекс.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

По данным ВОЗ распространенность заболеваний пародонта среди жителей различных стран составляет от 81% до 98% [87, 124], в России – от 81% до 92% [285], а в Удмуртской республике - от 54,04% до 99,33% [242].

Воспалительные заболевания пародонта, как правило, являются хроническими, протекают с периодическими обострениями, и поэтому требуют от пациента неоднократного прохождения курсов лечения у врача-пародонтолога и выполнения в домашних условиях профилактических мероприятий по рекомендации врача [80]. Однако, установлено, что степень комплаентности пациентов к стоматологическому лечению недостаточно высокая [254, 292, 362], а кратность обращения к врачу-пародонтологу в 58,4% ограничивается выраженной стоматофобией [45, 221, 287, 298].

Известно [17, 20, 29, 70, 93, 172, 180, 195, 202, 251, 272], что развитие пародонтита является результатом дисбаланса между микрофлорой полости рта и иммунной защитой организма. Поэтому, с целью ликвидации воспаления применяют различные антибактериальные средства (антисептики, антибиотики, фитопрепараты) [181, 274, 358]. Однако, в последнее время появились формы пародонтита, обусловленные нетипичными инфекционными агентами (вирусами, грибами) [44], либо резистентные к антибактериальной терапии [23, 64, 163, 268], как результат нерационального применения антимикробных препаратов, которые негативно воздействуют на представителей облигатной микрофлоры полости рта и тем самым еще больше снижают местные факторы антибактериальной защиты [276, 359].

Разумной альтернативой антибактериальной терапии при пародонтите являются различные методы биотерапевтического воздействия, предполагающие местное и системное применение пробиотиков, фаговых препаратов и других средств [63, 79, 94, 296, 328, 330, 336, 348].

Однако, при бактериотерапии воспалительных заболеваний пародонта чаще всего используют сухие культуры штаммов микроорганизмов нормальной микрофлоры человека [23, 48, 361], активность которых в организме человека при приеме внутрь начинает проявляться только через 8 - 10 часов [125]. В связи с этим перспективным направлением в лечении заболеваний пародонта, когда экспозиция препарата при местном применении исчисляется минутами, так как он быстро смывается слюной, следует считать использование живых культур микроорганизмов нормальной микрофлоры полости рта (*Lactobacillus casei*, *Lactobacillus fermentum* и т.д.), которые начинают действовать на ткани пародонта уже при соприкосновении с ними [53, 283].

Вместе с тем, такие исследования в отечественной стоматологии единичные [131, 140], как и исследования по повышению приверженности пациентов с пародонтитом к лечению [221].

Степень разработанности темы:

При высокой распространенности пародонтита и информированности населения о гигиене полости рта, как основном методе профилактики стоматологических заболеваний, уровень приверженности пациентов к профилактическим и лечебным мероприятиям составляет только 33% [221, 254]. Пациенты обращаются к врачу-стоматологу в большинстве случаев при боли, когда требуется применение противовоспалительных и антибактериальных средств [61, 159, 220]. Нерегулярность профилактики и эпизодические обращения к врачу-пародонтологу для лечения пародонтита утяжеляют течение заболевания, а от применяемых антибактериальных средств увеличивается число осложнений, что снижает уровень комплаентности пациентов к лечению [197, 253].

В настоящее время широкое применение в стоматологии получили пробиотики [63, 78, 79, 130, 316] применяемые чаще всего в сухом виде [88, 211, 323, 325, 350, 360], активность которых в полости рта при местном применении недостаточная [53, 78, 79]. Поэтому оценка эффективности препаратов с живыми штаммами биокультур при местном применении у пациентов с пародонтитом имеет

важное значение, как для повышения качества лечения, так и для мотивации пациентов к проведению профилактических мероприятий с использованием безопасных для организма человека препаратов.

Цель исследования:

улучшить качество лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом путем включения в лечебный комплекс синбиотика с живыми культурами лактобацилл (*Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus plantarum*) и повышения комплаентности к профилактическим мероприятиям.

Задачи исследования:

1. Установить частоту воспалительных заболеваний пародонта среди пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема.
2. Определить степень информированности и приверженности пациентов с заболеваниями пародонта к гигиене полости рта и лечению у врача-пародонтолога.
3. Изучить изменения биотопа десны у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в динамике комплексного лечения с применением синбиотика «Эуфлорина-L» на основе живых культур лактобацилл.
4. Изучить показатели мукозального иммунитета в динамике лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести с использованием синбиотика «Эуфлорин – L».
5. Оценить эффективность комплексной терапии с включением синбиотика «Эуфлорин – L» на основе живых культур лактобацилл в лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и повышении их комплаентности к профилактическим мероприятиям.

Научная новизна

Впервые выявлен низкий уровень комплаентности пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом к пародонтологическому лечению, соблюдению гигиены и рекомендациям врача-стоматолога.

Установлено, что в повышении приверженности пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом к лечению важную роль играет комплексный подход, включающий наглядную информированность, применение безопасных и адаптированных к среде организма человека бактериальных препаратов в виде живых культур лактобацилл и использование коротких курсов амбулаторно-поликлинического лечения.

Впервые доказано, что включение в комплекс лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом инстилляций синбиотика с живыми культурами лактобацилл в пародонтальные карманы короткими курсами в 3-5 дней, дополненных ротовыми ванночками с данным синбиотиком в течение такого же отрезка времени в домашних условиях, позволяет снизить уровень патогенной микрофлоры в биотопе десны и повысить мукозальный иммунитет полости рта при стойкой благоприятной клинической динамике в течение 6 месяцев наблюдения. Вместе с тем отмечено, что при применении в комплексе лечения в качестве медикаментозного средства только антибактериальных препаратов, в частности хлоргексидина, уже спустя 3 месяца после лечения существенно повышается кровоточивость десен, микробная обсемененность в 4-5 баллов по Бонсор увеличивается в 2,5 раза, а уровень секреторного иммуноглобулина А становится ниже в 4 раза, чем у пациентов, в комплекс лечения которых было включено местное применение синбиотика.

Практическая значимость

Разработана анкета-опросник «Определение степени мотивации и приверженности пациентов к лечению заболеваний пародонта» (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности № 08.15 от 09 декабря 2015года).

Установлено, что предложенная схема лечения пародонтита с включением синбиотика «Эуфлорин-L» в виде инстилляций в пародонтальные карманы позволяет повысить мукозальный иммунитет, уменьшить число патогенных микробных ассоциаций в биотопе десны, улучшить гигиеническое состояние полости рта, снизить воспаление в тканях пародонта и повысить комплаентность пациентов к лечению. Причем, положительная динамика иммунологических, микробиологических и клинических показателей после курса лечения с пробиотиками сохраняется у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в течение 6 месяцев.

Установлено, что традиционный метод лечения хронического генерализованного пародонтита с применением только антибактериальных средств в качестве медикаментозного местного воздействия на ткани пародонта позволяет получить ремиссию заболевания лишь в течение 3-х месяцев после проведения лечения. Кроме того, приверженность пациентов к лечению у таких пациентов снижается за счет побочного действия антибактериальных средств, в частности хлоргексидина, на состояние десны, вызывающего дискомфорт и неприятные ощущения.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты проведенных исследований внедрены в учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии (зав. кафедрой – д-р мед. наук, проф. Т.Л. Рединова) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России; в практику работы стоматологической клинической поликлиники ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России; БУЗ УР «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска; БУЗ УР «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР».

На основании полученных результатов сформированы практические рекомендации, которые изложены в информационном письме, предназначенном для стоматологов-терапевтов, педиатров и врачей-диетологов «Острые кишечные

инфекции. Реабилитационная коррекция микробиоценоза кишечника» (Ижевск, 2013), а также в информационном письме «Приверженность к лечению и повышение его эффективности у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом» (Ижевск, 2016).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При значительной распространенности воспалительных заболеваний пародонта среди пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема определяется высокая степень информированности о гигиене полости рта при низком уровне комплаентности к ее проведению и пародонтологическому лечению.

2. Включение в комплекс лечения при хроническом генерализованном пародонтите инстилляций в пародонтальные карманы синбиотика «Эуфлорин-L» с живыми культурами лактобацилл (*Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus plantarum*) позволяет улучшить качество лечения пациентов путем снижения микробной обсемененности биотопа десны, повышения мукозального иммунитета полости рта и комплаентности к проведению профилактических мероприятий и пародонтологического лечения.

Личное участие автора в выполнении исследования

Планирование этапов диссертационного исследования, постановка цели и задач осуществлены совместно с научным руководителем. Клиническое обследование пациентов, ведение медицинской документации, лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести, динамическое наблюдение, статистическая обработка полученных данных и лабораторный метод исследования (определение РАМ) на базе бактериологической лаборатории БУЗ УР «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска осуществлены лично диссертантом. Микробиологические и иммунологические методы исследования были выполнены на базе лаборатории БУЗ УР «Республиканского кожно-венерологического диспансера МЗ УР» и на базе

медицинской лаборатории ООО «Центр новых диагностических технологий» г. Ижевск. Научные положения и выводы диссертации базируются на результатах собственного исследования автора. Тема диссертации утверждена на заседании Совета стоматологического факультета государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол №2 от 17.12.2013г). Номер государственной регистрации темы АААА-А16-116090160014-9.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных данных обоснована достаточным по объему исследуемым материалом и использованием адекватных поставленным задачам современных методов исследования. Материал исследования документирован, цифровые данные подвергнуты статистической обработке.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на XVI межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященная 85-летию почетного академика ИГМА доцента А.И. Пантюхина (Ижевск, 2013); XX международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Омск, 2014); научной сессии Пермской государственной медицинской академии им. академика Е.А. Вагнера. «Навстречу 100-летию высшего медицинского образования на Урале» (Пермь, 2014); всероссийском XI конгрессе (Пермь, 2015); XVIII научно-практической конференции, посвященная 35-летию стоматологического факультета ИГМА (Ижевск, 2015); VIII Российской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в XXI веке» (Казань, 2016); заседании кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск, 12.05.2016, протокол №16); расширенном заседании кафедр стоматологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск, 27.05.2016, протокол №3); заседании научно-координационного совета по

стоматологии ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России (Пермь, 14.06.2016, протокол №101).

Публикации

По результатам проведенного исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 4 работы – в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК Минобрнауки России.

Для врачей-стоматологов издано информационное письмо на тему: «Приверженность к лечению и повышение его эффективности у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом», утвержденное Минздравом УР, 2016. Кроме того, материалы работы вносили в информационное письмо «Острые кишечные инфекции. Реабилитационная коррекция микробиоценоза кишечника», предназначенное для терапевтов, педиатров и врачей-диетологов, утвержденное Минздравом УР, 2013.

Общий объем публикаций составил 7,9 у.п.л., в том числе авторский вклад – 5,53 у.п.л. (от 25% до 100%).

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследований, 2 глав собственных исследований, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, приложения, библиографического указателя, включающего 369 литературных источника, из которых 286 отечественных и 83 зарубежных. Работа изложена на 176 страницах компьютерной верстки; результаты исследований иллюстрированы 21 таблицей и 36 рисунками.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ: КОМПЛАЕНТНОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ

1.1. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта и комплаентность пациентов к профилактическим мероприятиям

Распространенность заболеваний пародонта согласно резолюции ВОЗ [335] следует определять как низкую, если встречаемость их менее чем у 20% обследованного населения; среднюю, если признаки воспаления выявлены у 21-50%; и высокую, если критерии патологии определяются у более 51% осмотренных.

Согласно данным эпидемиологических исследований в России распространенность заболеваний пародонта среди населения можно оценивать высокой [27, 43, 46, 59, 85, 133, 139, 142, 177, 233, 282, 289, 351].

Результаты данных ВОЗ показали, что среди жителей 35 стран в возрасте 35-44 лет распространенность заболеваний пародонта оценивается также высокой - от 81% до 98%, а у 20% обследованных регистрируется пародонтит тяжелой степени [87, 124, 186].

В России последнее национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование с использованием критериев ВОЗ было проведено в 2007-2008 гг на основании приказа МЗ и СР РФ от 04.06.2007 года № 394, приложение №1 [284]. Оно показало, что распространенность воспалительных заболеваний пародонта в Российской Федерации в возрасте 35-44 лет определяется на уровне 81%, в возрастной группе 65 лет и старше – 92% [285]. Причем, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в возрасте 18-30 лет является гингивит, после 30 лет – пародонтит [15, 82, 83, 161, 243, 251]. При этом, в возрастной группе 55-64 года у каждого обследованного сохраняется не более половины зубов; в возрасте 65-74 года у каждого индивидуума в среднем остается по 12-14 зубов (в провинциальных городах – до семи зубов); в возрасте 75-84 года среднее число сохранившихся зубов не превышает восьми [47, 189, 245, 262, 270]. Кроме того,

увеличивается тяжесть заболевания и нарастают деструктивные изменения в тканях пародонта [123, 342].

К примеру, исследования, проводимые в Республике Дагестан показали, что заболеваемость тканей пародонта более выражена у жителей южных регионов по сравнению с северными [12], у сельского населения - $99,79 \pm 1,89\%$ по сравнению с городским - $99,4 \pm 2,06\%$ [144]. При этом, у населения, проживающего в горах, чаще диагностируется генерализованная форма поражений (52,9%), чем у населения, проживающего в равнине (37,5%) и предгорной местностях (41,1%) [1]. У жителей Дагестана в возрасте от 20 до 29 лет распространенность патологии тканей пародонта колеблется от 92,9% (в горной зоне) до 95,62% (в равнинной зоне). Среди лиц от 40 до 49 лет распространенность заболеваний пародонта составляет 98,18%, в возрастной группе 50-59 лет здоровый пародонт отсутствует, а в возрастной группе 60 лет и старше преобладают самые тяжелые признаки поражения пародонта среди обследованных [145].

Л.Н. Максимовская и др. (2000) обследовали стоматологический статус у лиц, проживающих в Ингушетии. Оказалось, что в возрасте 35-44 лет патология пародонта наблюдается у 92% обследованных (кровоточивость - 33% случаев, зубной камень - 64%, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм - 12%).

О.А. Фарниева (2011) определила, что распространенность заболеваний пародонта в различных экологических зонах Северной Осетии и потребность в ортопедическом лечении взрослого населения составляет 84,7 %.

Данные С.Ю. Чаптыкова (2003) свидетельствуют о том, что в республике Хакасия в 100% случаев определяется патология пародонта.

С.В. Сирак (2003) установил распространенность заболеваний пародонта среди обследованных лиц Ставропольского края в возрасте 25-34 лет от 60,8% до 83,0% (сочетание кровоточивости и наличия зубного камня), в 35-65 лет и старше признаки воспаления выявлены в 89,2% - 100% случаях.

Н.Б. Михаревич (2012) установила, что интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрасте 35-44 лет Ямало-Ненецкого автономного округа составляет $4,39 \pm 0,91$ секстанта, у 65-74-летних - $1,76 \pm 0,57$ секстанта. При этом,

интенсивность поражения тканей пародонта у коренных народов оказалась в 1,3 раза выше, чем у пришлого населения ($p < 0,05$).

По данным П.В. Иванова и соавт. (2011) среди жителей Пензы и Пензенской области наибольшая распространенность симптомов воспалительных заболеваний пародонта зарегистрирована у лиц от 65 лет и старше – 92%, в возрасте 35-44 года – 81%.

Распространённость заболеваний пародонта среди населения г. Краснодара и Краснодарском крае в возрасте от 16 до 59 лет оказалась высокой и составила $97,3 \pm 3,15\%$ [160].

В Самаре у лиц в возрасте 35-44 года признаки воспаления в тканях пародонта выявлены в 98% случаях [62].

У жителей Архангельска в возрасте от 16 до 20 лет распространенность заболеваний пародонта составила 89,5% [54].

Эпидемиологическое исследование в 2008-2009 гг. в Удмуртской республике [242] показало, что распространенность признаков поражения тканей пародонта по индексу CPITN находится на высоком уровне и колеблется в среднем от 54,04% до 99,33%, с увеличением возраста обследованных закономерно увеличивается процент лиц с воспалительными заболеваниями пародонта. Так, в молодом возрасте (15-34 года) преобладают начальные признаки воспаления тканей пародонта в виде кровоточивости десен (32,06%) и зубного камня (21,15%), пародонтальный карман выявлен лишь в 5,58% случаев; в 35-44 года пародонтальные карманы диагностированы в 28,37%; в 45-64 года — в 44,28%; в 65-74 года — в 73,68% случаях; а процент лиц, нуждающихся в пародонтологической помощи по индексу CPITN, в среднем составил 69,43%.

На эпидемиологию заболеваний пародонта оказывает влияние множество общих и местных факторов: особенность питания, питьевого режима, профессиональные вредности, лекарственная терапия, наличие аномалий строения зубо-челюстной системы, стрессы, вредные привычки, состояние реактивности организма, наличие системных соматических заболеваний, наследственная предрасположенность [19, 29, 56, 119, 153, 176, 213, 226, 247, 273, 293, 302, 304,

333, 347, 349, 356, 363]. Немаловажное значение имеет: возраст, уровень жизни, состояние оказываемой стоматологической помощи [9, 90, 151, 184, 193, 227, 236, 237, 354].

Вероятно, на распространенность заболеваний пародонта, влияет степень мотивации и приверженности населения к профилактике стоматологических заболеваний [148].

Уровню информированности населения о гигиене полости рта распространенных стоматологических заболеваниях, являющимся важным аспектом профилактической работы, посвящены многочисленные работы [141, 198].

Вместе с тем установлено, что степень информированности населения по вопросам гигиены полости рта и приверженность к ней низкая [2, 150].

Так, Н.Е. Ширшова (2006) показала, что 97,4% респондентов, считают, что знают все о гигиене и выполняют все необходимые мероприятия по уходу за полостью рта, но 85,8% опрошенных хотели бы получить информацию о правилах ухода за полостью рта, 27,1% осуществляют гигиену полости рта 1 раз в день, 45,5% знают о необходимости чистки зубов после каждого приема пищи, а правильные представления об этиологии заболеваний пародонта имеют только 9,4% опрошенных.

По данным Л.Е. Леоновой и соавт. (2011) $93,5 \pm 2,0\%$ работников локомотивных бригад считают, что выполняют все необходимые мероприятия по гигиене полости рта. Однако, только $46,1 \pm 4,0\%$ работников чистят зубы 2 раза в день, более половины опрошенных не знают последовательности гигиенических процедур, только $3,2 \pm 1,4\%$ респондентов пользуются дополнительными средствами гигиены полости рта, более половины работников не чистят зубы во время длительных рейсов. При этом $90,3 \pm 2,4\%$ работников хотят, чтобы стоматолог обучил их правилам гигиены полости рта и правильному подбору средств гигиены.

М.Ю. Антоненко (2005) отмечено, что пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью, недостаточно мотивированы к лечению и

профилактическим мероприятиям. Причем, уровень мотивации мужчин в 2,1-2,5 раза ниже, чем у женщин, а среди лиц молодого возраста (до 30 лет) методы профилактики используются лишь в 30%.

Л.Л. Сосулина и соавт. (2015) при анкетировании беременных женщин г. Ижевска выяснили, что только 37,7% пользуются дополнительными средствами гигиены, не знают о связи здоровья полости рта матери и здоровья ребёнка 44,64% женщин, хотя 57,14% хотели бы получить информацию о профилактике стоматологических заболеваний, а 55,35% желали поучаствовать в стоматологической профилактической программе в период беременности.

Е.В. Фирсова (2002) обнаружила, что элементарными знаниями и навыками индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний владеют 42,6 ±2,1% военнослужащих, а информированы о значении гигиены в сохранении стоматологического здоровья лишь 27,9%.

Вместе с тем, по данным К.В. Хроменковой (2015) уровень знаний родителей находится на высоком уровне: более 95% понимают, что зубной налет содержит микроорганизмы и является главным этиологическим фактором развития стоматологических заболеваний. Около 83% родителей знают, что зубы нужно чистить 2 раза в день: утром - после завтрака и вечером - после ужина, и даже 81% родителей знают о необходимости посещения стоматолога 2 раза в год.

С.И. Гажва и соавт. (2010) связывают факт позднего обращения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом с вероятностью отсутствия серьезных жалоб при легкой степени заболевания, а также низкой информированностью населения о серьезности данного заболевания.

Л.М. Цепов и соавт. (2014) отмечают, что в последние годы внимание стоматологов все более фокусируется не только на устранении симптомов, но и на предупреждении обострений воспаления пародонта, что придает важное практическое значение решению проблем комплаентности пациентов в выполнении режима назначений и рекомендаций стоматолога.

Термин «комплаентность» является производным от английских слов «patient compliance», которое означает «соблюдение больным режима и схемы лечения».

I.E. Leppik (1988) считает, что комплаентность состоит из трех составляющих: типа поведения, степени комплаентности и степени целеустремленности пациента. Весьма широко используется и термин «приверженность к терапии» (в англоязычной традиции – «adherence to therapy»), который означает «соблюдение указаний врача». Несмотря на незначительные различия, термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» и в клинической практике часто его заменяет [323]. «Приверженность к терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники) и ее соответствие рекомендациям врача [351].

Известно, что комплаентность, или приверженность к терапии – это степень соответствия поведения больного рекомендациям врача в отношении питания, приема препаратов и других мер, изменяющих образ жизни [207]. Причем, считается, что чем хуже комплаентность пациентов, тем ниже качество лечения [59].

Традиционно проблематика приверженности лечению находится в сфере интересов врачей соматической практики [26, 49, 95, 113, 197, 217, 256, 260, 302, 307, 314, 325, 336, 343] и недостаточно разработана в стоматологии [254].

Пациенты с сахарным диабетом 2-го типа характеризуются низкой приверженностью к лечению ретинальных осложнений. Уровень приверженности к лечению оказывается выше у пациентов без диабетической ретинопатии, они лучше соблюдают режим приема гипогликемических средств, а также в большей степени придерживаются рекомендаций по коррекции факторов риска, соблюдению диеты и контролю глюкозы в крови [113].

Неприверженные пациенты с диагнозом эпилепсия, были менее заинтересованы в вопросах, касающихся заболевания, реже обращались на повторные консультации и достоверно чаще пытались сочетать основную терапию с нетрадиционными методами лечения (39,8%, vs 6,9%, $p=0,05$). Среди приверженных лиц информированность о заболевании оказалась достоверно выше,

особенно это касалось аспектов, связанных с их поведением во время генерализованного приступа, знаниями о способах терапии [49].

При рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей высокий комплаинс пациентов к антибактериальной терапии сопровождался наименьшей частотой повторных эпизодов инфекции при пересчете на год (3,0) в сравнении со средней (4,8) и низкой (7,2) комплаентностью [299].

У пациентов с заболеваниями верхних дыхательных путей комплаинс оказывается ниже, чем у больных пневмонией, обострением хронического бронхита, поскольку последние осознают серьезность своего заболевания и более мотивированы на лечение [321].

Пациентам с острым тонзиллитом свойственны высокий и средний уровни комплаентности. Основными факторами, влияющими на комплаинс, являются недооценка тяжести заболевания, неумышленный пропуск единичных доз антибиотика, забывчивость и безответственность [260].

В исследовании М.Ф. Осипенко и соавт. (2014) принимали участие пациенты с патологией желудочно-кишечного тракта, страдающие язвенной болезнью, хроническим атрофическим гастритом и лица с функциональной диспепсией. Пациенты основной группы дополнительно получали подробные разъяснения о том, насколько важно достижение эрадикации *H. pylori* для улучшения здоровья и профилактики рака желудка, о принципах уничтожения бактерии, важности приема всех препаратов схемы, времени и продолжительности приема лекарственных средств, о возможных побочных эффектах терапии, профилактики повторного инфицирования, а также специально разработанный информационный лист с основными положениями беседы и графиком приема препаратов. Помимо этого, пациенты основной группы дополнительно по телефону консультировались с врачом и сообщали о переносимости терапии, имели возможность задать вопросы относительно предписанного лечения. Пациенты группы сравнения получали аналогичное лечение, однако дополнительных действий, мотивирующих к строгому соблюдению назначенного лечения, не предпринималось. В основной группе все пациенты продемонстрировали высокую

«комплаентность»: согласно проведенному опросу все они приняли не менее 90% из назначенных врачом препаратов. В группе сравнения 27 (15,8% от числа лиц, завершивших исследование) пациентов сообщили о пропуске приема средств, а число таблеток, принятых в ходе проводимого лечения, составило менее 70% от назначенных врачом.

Уровень комплаентности амбулаторных больных артериальной гипертонией характеризуется низким уровнем к проведению медикаментозных мероприятий и крайне низким уровнем к проведению мероприятий по изменению образа жизни [127].

Однако, у пациенток, перенесших инфаркт миокарда, приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний повышается в случае представлений о своем заболевании и при постоянном и тесном сотрудничестве с врачом, а при отсутствии серьезных ухудшений состояния здоровья и повторных госпитализаций степень выполнения врачебных рекомендаций снижается [238].

Среди пациентов стоматологического профиля, по данным И.В. Фирсовой (2008) в $77 \pm 2,1\%$ случаях имеет место низкая степень комплаентности, а Н.А. Голева (2008) оценивает средний и высокий уровень комплаентности.

М.В. Зелинский (2016) приводит данные, что приверженность к проблемам полости рта среди юношей и девушек г. Хабаровска имеет место только в 40% случаев.

Т.Д. Бублий (2015) считает, что в молодом возрасте основными причинами низкого уровня комплаентности у пациентов являются: нехватка времени и высокая стоимость услуг; в среднем возрасте возрастает недоверие к стоматологу и страх; а в пожилом возрасте - взаимосвязь причин.

Е.А. Савина (2011) выяснила, что у большинства опрошенных отсутствует мотивация к лечению у врача стоматолога: соблюдают рекомендованные сроки профилактических осмотров (1 раз в полгода) 15,54% респондентов (из них 8,1% посещают стоматолога с целью лечения зубов), а 84,46% обращаются 1 раз 3-5 лет с целью профилактического осмотра зубов, причем, две трети из них (64,9%) посещают стоматолога только при возникновении у них острой боли.

По данным Д.А. Макурдумян (2013) острая зубная боль и проблемы с уже изготовленными зубными протезами являются основной мотивацией обращения к стоматологу-ортопеду.

Отсроченные визиты к стоматологу по мнению И.К. Гросицкой (2002), чаще всего являются проявлением отсутствия мотивации на лечение.

Хотя по данным Е.А. Савиной (2013) несвоевременные обращения за пародонтологической помощью пациентов г. Саратова при воспалительных заболеваниях пародонта являются: в 58,4% случаях – это страх перед стоматологическим вмешательством, в 34,5% - высокая стоимость лечения и в 7,1% - нехватка времени.

А.А. Бармашевой и соавт. (2014) установлено, что чем ниже комплаентность у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, тем более выражено у них воспаление в пародонте и хуже гигиена полости рта.

Для повышения комплаентности рекомендуют повышать мотивацию через информированность пациента, проводить подбор рациональных доз лекарств, связывать прием лекарств или выполнение рекомендаций врача с привычным режимом дня пациента, обосновывать безопасность или адекватность назначаемой терапии и другие мероприятия [135]. Хотя, эффективность этих методов у пациентов с хроническим пародонтитом не установлена.

Несомненно, что заинтересованность пациентов в лечении и выполнении рекомендаций врача повышает качество лечения, отсутствие же мотивации и низкий комплаенс не только ухудшают результаты лечения, но и способствуют увеличению распространенности тяжелой формы пародонтита, ведущей к потере зубов и снижению качества жизни человека.

1.2. Антибактериальная и бактериальная терапия в комплексном лечении пациентов с хроническим пародонтитом

На сегодняшний день установлено, что главным причинным фактором развития воспалительных заболеваний пародонта являются микроорганизмы

полости рта и их токсины [22, 51, 69, 86, 97, 103, 109, 179, 200, 208, 212, 214, 272, 279, 295, 339, 341, 367].

Микрофлора полости рта – это многокомпонентная система, поддерживающая между собой и макроорганизмом метаболические отношения, основанные на принципах синергизма и антагонизма [286]. Микроорганизмы полости рта образуют биоценозы, заселяя различные ее зоны в определенных соотношениях. В состав биоценоза ротовой полости может входить до 700 видов микроорганизмов, которые находятся между собой в состоянии динамического равновесия и поддерживаются иммунологическими факторами [104, 305, 357]. Для начала заболевания недостаточно влияния патогенных факторов микробной природы, так как микрофлора в поддесневой бляшке присутствует постоянно; необходимо снижение факторов неспецифической и специфической защиты [30, 194]. Хотя, в условиях зубодесневой борозды и пародонтальных карманов существуют ассоциации пародонтопатогенной микрофлоры [99, 112, 162, 264, 267, 369]. Виды данной микрофлоры более агрессивны и способны индуцировать длительное воспаление и разрушение тканей десны и альвеолярного отростка [252].

К пародонтопатогенам относят: *Bacteroides melaninogenicus*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, *Peptostreptococcus micros*, *Bacteroides forsythus*, *Bacteroides intermedius*, *Actinomyces naeslundii*, а также *Actinibacillus actinomicitemcomitans*, дрожжеподобные грибы, микоплазму, нейссерии и др. [92, 169, 307, 308, 315, 340]. Патогенность микрофлоры полости рта объясняется ее адгезивными, инвазивными, токсическими свойствами, вирулентными факторами, способностью сопротивляться иммунной системе хозяина, высокой антибиотикорезистентностью [77, 192].

Установлено [35, 71, 89, 202], что в процессе развития пародонтита состав микрофлоры пародонтального кармана существенно меняется. Так, по данным О.А. Зориной (2011) лидерами роста по мере развития пародонтита являются *P. gingivalis*, *P. intermedia* и *T. forsythensis*, демонстрирующие стойкий рост относительно общей бактериальной массы более чем в 100 раз.

Вместе с тем у каждого индивидуума количественный и качественный состав микрофлоры полости рта различен и зависит от индивидуальных особенностей местного иммунного статуса, гигиены и питания [185].

Зубной налет функционирует как биопленка [72, 100, 292, 353]. Формирование и созревание биопленки происходит в несколько этапов. В начале преобладает факультативно-анаэробная флора и аэробная кокковая флора – стрептококки, энтерококки и нейсерии, затем эту флору вытесняют более строгие анаэробы: пептострептококки, вейлонеллы, бактероиды и актиномицеты [334]. Вследствие снижения колонизационной резистентности облигатной микрофлоры и активации условно-патогенной, а также присоединения патогенной микрофлоры развивается воспаление в пародонте [58, 60, 122, 239, 147, 266, 277]. При этом отмечается дисбактериоз, выраженность которого соответствует степени тяжести поражения пародонта [80, 291, 352, 365].

Одной из важных отличительных особенностей бактерий, находящихся в составе сообществ, а именно биопленки или зубной бляшки, в отличие от свободного их существования, является значительно повышенная резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам [344]. Известно, что внутри зубной бляшки бактерии беспрепятственно размножаются, а после завершения курса лечебных процедур заселяют другие участки полости рта, способствуя развитию хронических процессов и рецидивов заболевания [107].

В последнее время, в биотопах полости рта происходит рост агрессивной микрофлоры, устойчивой к ряду лекарственных препаратов [118, 199, 276, 288, 301, 320], и увеличивается число пациентов с быстрым прогрессированием патологического процесса в пародонте [173].

Резистентность к антибиотикотерапии чаще развивается у бактерий за счет механизмов мутации [10, 136]. Так, *K. Driffield et al. (2008)* установили, что при угнетении антиоксидантных систем в клетках биоплёнок у *P. Aeruginosa* происходит повреждение ДНК, накапливаются мутации и появляется антибиотикорезистентность.

В 2008 году *L.M. Weigel et al.* выяснили, что в полимикробных биопленках у *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium* имеется разнообразное сочетание генов резистентности к антибиотикам (макролидам, тетрациклинам, аминогликозидам), которые могут передаваться между видами.

O. Ciofu (2003), *L.F. Mandsberg et al. (2009)* показали, что *Pseudomonas aeruginosa* способна продуцировать β -лактамазы, которые инактивируют бета-лактамные антибиотики, а также эти бактерии способны выводить антибиотик из клетки со скоростью, превышающей скорость поступления его внутрь клетки.

Несмотря на это, на сегодняшний день, в схему лечения комплексной терапии заболеваний пародонта обязательно включают антибиотики [73, 121, 132, 137, 169, 232, 263, 264, 265, 305], антисептики [42, 84, 155, 187, 312] и фитопрепараты, обладающие антибактериальными свойствами [4, 14, 68, 166, 231].

Конечно, все выше перечисленные медикаментозные препараты позволяют получить хороший клинический результат, но при этом демонстрируют и отрицательные свойства, неоднозначно влияя на микрофлору полости рта, ткани пародонта и нередко приводя к негативным последствиям и побочным эффектам [269].

Так, применение антисептиков может привести к снижению защитных механизмов тканей пародонта против бактерий [332].

О.Б. Рыба (2008) на основании клинических и микробиологических данных установил, что при традиционной противовоспалительной терапии 0,2% водным раствором хлоргексидина биглюконата, анаэробная флора появляется уже через 1 месяц у 50% пациентов, а нормальная флора сохраняется только у 40% пациентов.

Антимикробные препараты у части пациентов вызывают аллергические реакции, дизбактериоз, синдром «иммунологической недостаточности», который приводит к персистенции возбудителя, рецидивам заболевания, а также к возникновению реинфекций агентами другой природы [16, 77, 115, 337].

На сегодняшний день, по мнению М. Ньюмана (2004), ни один современный антибактериальный препарат, используемый при лечении хронического генерализованного пародонтита в терапевтических дозах, как местно,

так и системно, не может привести к полному удалению инфекции из полости рта, и тем более из пародонтальных карманов.

Кроме того, сегодня появились воспалительные заболевания пародонта, обусловленные кандидозной и вирусной инфекцией [23, 44, 163, 230, 258, 268, 311, 364], что говорит о глубоком снижении иммунитета при хроническом течении пародонтита.

Иммунологические изменения при хроническом генерализованном пародонтите связаны с нарушением взаимодействия факторов неспецифической резистентности организма, изменением клеточного и гуморального иммунитета и подавлением системы местного иммунитета [41, 100, 204, 271].

В полости рта при пародонтите [55, 101, 120, 178, 234] наблюдается снижение общей продукции ротовой жидкости, содержания лизоцима и SIgA, происходит увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов с интенсивным кислородзависимым метаболизмом, и миграционной активностью; повышается число иммуноглобулинов классов G; снижается число Т-лимфоцитов периферической крови десны при возрастании В-лимфоцитов (CD22), снижается в сравнении с нормой на 30-50% функциональная активность фагоцитов, возрастает содержание в ротовой жидкости ведущих провоспалительных цитокинов (TNF-а и IL-1) и снижается число противовоспалительных (IL-4); увеличивается содержание среди лимфоцитов клеток, несущих маркеры активации (CD71).

Кроме того у пациентов с пародонтитом в общем кровотоке снижается фагоцитарная активность нейтрофилов, процент Т-лимфоцитов, Т-хелперов и натуральных киллеров, увеличивается число циркулирующих иммунных комплексов и нарастают признаки общей интоксикации организма [52, 224].

Поэтому, для нормализации иммунного статуса организма и поддержания функционального состояния тканей пародонта в терапию пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом включают иммунокорректоры [28, 178, 225].

Так, Л.А. Соболева (2004) предлагает применять «Линимент циклоферона», который способствует исчезновению основных симптомов заболевания, уменьшает число провоспалительных цитокинов (TNF-а и IL-1) и число обострений пародонтита.

А.И. Булгакова (2008) установила, что «Интерферон» и «Миелопид» обеспечивают ускоренную ремиссию хронического генерализованного пародонтита за счет коррекции механизмов местного иммунитета: нормализуя поглотительную активность фагоцитов, повышая содержание секреторного иммуноглобулина А при снижении иммуноглобулинов класса G, уменьшая в ротовой жидкости содержание провоспалительных цитокинов (TNF-а) и увеличивая относительное содержание лимфоцитов с цитотоксической активностью (CD8, CD 16).

Е.А. Кукушкина (2003) обнаружила, что применение «Вилона» быстрее приближает к норме показатели клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитоза, снижает концентрацию IL-1 и повышает уровень IL-4 в слюне.

Л.М. Лукина (2007) установила, что иммуномодулятор «Гепон» в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита приводит к восстановлению баланса цитокинового профиля, а применение «Полиоксидония» и «Гепона» сокращает предоперационную подготовку, ускоряет послеоперационную реабилитацию и позволяет добиться стабильной ремиссии через 6 месяцев наблюдения.

Среди иммуномодуляторов многие авторы [5, 257] выделяют препараты бактериального происхождения, которые способны стимулировать иммунологическую реактивность организма, повышая его естественную резистентность. Данные иммунокорректоры относят к сухим вакцинам - это Имудон, Ликопид, Рибомунил, Бронхо - Ваксон и другие [98, 129, 165, 206, 216, 223, 240].

Однако, в последнее время все чаще в практической медицине применяются препараты, включающие в свой состав нормальную микрофлору или ингредиенты,

направленные на стимуляцию роста нормальной микрофлоры человека, - это, как правило, пробиотики [50, 63, 102, 117, 126, 130, 134, 182, 183, 248, 316, 326].

Пробиотики, или эубиотики, как чаще всего определяют препараты этой группы [79, 168, 210, 306], имеют множество классификаций в зависимости от происхождения, назначения, состава, времени создания и других параметров.

Так, в зависимости от природы составляющих компонентов, их делят на (цитируется по Мирошник О.А., 1997):

- Эубиотики - это бактериальные препараты, действующим началом которых являются живые и лиофильно высушенные культуры микроорганизмов - представители нормальной микрофлоры (примеры: «Бифидумбактерин», «Ацилакт», «Лактобактерин» и т.д);

- Пробиотики - препараты в основном микробной природы, действующим началом которых являются ферментные системы, способные подавлять рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, участвующие в процессе пищеварения и активирующие рост нормальной микрофлоры (примеры: «Бактисубтил», «Биоспорин»);

- Пребиотики - это неперевариваемые в кишечнике пищевые вещества, способные стимулировать рост нормальной микрофлоры (примеры: моносахариды; олигосахариды – лактулоза; полисахариды - пектины, инулин; пептиды; аминокислоты; антиоксиданты - витамины А, С, Е и др.; ненасыщенные жирные кислоты, органические кислоты -пропионовая, уксусная, лимонная и др.);

- Бактериофаги - узкоспецифичные антимикробные агенты, выборочно лизирующие только специфичные бактерии;

- биологически активные добавки (БАД)- лечебно-диетические продукты питания, предназначенные для улучшения работы желудочно-кишечного тракта и восстановления микрофлоры кишечника.

Биологически активные добавки на основе защитных пробиотических бактерий относят к пробиотикам, а с веществами не микробного происхождения, улучшающими кишечную микрофлору - к пребиотикам; в БАД - синбиотики включают комплексы пробиотиков с пребиотическими веществами

[157]. Также БАД могут содержать витамины, пищевые волокна, лекарственные растения, биологически активные минеральные комплексы, а также компоненты пищевого производства, поддерживающие рост самих микроорганизмов, в т.ч. остатки питательной среды, на которой они выращивались [149, 219].

В последние годы с появлением коммерческого интереса производителей, пробиотики подразделяют [7] на: лекарственные бактериальные препараты; биологически активные добавки к пище (БАДы: парафармацевтики или нутрицевтики); продукты функционального питания, содержащие живые пробиотические микробы.

Кроме того в литературе описывается ряд других классификаций пробиотиков, в основе которых лежит количественный состав микроорганизмов, их видовая или родовая принадлежность, наличие дополнительных компонентов и время появления группы препаратов [32, 33, 156].

Так, по количеству видов микроорганизмов препараты пробиотиков разделяют на: монокомпонентные (монопобиотики), поликомпонентные (полипробиотики), комбинированные пробиотики (синбиотики) (цитируется по И.В. Дробот, А.М. Королук, 2010).

По родовой принадлежности, входящих в состав бактерий, [32, 33] пробиотики делят на:

- бифидосодержащие (Бифидумбактерин, Бифидумбактерин-форте и др.);
- лактосодержащие (Лактобактерин, Аципол и др.);
- колисодержащие (Колибактерин, Бификол, и др.);
- пробиотики, содержащие бациллы, сахаромицеты или энтерококки (Бактисубтил, Споробактерин, Биоспорин, Энтерол и др.).

По видовой принадлежности, входящих в состав бактерий, выделяют [33] пробиотики, содержащие:

- молочнокислые штаммы: *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. bulgaricum*, *L. casei*, *L. fermentum*, *B. lactis*; в норме вырабатывают молочную кислоту и, тем самым, создают необходимую для нормального роста и жизни основных микроорганизмов кислотность среды;

- донорские штаммы: пробиотики содержат *B. bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*, *B. adolescents*, *L. rhamnosus*, *E. faecium*, *L. salivarius*; составляют нормальную микрофлору кишечника, в норме такие штаммы составляют от 90 до 93% от общей микрофлоры кишечника;

- антагонисты: *B. subtilis*, *S. boulardii*. в норме не живут в кишечнике человека, но оказывают полезное действие при их приеме внутрь; кроме того, данные бактерии удаляются из кишечника полностью примерно в течение суток после последнего приема.

Существует классификация пробиотиков Л.Н. Мазанковой, Е.А. Лыковой (2004), основанная на времени их создания в медицинской практике:

I поколение - классические монокомпонентные препараты, содержащие один штамм бактерий: Бифидумбактерин, Лактобактерин, Колибактерин;

II поколение - самовыводящиеся антагонисты: Бактисубтил, Биоспорин, Споробактерин и др.

III поколение - комбинированные препараты, состоящие из нескольких штаммов бактерий (поликомпонентные) или включающие добавки, усиливающие их действие: Аципол, Ацилакт, Линекс, Бифилиз, Бифиформ.

IV поколение – иммобилизованные на сорбенте живые бактерии – представители нормофлоры. В настоящее время к ним относятся сорбированные бифидосодержащие пробиотики: Бифидумбактерин форте и Пробифор.

Н.И. Зрячкин (2007) считает, что к пробиотикам не следует относить самоэлиминирующиеся бациллярные (Бактисубтил, Биоспорин, Споробактерин и др.) и сахаромицетосодержащие (Энтерол) препараты с той позиции, что входящие в их состав микроорганизмы не способны к фиксации на эпителиоцитах слизистой оболочки кишечника и к колонизации в кишечнике, они не являются представителями облигатной микрофлоры кишечника человека.

Г.Г. Онищенко (2002) выделяет пробиотики:

- монокомпонентные: бифидосодержащие, лактосодержащие, колисодержащие, спорообразующие (самоэлиминирующиеся антагонисты);

- поликомпонентные(симбиотики):

Бифилонг, Бификол, Окарин, Ацилакт, Линекс, Бифидин, Бифинорм;

- комбинированные (синбиотики):

Бифидумбактерин форте, Бифилиз, Бифиформ, Бактистатин, Примадофилиус, Полибактерин, Пробифор, Кипацид, Аципол;

- рекомбинантные (генно-инженерные):

Субалин.

В последнее время появились модифицированные пробиотики – это микроорганизмы, у которых изменены молекулы на рецепторах для целостной доставки их ко всем отделам желудочно - кишечного тракта и к тканям пародонта [350], благодаря этому повышается их толерантность к воздействию температур, рН среды и кислот. Однако, дефицит исследований об их влиянии на микрофлору кишечника и ткани пародонта ограничивает их использование.

Итак, на сегодня существует большое количество классификаций микробных препаратов.

А.И. Калмыкова (2001) предлагает все бактериальные препараты, направленные на стимуляцию нормальной микрофлоры в пищеварительном тракте, делить на 3 основные группы:

- пробиотики - препараты микробного происхождения,
- пребиотики - препараты немикробного происхождения,
- синбиотики - препараты, полученные в результате рациональной комбинации пробиотиков и пребиотиков.

Пробиотики обладают следующими свойствами:

- ✓ способностью связывать лактобактерии с биопленкой полости рта и препятствовать прилипанию патогенных бактерий к гликопротеинам слюны;
- ✓ ингибируют рост патогенов, вырабатывая молочную кислоту, и повышают рН среды [349, 355], увеличивая уровень пептидных соединений и липофильных субстанций [246];
- ✓ *Lactobacillus reutri*, входящий в состав пробиотиков, выделяет белок бактериоцин, который дает антибиотический эффект, тормозя рост патогенов и обладает противовоспалительным свойством [290], *Lactobacillus acidophilus*-

выделяет ацидофилин и лактоцидин, *Lactobacillus plantarum*- образует лактолин [128]; кроме того, данные лактобактерии [313] способны выделять пептид, оказывающий стимулирующее действие на остеобласты, активирующие остеогенез;

✓ при помощи конечных продуктов обмена пробиотики влияют на процессы апоптоза; способствуют эндогенному синтезу витаминов В, РР, К, С; улучшают всасывание витаминов, поступивших с пищей; способствуют синтезу аминокислот; снижают синтез гистамина; стимулируют иммунные реакции: фагоцитоз, образование иммуноглобулинов, лизоцима [31, 318, 322, 324, 368].

В пародонтологии, на сегодняшний день, широко применяются, как пробиотики, так и синбиотики [38, 53, 79]. Причем, их назначают, как внутрь, так и местно [111, 190, 201, 325].

Э.М. Пожарицкая с соавт. (1994, 1998) назначали таблетки препарата на основе ацидофильных лактобактерий (*Lactobacillus acidophilus*) в 1 дозе, содержащей $1 \cdot 10^7$ КОЕ.

А.И. Грудянов (2001, 2002, 2006, 2009) провел ряд исследований о влиянии пробиотиков на состояние полости рта при пародонтите. Исследовалось влияние препаратов ацилакт, бифидумбактерин и лактобактерин. В первой группе назначался таблетированный ацилакт, во второй - таблетированный бифидумбактерин (1 доза, равная $1 \cdot 10^7$ КОЕ), состоящий из лиофилизированных антагонистически активных штаммов *Bifidobacterium bifidum* с добавлением сахара-желатино-молочной среды; в третьей - оба препарата одновременно; в четвертой - таблетированный лактобактерин; в пятой группе применяли таблетированный лактобактерин одновременно со стандартным комплексным лечением пародонтита, а в шестой группе лактобактерин назначали после комплексного лечения пародонтита на этапе поддерживающей терапии. Таблетированные формы пробиотиков назначались сроком на 28 дней по 10 доз в день в 3-4 приема. В результате исследования выяснили, что лактосодержащие препараты восстанавливают лактофлору в большей степени, чем бифидумбактерин. При пародонтите тяжелой степени концентрация кокковой микрофлоры под

действием бактериальных препаратов практически не увеличивается. При пародонтите средней степени тяжести таблетированные формы действуют менее эффективно, чем при пародонтите легкой степени тяжести. Через 4 недели применения бактериальных препаратов у пациентов начинала восстанавливаться чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Результатом совместного приема ацилакта и бифидумбактерина стало быстрое снижение индекса кровоточивости десен с 1,13 баллов до 0,3 баллов и наиболее длительное его «удержание» на минимальном значении. Данные микробиологических и клинических исследований показали, что более эффективным является использование бактериальных препаратов с первого дня активных вмешательств на пародонте.

Установлено [31, 255], что лактобактерин, включающий в себя *Lactobacillus casei*, стимулирует неспецифическую и специфическую защиту полости рта, повышает концентрацию лизоцима и регулирует уровень секреторного IgA в смешанной слюне, нормализует работу ЖКТ, улучшая состав кишечной микрофлоры и увеличивая число лактофлоры в полости рта.

По данным *T. Matsuoka et al. (2004)* прием таблеток, содержащих модифицированные штаммы *Lactobacillus salivaris* T1 2711, пять раз в день в течение 8 недель способствует уменьшению кровоточивости десен и снижению количества *Porphyromonas gingivalis* в ротовой полости.

Р.Е. Хоружая, А.П. Педорец (2008) при лечении пародонтита назначали прием пробиотика из штаммов *Bacillus subtilis* («Споробактерин»). Местное консервативное лечение было одинаковым и включало стандартную симптоматическую терапию. Общее лечение предусматривало, кроме назначения препаратов, обладающих антибактериальными свойствами, гипосенсибилизирующие средства, витамины и пероральный прием пробиотика «Споробактерина», который рекомендовали употреблять пациентам основной группы три раза в день за полчаса до еды по 2 мл курсом от 7 до 14 дней.

Н.А. Василева (2011) тоже включала в терапию препарат на основе микроорганизмов *Bacillus subtilis*, местно и перорально. В результате отмечалась более быстрая эпителизация, раннее исчезновение болей, снижение индексов,

оценивающих состояние пародонта, улучшение общего соматического состояния пациентов, нормализация показателей иммунитета.

О.А. Перевощикова (2013) в стандартную схему лечения хронического генерализованного пародонтита включала консорциум, содержащий *S. durans* штамм RSH (VKPM В-8717) и *L. mesenteroides subsp. mesenteroides* штамм RSH (VKPM В-8716), 3 раза в день по 1 капсуле внутрь и по 1 таблетке для рассасывания. Курс лечения рассчитывался на 1 месяц. В результате произошло снижение значений стоматологических индексов.

Целью исследования *Monica Vicario (2013)* была оценка клинического эффекта от применения *Lactobacilli reuteri Protectis* (штамм DSM 17938) при лечении легкой и средней степени хронического пародонтита. Пробиотик назначался в виде таблеток перорально в течение 30 дней 1 раз в сутки. В итоге было отмечено снижение кровоточивости десен, скорости образования налета и уменьшение глубины пародонтальных карманов.

Т.М. Бостанджян (2004) предложил схему создания временного искусственного микробиоценоза с помощью штаммов *Lactobacillus acidophilus* и выяснил, что, благодаря комбинированному воздействию «Наринэ» с интерфероном на фоне избирательного применения антибиотиков, результат лечения пародонтита более эффективен, чем при традиционной терапии, и способствует: коррекции показателей местной неспецифической резистентности организма; угнетению патогенной микрофлоры; изменению количественного и качественного состава микроорганизмов, исключая подавление нормальной сапрофитной флоры и количества лактобацилл; существенному сокращению сроков лечения пациентов с различными формами пародонтита.

Г.С. Пашкова (2010) предложила проводить лечение пациентов с пародонтитом с использованием перорального приема препарата на основе *Bifidobacterium bifidum* №1 в количестве 20 доз в сутки в течение 15 дней. Автор сделала вывод, что в комплексном лечении хронического пародонтита средней

степени тяжести пробиотикотерапия является эффективной и может служить альтернативой антибактериальной терапии.

С.А. Бабичев и соавт.(2009), *Y.W. Park (2011)* установили, что использование препарата, содержащего штаммы лактобактерий — *Lactobacillus casei subsp. rhamnosus* и бифидобактерий — *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum* не менее 10^8 — 10^9 КОЭ/мл в виде аппликаций или употребления молочнокислых продуктов с лактобактериями, обеспечивает в полости рта снижение количества стафилококков, кишечной палочки и увеличению концентрации лактофлоры.

Г.Д. Бейбулатов (2014) проводил курс лечения кандидо-ассоциированного пародонтита, включающий прием антибактериального препарата «Натамицин» внутрь и местно в сочетании с пробиотиком «Риофлора Баланс Нео». Отмечено увеличение сроков ремиссии пародонтита в течение 6 месяцев у 86,4% пациентов.

Н.В. Круглова (2011) в схему общего лечения ХГП средней степени тяжести включала прием бифиформа по 2 капсулы (независимо от приема пищи) в течение 3 недель. Результаты исследования показали снижение всех индексов воспаления пародонта.

В выше приведенных исследованиях представлены данные по применению пробиотиков и синбиотиков внутрь и их опосредованном действии на состояние полости рта, а именно ткани пародонта.

Однако, имеется ряд работ, где представлены данные о положительном действии пробиотиков при местном их применении в стоматологии.

Так, К.А. Поляков (2010) применял при лечении фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области пробиотические препараты «Эуфлорин-L» и «Эуфлорин-B», которые использовали в различных формах: для промывания ран, наложения препаратосодержащей мази на очаг воспаления, нанесение препарата на марлевом тампоне под повязку. Результаты показали сокращение сроков заживления ран и быстрое их очищение от 1,5 до 3 дней.

Е.И. Дерябин (2001) исследовал воздействие сухого бифидобактерина и лактобактерина форте, разведенных в физрастворе на патогенную микрофлору, высеянную из гнойной раны. Экспериментальные и клинические исследования

показали, что эубиотики подавляют рост патогенной микрофлоры за счет существующего между ними антагонизма и повышают чувствительность к антибиотикам.

Л.В. Агеева (1999) перед хирургической операцией по устранению небной расщелины у детей 1 года жизни местно и внутрь назначала ацилакт. В результате отмечено заживление раны первичным натяжением и отмечено отсутствие у пациентов кандидозного стоматита, хотя до применения пробиотика он встречался в 30% случаев.

P. Krasse et al. (2005) предложили включать пробиотики в состав жевательной резинки для лечения гингивита. Исследование проводили у 59 пациентов с гингивитом средней степени тяжести. Всем пациентам в течение 14 дней 2 раза в день предлагалось жевать жевательную резинку, в составе которой был включен *L. reuteri* в концентрации $1 \cdot 10^8$ КОЕ. Через 2 нед в группе обследуемых, употреблявших жевательную резинку с пробиотиком, отмечалось улучшение клинических показателей тканей пародонта.

M. Keller et al. (2012) предложили 25 испытуемым (с субъективной оценкой неприятного запаха из полости рта по 5 балльной шкале) жевать жвачку, содержащую два штамма пробиотических лактобацилл (*L. reuteri* DSM 17938 и *L. reuteri* и ATCC ЗБТ 5289) 2 раза в день в течение 14 дней. После проведенного лечения органолептическая оценка галитоза у пациентов, использующих жевательные резинки с пробиотиками, была ниже, чем у пациентов группы - плацебо.

S. Twetman et al. (2009) применяли жевательные резинки с содержанием двух штаммов *Lactobacillus reuteri*: ATCC 55730 и atcc ЗБТ 5289 (1×10^8 КОЕ) у 42 пациентов с гингивитом. Испытуемые были разделены на 3 группы: первая группа - жевали одно плацебо и одну жевательную резинку с бактериями, вторая - обе резинки с бактериями, и третья - обе плацебо жевачки. По инструкции жевали 2 недели по 10 минут, ежедневно. Улучшение клинических показателей было отмечено во всех группах, но в 1 и 2 группах это различие было статистически значимое, а также у них выявлено снижение уровня провоспалительных цитокинов.

Ricca et al. (2007) изучали влияние бактерий *Lactobacillus brevis* на активацию медиаторов воспаления. Ими 21 пациенту было предложено рассасывать пастилки с пробиотиком 4 раза в день в течение 4 дней. В итоге наблюдения у всех пациентов улучшилась клиническая картина и исчезли симптомы гингивита, снизился уровень провоспалительных цитокинов в десневой жидкости.

А.Д. Абарцумян (1983) использовал штамм молочнокислых бактерий Ер317/402 в виде суспензий, вводя на тампонах в пародонтальные карманы. В результате проведенного лечения прекращалось гноетечение из карманов, снижалась кровоточивость и исчезал зуд в деснах.

А.И. Грудяновым и соавт. (2001, 2002, 2006) предложен способ лечения пародонтита взвесью препарата на основе ацидофильных лактобактерий (штаммы *L. plantarum* и *L. fermentum*). Содержимое ампулы они разводили в 1 мл дистиллированной воды и полученную смесь ежедневно вводили на ватных турундах в пародонтальные карманы на 30 мин в течение 4 нед. Использование ампульного лактобактерина при лечении пародонтита легкой и средней степени тяжести позволило сохранить нормальный состав микрофлоры. Причем, при легкой степени пародонтита таблетированная и ампульная формы были одинаково эффективны, а при средней степени тяжести пародонтита, преимущество оказалось у ампулированных препаратов.

Г.Ш. Зубаирова (2009) разработала и применяла состав лечебного геля, включающего лейкоцитарный интерферон и пробиотик «Бактисубтил» (1 капсула содержит 35 мг высушенного порошка бактерий штамма *Bacillus cereus* IP 5832, кальция карбоната 25 мг и каолина 100 мг;), в результате происходила элиминация энтеропатогенных бактерий штаммов *E. coli*, *Staphylococcus aureus*, бактерий рода *Proteus* и увеличивалось содержание sIgA. Повторная обращаемость в клинику в течение года пациентов с разработанной схемой лечения составила только 3,7% (против 21,3% в группе сравнения).

А.В. Самойленко с соавт. на фоне стандартного лечения хронического генерализованного пародонтита назначали с первых дней лечения ацилакт. Содержимое ампулы разбавляли 1мл дистиллированной воды. Полученную взвесь

на турунде вводили в пародонтальный карман на 15 мин. Результаты исследования показали увеличение лизоцима, SIgA в смешанной слюне, снижение уровня обсемененности тканей пародонта патогенными микроорганизмами у пациентов, получавших ацилакт. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что состав нормальный микрофлоры полости рта сохраняется до 6 месяцев, тогда как в контрольной группе уже через 1-3 месяца после окончания лечения увеличивается концентрация патогенных микроорганизмов. Кроме перечисленных положительных сторон лечебной схемы с ацилактом, применяемого местно, у 26,1% пациентов в качестве положительного эффекта отметили нормализацию деятельности ЖКТ.

А.И. Воложиным и соавт. (2004) разработан и защищен патентом способ доставки к тканям пародонта штаммов *Lactobacillus* (патент №2240771 от 29.10.03), иммобилизованных на коллагене. После лечения пациентов с пародонтитом данный способ позволил достичь срока ремиссии заболевания до 6—9 мес.

А.Б. Сидоренко (2004) запатентовал способ применения пародонтальной повязки с лактобактериями (Пародонтальная повязка, патент № 2240771 от 29 октября 2003 г.). По его данным применение такой повязки приводит к снижению числа повторных рецидивов, что обуславливает существенное уменьшение количества и частоты выделения из пародонтальных карманов представителей агрессивных видов микробов (пигментообразующих бактериоидов, актиномицетов и *S. intermedius*), а также дрожжеподобных грибов *C. Albicans*; происходит возрастание доли SIgA в белковом компоненте ротовой жидкости, причем, как у пациентов без соматической патологии, так и при сахарном диабете.

Итак, анализ литературных источников показал, что чаще в терапии заболеваний пародонта применяются сухие формы бактериальных препаратов, как внутрь в виде таблеток, так и местно.

Известно [65, 114, 182, 249], что сухие пробиотики – это специальным образом высушенные (лиофилизированные) культуры микроорганизмов в виде мелкодисперсного порошка. Выпускаются они в форме таблеток, капсул или порошков для приготовления суспензии. Они имеют длительные сроки годности и

не требовательны к изменениям температуры хранения. Главным недостатком их является то, что процесс лиофилизации бактерий переводит их в состояние анабиоза (неактивного состояния). Для активации микроорганизмов требуется 8-10 часов. Но большая часть бактерий в эти сроки выводится из организма человека. Кроме того, в процессе лиофилизации бактериальные клетки теряют специфические рецепторы, которые помогают им закрепляться на поверхностях эпителия, поэтому время их пребывания в кишечнике снижается, а время активного действия в пародонтальных карманах резко сокращается.

Жидкие пробиотики или синбиотики – это растворы или суспензии, которые изначально не подвергаются процессу лиофилизации (сушки) и содержат определенное число живых активных бактерий, а также субстрат, которым они питаются.

Жидкие формы пробиотиков обладают следующими преимуществами перед сухими формами [24, 278]:

- ✓ они сохраняют питательный субстрат, содержащий дополнительные ингредиенты (витамины, микроэлементы, аминокислоты и др.), а также продукты метаболизма, выработанные бактериями в процессе своей жизнедеятельности, такие, как например молочная кислота, низкомолекулярные жирные кислоты, которые улетучиваются при лиофилизации;

- ✓ обладают антагонистической активностью в отношении условно-патогенной и патогенной микрофлоры, а также высокой скоростью роста с минимальной способностью к транслокации из пищеварительного тракта;

- ✓ имеют выраженную кислотоустойчивость и хорошую приживаемость на всех слизистых;

- ✓ характеризуются присутствием протеолитических ферментов, участвующих в расщеплении лактозы и белка коровьего молока (в том числе благодаря наличию в составе аминокислот);

- ✓ содержат только молодые клетки микроорганизмов, которые обладают максимальной способностью к размножению.

А.Ю. Зорин с соавт. (1998) установили, что эффективность жидких препаратов при дисбиозах превосходит эффективность сухих бифидобактеринов, а лечебный эффект на фоне терапии жидкими бифидобактеринами развивается уже через 1-2 месяца, тогда как применение сухих бифидобактеринов приводит к улучшению клинической и лабораторной симптоматики только через 3-6 месяцев.

В исследовании Э.Г. Ведешинной (2010) все пациенты с хроническим пародонтитом средней степени тяжести получали жидкий синбиотик «Нормофлорин® - Д». Назначение пробиотика начинали со второй недели лечения (после протомикробной терапии) в виде инстилляций в пародонтальные карманы в дозе 0,2 мл по 5 процедур ежедневно, затем его апплицировали на десну в течение 10 минут, курсом 5 дней; а также назначали внутрь с первого дня лечения утром и вечером за 20-30 минут до еды в течение 30 дней. Результаты лечения выявили восстановление микрофлоры пародонтальных карманов, снижение стоматологических индексов (ОHI-S; РМА; ИК; PI, Russel; СРITN), уменьшение глубины зондирования пародонтальных карманов и стабилизацию зубодесневого прикрепления. В более ранние сроки улучшились субъективные ощущения пациентов, далее произошло восстановление нормальной концентрации лактобактерий, уменьшилось число пародонтопатогенных видов микроорганизмов, снизилась частота рецидивов, сроки клинического лечения сократились на 50%, повысились показатели качества жизни данного контингента лиц.

Итак, обзор литературных данных показывает, что несмотря на разработку разных подходов и включение в комплекс лечения пациентов с хроническим пародонтитом высокоактивных лекарственных препаратов, проблема пародонтита сохраняется, а распространенность заболевания не снижается.

По-видимому, для решения этой проблемы должны прилагаться усилия не только врача, но и пациента, то есть важен уровень его комплаентности. Пути повышения комплаентности могут быть разные, как через информированность, так и через подбор адекватных и безопасных средств и методов лечения, эффективность которых требует изучения и доказательства.

ГЛАВА 2. ОБЪЕКТ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования. Клиническая характеристика обследованных пациентов

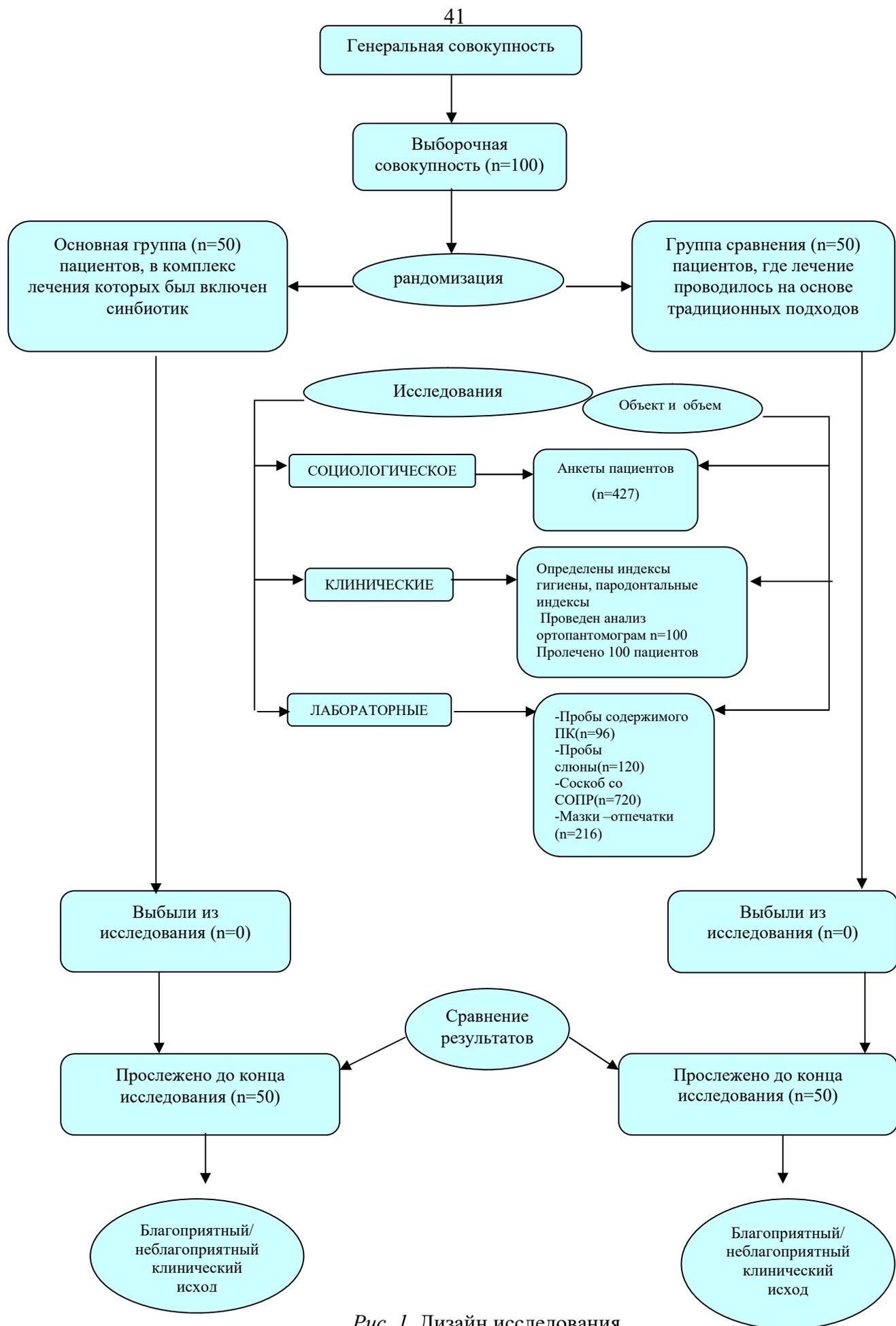
Клинико-социологическое исследование было проведено в период с 2013 по 2016 гг. на базе БУЗ «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска.

Для осуществления поставленной цели и выполнения сформулированных задач нами проведено исследование, включающее наблюдение двух параллельных групп пациентов с патологией пародонта и проведение клинических и лабораторных методов исследования с анализом анкет-опросников на выявление уровня мотивации и комплаентности обследуемых лиц к профилактическим мероприятиям (Рисунок 1). Проведенное исследование является одноцентровым, т.е. проведено на базе одного лечебного учреждения; открытым – и врач и пациент знали, какая терапия назначена; проспективным (группы были сформированы до сбора данных); контролируемым - проанализированы данные основной и группы сравнения. При распределении пациентов на группы мы использовали метод рандомизации (календарным способом по четным и нечетным дням), позволяющий обеспечить надежность и достоверность контролируемого исследования.

В качестве метода формирования выборочной совокупности в данном клиническом исследовании была использована целенаправленная выборка (выбор типичных элементов по установленным критериям с применением простого случайного отбора).

Из схемы (Рисунок 1) видно, что проведены социологические, клинические и лабораторные методы исследования, в объеме которых проанализировано 427 анкет, проведено курсовое лечение 100 пациентов.

Исследования были выполнены с информированным согласием пациента, соответствовали этическим принципам с соблюдением этических норм с разрешения Этического комитета ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (заключение комитета по биоэтической этике №444 от 28.04.2015 года).



Всего обследовано 100 человек в возрасте от 18 до 60 лет с диагностированным хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести.

Диагноз «Хронический генерализованный пародонтит легкой и средней степени тяжести» устанавливали на основании классификации 1983 года (XVI пленум Всероссийского общества стоматологов) с дополнениями 2001 года [37] и согласно «Протокола лечения пародонтита», утвержденного 30 сентября 2014 года (<http://www.amelident.ru/assets/downloads/standarty/parodontit.pdf>). Степень деструкции альвеолярной кости определялась рентгенологическим методом в соответствии с критериями определения тяжести хронического воспаления [185].

Критериями включения пациентов в наблюдение было:

- диагностирование хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести, подтвержденное рентгенологическим методом исследования;
- возраст от 18 до 60 лет;
- согласие пациента на рентгенологическое, иммунологическое и микробиологическое обследования;
- отсутствие тяжелой соматической патологии (онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез, эндокринная патология и т.д.);
- добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- отказ пациента от участия в исследовании;
- период беременности и лактации;
- повышенная индивидуальная чувствительность к назначаемым препаратам местного действия;
- тяжелая патология прикуса (дизокклюзия, глубокая окклюзия, перекрестный прикус, аномалия положения зубов);

– аномалии мягких тканей полости рта (высокое прикрепление уздечек, малое преддверие полости рта, высокое прикрепление тяжелой переходной складки);

– тяжелая степень хронического генерализованного пародонтита.

Всем пациентам определялся план лечения, включающий по показаниям терапевтические, ортодонтические, хирургические и ортопедические методы лечения. Все обследованные пациенты в зависимости от назначаемого терапевтического лечения пародонтита были рандомизированы соответственно на две группы. Характеристика групп представлена в таблицах 1, 2 и 3, которые показывают их однородность.

В основную группу вошли 50 пациентов (таблица 1, 2, 3), средний возраст которых составил $37,3 \pm 10,9$ лет, получавшие следующие лечебные мероприятия по посещениям:

в 1-ое посещение пациентов обучали гигиене полости рта и контролировали гигиенические навыки, удаляли назубные отложения с использованием ультразвуковых скейлеров и механических инструментов, проводили антисептическую обработку тканей пародонта 0,05% хлоргексидином и давали рекомендации на дом по рациональной гигиене полости рта, в том числе и проведение ротовых ванночек «Эуфлорином-L» с первого дня лечения, утром и вечером после чистки зубов в течение 7-10 дней (в зависимости от тяжести заболевания) в объеме 10 мл в течение 5 минут, после сплюнуть;

во 2-ое посещение проводили контроль гигиены полости рта, избирательное шлифование (по показаниям), коррекцию и полировку пломб в полостях II, III, IV и V классов;

в 3-е посещение при пародонтите средней степени тяжести (по показаниям) под аппликационной и инфильтрационной анестезией Ультракаин Д-С 1:200000 1,7ml проводили кюретаж и удаление поддесневых зубных отложений с помощью кюрет Грейси (5/6, 7/8, 11/12, 13/14) под антисептической обработкой 0,2% водным раствором хлоргексидина и накладывали защитную повязку из «Репина» на сутки [86] (рационализаторское предложение № 35.15 от 09 декабря 2015 года,

Таблица 1.

Распределение пациентов по соматическому статусу

Группа	Число пациентов				
	Практически здоровых		Соматически отягощенных		Итого, абс. число
	абс. число	%	абс. число	%	
Основная	34	68,0	16	32,0	50
Сравнения	31	62,0	19	38,0	50
<i>Всего</i>	65	65,0	35	35,0	100

Таблица 2.

Распределение пациентов по гендерному и возрастному признакам

Возраст (лет)	Мужчин				Женщин			
	Основная группа		Сравнения группа		Основная группа		Сравнения группа	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
18-30	6	6,0	9	9,0	9	9,0	5	5,0
31-45	5	5,0	3	3,0	16	16,0	15	15,0
46-60	6	6,0	5	5,0	8	8,0	13	13,0
<i>Всего</i>	17	17,0	17	17,0	33	33,0	33	33,0

Таблица 3.

Распределение пациентов по степени тяжести пародонтита

Группа	Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести		Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести	
	абс. число	%	абс. число	%
Основная	26	26,0	24	24,0
Сравнения	23	23,0	27	27,0
<i>Всего</i>	49	49,0	51	51,0

приложение №1) - рисунок 2;



Рис. 2. Наложение защитной повязки из «Репина»

рекомендовали в течение 2-3 дней воздержаться от грубой пищи и проводить щадящую гигиену (только мягкими или супермягкими зубными щетками, к примеру Curaprox).

В последующие 3-5 посещений (в зависимости от тяжести пародонтита) – проводили орошение десен и промывание пародонтальных карманов синбиотиком «Эуфлорин-L» в объеме 5 мл из шприца с мягкой насадкой с наложением защитной повязки из «Репина» на сутки [86] (рационализаторское предложение № 35.15 от 09 декабря 2015 года, приложение №1).

После проведенного поликлинического лечения пациентам рекомендовали в течение 3-х дней проводить ротовые ванночки с «Эуфлорином-L» в объеме 10 мл 1 раз в день после еды.

Эуфлорин– это жидкий синбиотик (торговое название препарата: Эуфлорин-L (св-о о гос. регистрации №77.99.23.3.У.9697.11.07 от 114.11.2008 - Приложение №2), выпускаемый в форме суспензии - однородной мутной жидкости от светлого до темно-коричневого цвета с образованием лактобактерийного хлопьевидного осадка, отечественного производства ЗАО «Катарсис», г. Ижевск.

Лечебные свойства препарата обусловлены его активными ингредиентами: жидким концентратом лактобактерий *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus plantarum* в количестве не менее 10^8 - 10^{10} КОЕ пробиотических единиц в 1мл в физиологически-активном состоянии. В состав субстрата входят также другие вещества природного происхождения: витамины (B1, B2, B3, B6, B12, H, PP, C, E);

микроэлементы (Fe, Cu, Ca, K, Na, Zn, Mg, Mn); органические кислоты (молочная, пропионовая, уксусная, янтарная); незаменимые аминокислоты (валин, изолейцин, лейцин, лизин, метионин, триптофан, треонин, фенилаланин), а также аминокислоты (аланин, аргинин, орнитин, аспарагин, глицин, серин, пролин, цистин); гликопротеидный комплекс (мурамилдипептид); лизоцим и лактаза.

Лечебное действие препарата «Эуфлорин-L» обусловлено свойствами ингредиентов, входящих в состав (антагонистическая активность, иммунокорректирующее действие, детоксикационный эффект, оптимизация обменных процессов, повышение противомикробной резистентности).

Препарат применяется в общей медицинской практике для профилактики дисбактериоза и восстановления нарушенной микрофлоры ЖКТ, при пищевых токсикоинфекциях, антибактериальной, химиотерапии, лучевой терапии и при лечении цитостатиками, хронических заболеваниях ЖКТ, энтеро- и ротавирусных инфекциях, при вторичных иммунодефицитах, аллергических заболеваниях, лактозодефицитных энтеропатиях, различных иммунных нарушениях с кожными проявлениями, для повышения резистентности к ОРВИ, при сахарном диабете, в косметологии (для очистки кожи лица), для санации носовых ходов при насморке. В показаниях к его применению указаны стоматиты и гингивиты.

«Эуфлорин-L» назначали с учетом следующих противопоказаний: повышенная индивидуальная чувствительность к какому-либо из ингредиентов препарата.

В процессе клинических наблюдений у пациентов основной группы учитывали наличие, характер и время проявления возможных побочных эффектов и осложнений.

В группу сравнения были включены 50 человек (таблица 1, 2, 3) со средним возрастом $38,8 \pm 11,6$ лет, которым также проводили пародонтологическое лечение на основе традиционных методов («Протокол лечения пародонтита», от 30.09.14 года (<http://www.amelident.ru/assets/downloads/standarty/parodontit.pdf>), включающее в себя: профессиональную гигиену полости рта, обучение и контроль

за навыками проведения гигиены, закрытый кюретаж (по показаниям). Данный объем лечебных мероприятий проведен в первые три посещения.

В последующие 3-5 посещений (в зависимости от тяжести пародонтита) – проводили орошение десен и промывание пародонтальных карманов 0,05% хлоргексидином. После проведенного поликлинического лечения пациентам рекомендовали в течение 3-4 дней после чистки зубов наносить гель «Метрогил Дента» или бальзам для десен «Асепта - адгезивный» на область десен тонким слоем, пальцем или при помощи ватной палочки.

Пациентам обеих групп после завершения поликлинического лечения выдавались памятки с правилами проведения гигиенических процедур (Рисунок 3).

Уважаемый пациент, предлагаем Вам памятку для сохранения здоровых зубов и десен:



1. Чистить зубы необходимо 2 раза в день.
2. Первая чистка проводится после завтрака, вторая - перед сном.
3. Зубная щетка устанавливается на десну концами ворсинок с давлением без ощущения боли, под углом 45°.
4. Движения зубной щетки проводятся от десны к жевательным или режущим поверхностям зубов с язычной (небной) и щечной сторон, выметающими или круговыми движениями.

Рис.3. Памятка для пациента

2.2. Клинические методы обследования пациентов

Клиническая оценка состояния тканей пародонта и мотивация обследуемых пациентов к проведению гигиенических мероприятий и соблюдению сроков лечения проводилась: через неделю, две и шесть недель, установленные протоколом лечения от 30 сентября 2014 года (<http://www.amelident.ru/assets/downloads/standarty/parodontit.pdf>), а также спустя три и шесть месяцев после проведенного лечения. В динамике наблюдения

анализировались значения клинических показателей, полученные: до начала лечения, сразу после лечебных процедур, спустя 3 месяца и через 6 месяцев.

В объем клинических методов обследования включали: жалобы, опрос, осмотр. Путем опроса выявляли наличие и характер сопутствующих соматических заболеваний, аллергологический анамнез. Стоматологическое обследование пациентов проводили согласно рекомендациям СтАР (2003). При осмотре оценивали состояние слизистой оболочки полости рта, десен. Пальпаторно определяли величину, консистенцию региональных лимфатических узлов. Проводили перкуссию зубов, определяли степень их подвижности, оценивали состояние тканей пародонта с помощью стандартного набора стоматологических инструментов и индексов:

1. *Massler M., Schour I., 1947 в модификации Parma C., PMA (1960);*
2. *Muhlemann- Son (1971);*
3. *Silness-Loe, PI (1963);*
4. *Podshadley, Haley, PHP (1968);*
5. *Green, Vermillion, OHI-S (1964);*
5. *CPI (ВОЗ).*

Все полученные данные при клиническом обследовании пациента заносили в карту со специально разработанным вкладышем, в которую включали Ф.И.О, жалобы, зубную формулу, гигиенические и пародонтальные индексы (Приложение №3).

Папиллярно – маргинально – альвеолярный индекс (Massler M., Schour I., 1947 в модификации Parma C., 1960) (PMA).

Для лучшей визуализации слизистую десны окрашивали раствором Люголя [21]. Учитывали состояние десен в области всех имеющихся зубов:

- 0 баллов – нет воспаления;
- 1 балл – воспаление только межзубного сосочка;
- 2 балла – воспаление маргинального края десны;
- 3 балла – воспаление альвеолярной десны.

Расчет производили по формуле: $PMA = (\text{сумма показателей каждого зуба} / 3 * \text{количество зубов}) * 100\%$

Оценка:

До 30% - легкая степень гингивита;

31 – 60% - средняя степень;

61% и выше – тяжелая степень гингивита.

Индекс кровоточивости десен (Muhlemann u Son, 1971) (ИК).

Кровоточивость определяли в области 1.6, 1.2, 2.4, 3.2, 3.6, 4.4 зубов при введении зонда в десневую борозду или пародонтальный карман.

Критерии оценки:

0 – нет кровоточивости;

1 степень – при зондировании десневой борозды обнаруживается точечное кровоизлияние;

2 степень – появление пятна;

3 степень – межзубной промежуток заполнен кровью;

4 степень – сильное кровотечение, кровь заполняет десневую борозду сразу после зондирования.

Индекс зубного налета (Silness-Loe, 1963) (PI, Silness-Loe).

Степень интенсивности налета и его толщину в области шеек зубов 1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2, 4.4 проводили с помощью зонда. Каждый из четырех десневых районов зуба: центральный вестибулярный, центральный язычный, дистальный, медиальный, был обозначен от 0 до 3; это явилось индексом бляшки для определенного района. Кончиком зонда проводили по поверхности зуба у десневой бороздки после того, как зуб тщательно высушен: если мягкое вещество не прилипало к кончику зонда, район считали чистым.

Оценка:

0 степень – при осмотре и зондировании зубной налет не выявлен;

1 степень – когда простым глазом нельзя обнаружить бляшку in situ, но бляшка становится видимой на кончике зонда после проведения им по поверхности зуба у десневой бороздки;

2 степень – десневой участок покрыт слоем бляшки от тонкого до умеренно толстого. Бляшка видна невооруженным глазом;

3 степень – интенсивное отложение налета, охватывающее также межзубное пространство.

Расчет проводился по формуле: $PI = \text{сумма кодов для всех зубов} / \text{число обследованных зубов}$.

Индекс эффективности гигиены полости рта (Podshadley, Haley, 1968) (PHP).

Окрашивали вестибулярные поверхности 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 и язычные – 3.6, 4.6. В случае отсутствия индексного зуба обследовали другой, но в пределах одноименной группы зубов.

Обследуемую поверхность каждого зуба условно делили на 5 участков:

- 1 - медиальный
- 2 – дистальный
- 3 – срединно-окклюзионный
- 4 – центральный
- 5 – срединно-пришеечный

Оценка:

- 0 – отсутствие окрашивания
- 1 – выявлено окрашивание

Расчет проводили по формуле: $PHP = \text{сумма кодов всех зубов} / \text{количество обследованных зубов}$.

Оценочные критерии:

Значение индекса:	Уровень гигиены:
0	отличный
0, 1 - 0, 6	хороший
0, 7- 1, 6	удовлетворительный
1, 7 и более	неудовлетворительный

Упрощенный индекс гигиены полости рта (Green, Vermillion, 1964) (OHI-S).

Состоит из 2 компонентов: индекса зубного налета и индекса зубного камня. Для определения индекса обследовали 6 зубов: 16, 11, 26, 31 - вестибулярные

поверхности, 36, 46 - язычные поверхности. Оценка зубного налета проводилась с помощью окрашивающих растворов.

Значение индекса зубного налета:

- 0 - нет налета;
- 1 - налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
- 2 - налет покрывает до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба;
- 3 - налет покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

Наддесневой и поддесневой камень определили с помощью зонда.

Значение индекса зубного камня:

- 0 - зубной камень не выявлен;
- 1 - наддесневой зубной камень, покрывающий не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
- 2 - наддесневой зубной камень, покрывающий более $\frac{1}{3}$, но менее $\frac{2}{3}$ поверхности зуба, или наличие отдельных отложений поддесневого зубного камня в пришеечной области зуба;
- 3 - наддесневой зубной камень, покрывающий более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба, или значительные отложения поддесневого камня вокруг пришеечной области зуба.

Расчет проводили по формуле: $ИГ = (ИЗН+ИЗК) / n$, где *ИЗН* - индекс зубного налета, *ИЗК* – индекс зубного камня, *n* – число обследуемых зубов.

Разделив сумму баллов на их число, получали показатель гигиены полости рта.

Оценочные критерии:

- 0 - 1,2 - хороший;
- 1,3 - 3,0 - удовлетворительный;
- 3,1 - 6,0 - плохой.

Значение показателей зубного налета или зубного камня:

- 0 - 0,6 - хороший;
- 0,7 - 1,8 - удовлетворительный;
- 1,9 - 3,0 - плохой.

Коммунальный пародонтальный индекс (CPI, ВОЗ):

Зубной ряд условно делили на 6 частей (секстантов), включающих следующие зубы: 17/14 13/23 24/27 34/37 43/33 47/44. Пародонт обследовали в каждом секстанте.

Секстант обследовали, если в нем присутствовали два или больше зубов, не подлежащих удалению. Если в секстанте оставался лишь один зуб, он был включен в соседний секстант, а данный секстант исключен из осмотра. У взрослого населения, начиная с 18 лет и старше, осматривали 10 индексных зубов, которые идентифицированы как наиболее информативные: 17/16 11 26/27 47/46 31 36/37.

При обследовании каждой пары моляров учитывался только один код, характеризующий наихудшее состояние. Оценку состояния тканей пародонта осуществляли в 6 участках по следующим кодам и критериям:

0- интактный пародонт;

1- кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования;

2- зубной камень или другие факторы, задерживающие налет (нависающие края пломб и др.), видимые или ощущаются во время зондирования.

3- патологический карман 4 или 5 мм (край десны находится в черной области зонда или скрывается метка 3,5 мм);

4- патологический карман глубиной 6 мм или более (при этом метка 5, 5 мм или черная область зонда скрываются в кармане).

x- исключенный секстант, когда присутствует только один зуб или нет ни одного зуба (третьи моляры исключаются, кроме тех случаев, когда они находятся на месте вторых моляров).

2.3. Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования включали в себя определение иммунологического статуса полости рта и микробиологическую оценку биотопов десны.

2.3.1. Иммунологические методы исследования

Для характеристики иммунологических показателей изучены следующие биотопы полости рта: слюны, десны и пародонтальных карманов. Исследования проведены у 30 пациентов основной и группы сравнения. Всего проведено 1056 иммунологических тестов.

Местный иммунитет полости рта определяли по следующим показателям: реакции адсорбции микроорганизмов (РАМ) всего проведено 216 проб, фагоцитарной активности (фагоцитарный индекс и фагоцитарное число) – 240 проб, НСТ-тест – 240 проб, ИАН (индекс активации нейтрофилов) – 240 проб, секреторному иммуноглобулину А – 120 проб.

РАМ определяли по методу Т.А. Беленчук (1985) в бактериологической лаборатории БУЗ «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска. Эпителий для исследования получали при помощи мазка-отпечатка (стерильную ученическую резинку прикладывали к десневой борозде/ пародонтальному карману), который переносили на предметное обезжиренное стекло (“Citoglass”) контактным способом для микроскопии.

Стекла после этого высушивали на воздухе, фиксировали и окрашивали по Романовскому-Гимзе (ООО“МиниМед”). Микроскопию проводили при помощи светового микроскопа (фирмы “ЛОМО”) в жидкой иммерсионной системе (ООО“МиниМед”) с 1000-кратным увеличением (Рисунок 4).

Просматривали 100 клеток. Оценивались целостные структуры эпителиальной клетки, ее размеры, интенсивность окрашивания ядра и цитоплазмы. Цитоплазма была окрашена в ярко-голубой цвет. Ядро имело фиолетовую окраску, округлую форму и мелкозернистую структуру. На фоне цитоплазмы клеток хорошо видны и окрашиваются в интенсивно фиолетовый цвет микроорганизмы, фиксированные на ее поверхности- кокки, диплококки, палочковидные формы, иногда дрожжеподобные грибы, число и видовой состав которых варьировал.



Рис.4. Световой микроскоп с 1000-кратным увеличением

Оценка:

1. Эпителиоциты правильной полигональной/округлой формы с четкими контурами. Цитоплазма светлая, однородная. Ядро округлое, небольших размеров, с мелкой зернистостью, окрашено в фиолетовый цвет. Микроорганизмов до 10 (Рисунок 5);
2. Эпителиоциты округлой формы. Ядро больших размеров, чуть больше зернистости и более интенсивная фиолетовая окраска. Микроорганизмов 10-50 (Рисунок 6);
3. Ядро и цитоплазма меньше воспринимают окраску, целостность контура не нарушена, но может быть несколько деформирована. Микроорганизмов 50-100 (Рисунок 7);
4. Микроорганизмов более 100. Клетки «нашпигованы» микроорганизмами и находятся в состоянии частичной деструкции, контуры деформированы (Рисунок 8).

Оценка: если более 50% эпителиальных клеток из числа просмотренных в мазке относились к 1 и 2 группам, то уровень неспецифической резистентности считали неудовлетворительным, при превалировании 3 и 4 групп реакцию адсорбции микроорганизмов оценивали положительной, а уровень неспецифической резистентности организма - удовлетворительным.

Кроме того, по проценту «+»РАМ судили о неспецифической резистентности организма:

«+» РАМ 70% и выше, то функциональное состояние хорошее, при «+» РАМ 31-69% - удовлетворительное, при менее 31% - неудовлетворительное.



Рис. 5. Микроорганизмов до 10

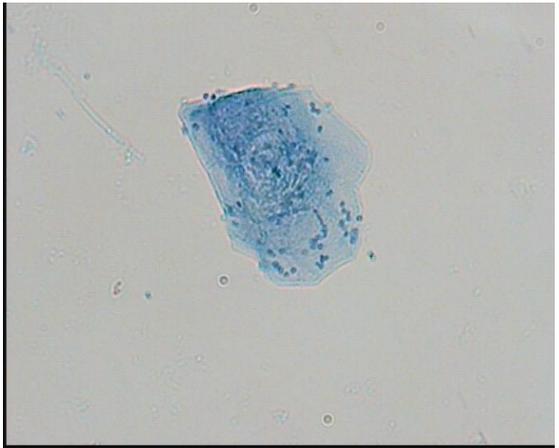


Рис. 6. Микроорганизмов 10-50

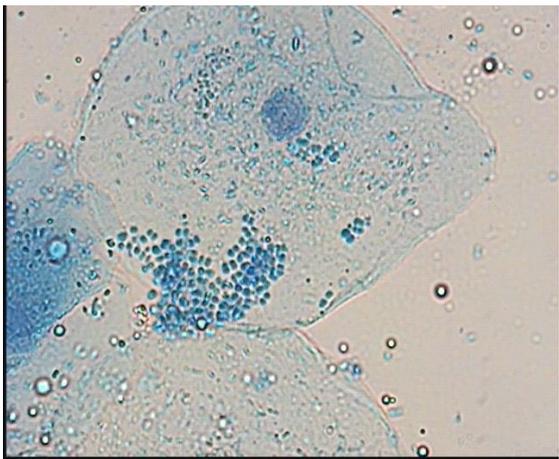


Рис.7. Микроорганизмов 50-100

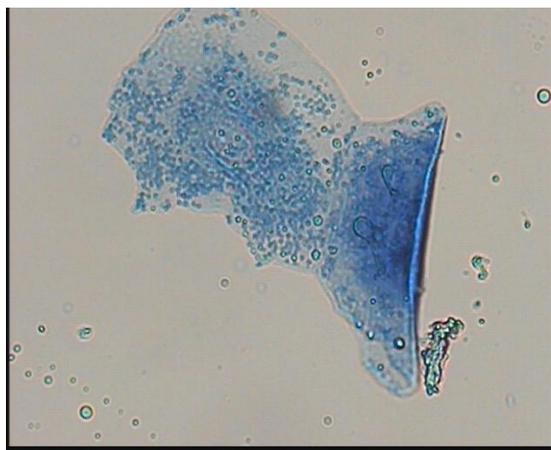


Рис.8. Микроорганизмов более 100

Определение местного иммунитета по показателям IgA, НСТ-теста, фагоцитоза проводили в медицинской лаборатории ООО «Центр новых диагностических технологий» г. Ижевск.

При помощи универсального зонда для забора биоматериала делали соскоб со слизистой оболочки (фагоцитоз, НТС-тест). Весь полученный материал помещали в одну пробирку «Эппендорф» с физ.раствором (Рисунок 9), размешивали круговыми движениями, тщательно отжимали зонд о край пробирки и закрыв крышку, зонд утилизировали.

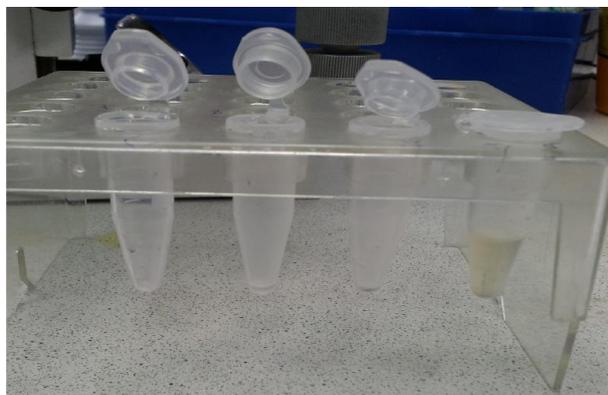


Рис.9. Пробирки для забора и транспортировки слюны

Забор слюны для определения секреторного IgA собирали в одну сухую стерильную пробирку «Эппендорф» утром до приема пищи и чистки зубов.

На каждого пациента заполняли направление, в котором указывали номер анализа, который совпадал с номером на пробирках с соскобом пациента.

Направление и обе пробирки помещали в отдельный пакет и хранили в дверце холодильника. Материал доставляли в лабораторию не позднее, чем через 6 часов.

Фагоцитарную активность нейтрофилов слюны определяли следующим образом: взвесь клеток, полученных со слизистой оболочки и помещенных в физиологический раствор, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 5 мин. Надосадочную жидкость сливали, оставляя приблизительно 150-200 мкл. Суспендировали осадок. Суспензию буккальных клеток (50 мкл) смешивали с суспензией дрожжей (50 мкл) и инкубировали при 37 градусах в течение 30 мин. Затем содержимое лунки перемешивали и готовили мазок, фиксировали 95% раствором этанола в течение 20 минут, окрашивали красителем Лейшмана (производство «Абрис+» г. Санкт-Петербург). В мазке подсчитывали количество фагоцитировавших нейтрофилов (ФН), нефагоцитировавших нейтрофилов (Н) и количество фагоцитированных дрожжей (Д).

Фагоцитарное число (ФЧ) определяли по формуле: $ФЧ = Д/ФН$, а фагоцитарный индекс (ФИ): $ФИ = ФН * 100 / (ФН + Н)$.

НСТ- тест (НПЦ "Медицинская Иммунология, г. Москва") начинали с подготовки реактивов:

Раствор А готовился из расчета 1 упаковка хлорида натрия на 1,5 л. дистиллированной воды.

Раствор С готовился следующим образом: во флакон с нитросиним тетразолием добавляли 5 мл. раствора А, помещали в термостат при 37⁰С на 1 час до полного растворения. Хранили в темном месте при 4⁰С 10 дней.

Ход анализа:

Суспензию буккальных клеток (50 мкл) смешивали с суспензией дрожжей (50 мкл) инкубировали при 37 градусах 30 мин. Осторожно отсасывали надосадочную жидкость в чистую центрифужную пробирку, туда же добавляли раствор А до 10мл и центрифугировали 10 минут при скорости 1000 об/мин. Надосадочную жидкость сливали и объем клеточной суспензии доводили до 1мл раствором А.

Для каждого обследуемого делали две пробы: с суспензией пекарских прокипяченных дрожжей с концентрацией клеток 1% (что примерно равно 25 000 000 клеток в мл)- «О» и без нее- «К». В «О»-лунку планшета вносили 50мкл клеточной суспензии, 50 мкл суспензии дрожжей, 50 мкл раствора С. В «К»-лунку

вместо суспензии дрожжей вносили 50 мкл раствора А, перед внесением растворы тщательно перемешивали. Затем из лунок брали по 50 мкл смеси и переносили на хорошо обезжиренные предметные стекла во влажные камеры (чашка Петри с увлажненной фильтровальной бумагой), помещали в термостат при 37⁰С на 30 мин. Предметные стекла ставили вертикально для стекания избытка смеси и оставляли до полного высыхания. Затем фиксировали стекла в этиловом спирте 30 мин. Для подкрашивания ядер стекла обрабатывали азур-эозином по Романовскому в течение 3 мин. Стекла отмывали дистиллированной водой.

Учет результатов:

Результаты учитывали под микроскопом с помощью иммерсионного объектива. Для каждого обследуемого просматривали по 100 нейтрофилов в каждом стекле «К» и «О». Подсчитывали количество клеток, содержащих гранулы диформаза в одном и другом случае:

I степени - единичные гранулы.

II степени - гранулы занимают 1/3 цитоплазмы.

III степени - гранулы занимают 2/3 цитоплазмы.

IV степени - гранулы занимают всю цитоплазму.

Цитологический индекс (НСТ) для каждого стекла рассчитывали по формуле:

$$\frac{a+(b \times 2)+(c \times 3)+(d \times 4)}{100}, \text{ где}$$

a- число клеток I степени;

b- число клеток II степени;

c- число клеток III степени;

d- число клеток IV степени.

Результаты оценивались по формуле:

$$\text{Индекс активации (ИАН)} = \frac{\text{Цитологический индекс в «О»- пробе}}{\text{Цитологический индекс в «К»- пробе}}$$

Секреторный иммуноглобулин А.

Секреторный IgA определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини в 1% агарозном геле, содержащем антисыворотку к секреторному

иммуноглобулину А (производство ООО "Микрофлора" при МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, г. Москва).

Перед применением сухую сыворотку разводили в 2 мл, а стандарт- в 0,5 мл дистиллированной воды.

Готовили 2-3% агар на 0,1М веронал-мединаловом буфере с рН=8,6; 3 мл расплавленного агара смешивали при 56° С с 3 мл сыворотки против секреторного IgA, взятого в таком разведении, чтобы конечная концентрация соответствовала рабочему разведению, указанному на этикетке.

На пластины 7×10 см помещали латунную П-образную рамку толщиной 1мм, а сверху- вторую стеклянную пластину, смазанную гидрофобной жидкостью. Пластины скрепляли зажимами и в пространство между пластинами заливали 6мл приготовленной смеси агара с антисывороткой. После застывания смеси, зажимы снимали, рамку и стеклянную пластину убирали, а в слое агара пробойником выбивали лунки диаметром 2 мм на расстоянии 15 мм одна от другой. В лунки микрошприцем вносили по 2 мкл стандарта–очищенного секреторного IgA с концентрацией белка 2мг/мл в разведениях: 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, и исследуемый секрет.

Пластины инкубировали во влажной камере в течение 48 часов при температуре 20 ° С. По окончании инкубации пластины промывали в течение 24 часов физиологическим раствором и красили амидочерным (1гр амидочерного в 1л 7% уксусной кислоты). После инкубации пластины с гелем отмывали от несвязавшихся белков двойным физиологическим раствором (0,3μ NaCl) в течение 20 часов с 2-3 кратной сменой раствора. Затем гель покрывали смоченной в воде фильтровальной бумагой и высушивали на воздухе. После высыхания фильтровальную бумагу смачивали водой и осторожно снимали. Пластины помещали на 10-15 минут в краситель (1%р-р амидошварца в 7% уксусной кислоте), после чего пластину отмывали около 20 минут в 7% уксусной кислоте, ополаскивали в струе водопроводной воды, высушивали и измеряли кольца. Диаметр колец преципитации измеряли с точностью до 0,1 мм циркулем-измерителем или специальной линейкой, выпускаемой фирмой «Behring-Werk». На миллиметровой бумаге строили калибровочную кривую, откладывая на оси

ординат квадраты радиусов колец преципитации в мм, полученные с разными разведениями стандарта, а на оси абсцисс - соответствующие этим кольцам концентрации стандарта - секреторного IgA в мг/мл. Такую кривую получали в каждом опыте (для каждой пластины) (Рисунок 10).

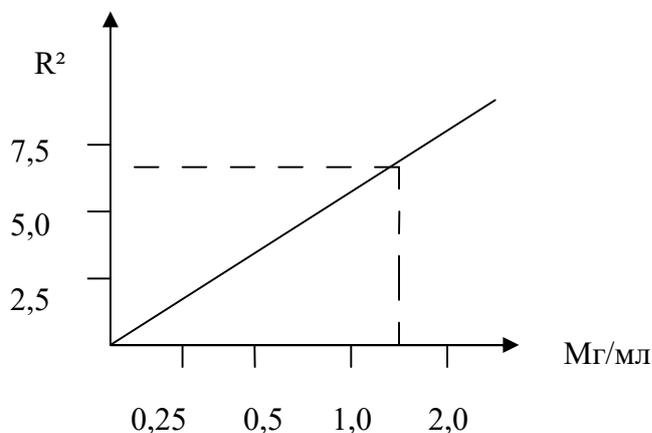


Рис.10. Кривая колец преципитации

2.3.2. Микробиологические методы исследования

Микробиологическая оценка десневого биотопа у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта проводилась в лаборатории БУЗ УР «Республиканского кожно-венерологического диспансера МЗ УР». Исследования проведены у 24 пациентов основной и группы сравнения. Всего проведено 96 микробиологических тестов.

Для анализа мазок с маргинального края десны с небольшим углублением в карман забирали стерильным стоматологическим зондом (до и после курса лечения, а также спустя 3 и 6 месяцев после курса лечения), после чего материал переносили на транспортную среду COPAN (Рисунок 11) и передавали в лабораторию в течение 48 часов.



Рис. 11. Стандартизированный тампон фирмы «Copan»

В лаборатории доставленный материал ресуспендировали в 5 мл изотонического раствора, таким путём получали разведение 1:10, далее делали разведения 1:100 и 1:1000. Из разведения 1:10 высеивали в количестве 0,1мл на дифференциально - диагностические среды: стафилококковый агар, среда Сабуро, среда Эндо; высеивали из разведения 1:100 проводили на 5% колумбийский агар, лактоагар, 5% кровяной агар; из разведения 1:1000, соответственно, на 5% кровяной агар. Для выделения лактобактерий использовали лактобак - агар, для энтеробактерий - среду Эндо, дрожжеподобные грибы культивировали на среде Сабуро, выделение стрептококков проводили на 5% кровяной агаре, стафилококки выращивали на стафилококкоагаре, анаэробы на 5 % колумбийском агаре [164]. Для создания линий в питательной среде по методу С.Д. Бонсор с соавт. (2007), начиная от образца, была использована стерильная петля. Эти полосы были повторены 3 раза с целью создания 5 областей роста бактерий (область источника бактерий плюс 4 области полос). Это обеспечивало стандартизацию культивирования (Рисунок 12).

Посевы аэробов инкубировали в термостате при 37 ° С в течение 24-48 часов, посевы анаэробов культивировали при 37 ° С в термостате Don Whitley Anaerobic Workstation с использованием сухих газогенерирующих пакетов «Анаэрогаз» в атмосфере, содержащей 10% водорода, 10%

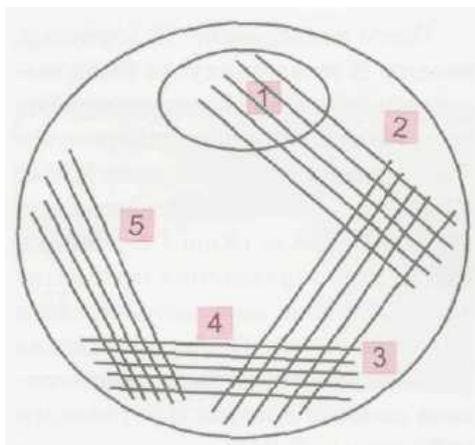


Рис. 12. Схематическое изображение роста бактерий на агаровой пластинке (С.Д. Бонсор с соавт., 2007)

углекислого газа и 80% азота. Использование палладиевого катализатора обеспечивало уровень кислорода менее 1% в течение 20 минут и менее 0,55% в течение 3 часов. По окончании инкубации производили подсчет колоний, выросших на чашках. Идентификацию выросших микроорганизмов проводили согласно приказу № 535 от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений», для идентификации анаэробных микробов использовали АНАЭРОтесты 23 (Pliva Lachema).

Степень обсемененности оценивалась в баллах по методу С.Д. Бонсор с соавт. (2007). Так, если рост бактерий происходил в области источника (т.е. посев проводился начиная от образца) и во второй области, то образец получал оценку в 2 балла, в трёх областях – 3 балла и т.д., максимум до 5 баллов (Рисунок 13). Всего проведено 96 исследований.



Рис.13. Золотистый стафилококк на кровяном агаре (5 баллов)

2.4. Методы социологического исследования

В рамках данной работы было проведено анкетирование 427 пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема, проходивших на момент опроса плановое стоматологическое лечение в стоматологическом отделении БУЗ «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска. Анкетирование проводилось лечащим врачом, было индивидуальным, очным.

Из них мужчин – 136 (32,0%) и женщин – 291 (68,0%); по возрасту пациенты распределились следующим образом: 18-30 лет – 132 человека (31,0%), 31-45 лет – 148 (34,7 %), 46-60 лет – 104 (24,4 %), 61-80 лет – 43 (9,9%).

Всем пациентам, давших согласие на анкетирование, были предложены закрытые вопросы для оценки степени информированности и приверженности проведению гигиенических мероприятий и пародонтологического лечения (Рисунок 14), включающие 26 позиций (интеллектуальная собственность, удостоверение № 08.15 от 09 декабря 2015 года, приложение №4).

Вопросы под номерами 11, 12, 13, 14, 15, позволяют выявить информированность пациентов по гигиене полости рта и знаниям о своем заболевании; 16, 17, 18, 19, 23 - помогают определить приверженность к гигиене; а вопросы под номерами 7, 8, 9, 10 - оценивают комплаентность, или приверженность пациентов к лечению.

В целом степень, или уровень комплаентности оценивали по методу N.J. Insull (1997), согласно его классификации, при получении 20% и менее положительных ответов комплаентность определяется как низкий, от 21 до 80% - средний и от 80% и более - высокий.

Для определения уровня комплаентности к проведению профилактических мероприятий и лечению в наблюдаемых группах исследования выбраны вопросы, которые можно оценить в бальной системе: 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 23. В вопросах, где были предложены несколько вариантов ответов: «никогда», «всегда» – считали за положительный - «Да», остальные причисляли к отрицательным - «Нет». Вопрос №10 предлагали только пациентам, которые по каким-то причинам не выполняли рекомендации врача. При утвердительном ответе присуждалось 2 балла, а при отрицательном - 0 баллов.

При сумме баллов, равной от 0 до 8 - уровень комплаентности считали низким, что соответствовало 50% положительных ответов; при 9-12 баллах- средним, что соответствует 51 до 80% положительных ответов; а при 13-16 баллах- высоким, что соответствует 81-100% положительных ответов.

Рис.14. Анкета для определения уровня информированности и приверженности к лечению пациентов с заболеваниями пародонта

Анкета

Уважаемый пациент!

Данное исследование направлено на повышение эффективности лечения и улучшение здоровья полости рта (а также для оценки уровня приверженности пациентов к профилактическим мероприятиям и лечению).

Все ответы анонимны.

Чтобы заполнить анкету, обведите кружком тот вариант ответа на вопрос, который совпадает с Вашим мнением, либо напишите ответ сами, если он не приводится.

1. Какие соматические заболевания у Вас диагностированы:

- заболевания желудочно-кишечного тракта
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- эндокринные заболевания
- другие (*напишите*) _____

2. Принимаете ли Вы лекарственные препараты (назначаемые Вам врачом) в настоящее время:

- постоянно
- периодически
- не принимаю, но лекарства рекомендовали принимать
- не принимаю, не назначали

3.Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете в течение дня:

- 1-2
- 3-4
- более 4

4.Как часто Вы обращаетесь к стоматологу:

- 1 раз в 6 мес.
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- только при возникновении боли

5.Диагностировали ли у Вас заболевания пародонта (десен), говорил ли Вам об этом врач - стоматолог:

- да
- нет

6.Обращались ли Вы к врачу-пародонтологу для лечения:

- да
- нет

7.Как часто Вы обращаетесь к врачу-пародонтологу:

- 1 раз в 6 мес.
- 1 раз в год
- иногда при болях
- никогда

8.Назначал ли вам пародонтолог лекарственные препараты для домашнего использования:

- да
- нет

9. Применяете ли вы лекарственные препараты для домашнего использования (аппликации, повязки, ротовые ванночки):

- применяю по рекомендации врача
- применяю, но не полным курсом
- не применяю

10. По какой причине произошел отказ от медикаментозного лечения в домашних условиях:

- недостаток времени
- стоимость лечения (дорогостоящее)
- возникли неприятные ощущения
- нет желания применять
- забыл

11. Знаете ли Вы какие могут быть последствия заболеваний десен:

- да
- нет

12. Знаете ли Вы, что при заболеваниях десен могут возникнуть следующие осложнения:

- абсцессы (нагноения)
- оголения корней зубов
- подвижность зубов
- потеря зубов при увеличении подвижности

13. Вы знаете как чистить зубы?

- да
- нет

14. Вы знаете какую выбирать зубную щетку

- да
- нет

15. Вы знаете какую Вам необходимо использовать зубную пасту

- да
- нет

16. Укажите Ваш режим ухода за своими зубами:

- утром и вечером
- только утром
- только вечером
- иногда пропускаю чистку зубов
- не чищу

17. Сколько времени Вы тратите на чистку зубов:

- 2 минуты
- минуту
- меньше минуты

18. Как часто Вы пропускаете чистку зубов (утреннюю или вечернюю):

- никогда
- иногда (1–2 раза в неделю)

- очень редко
- часто

19. Как Вы компенсируете этот пропуск:

- чисткой зубов в течение дня
- жевательной резинкой
- никак
- другое (*напишите*)_____

20. Какие Вы используете дополнительные средства гигиены полости рта:

- зубочистки
- ёршики
- скребки для языка
- десневые массажёры
- зубные нити
- жевательные резинки
- ополаскиватели (эликсиры, дезодоранты, пенки, растворы антисептиков)
- не использую

21. Беспокоит ли Вас кровоточивость дёсен во время чистки зубов:

- да
- нет
- иногда

22. Беспокоит ли Вас неприятный запах из полости рта:

- да
- нет
- иногда

23. Следует ли Вы рекомендациям стоматолога по улучшению Вашей гигиены полости рта:

- всегда
- неохотно
- нет
- не получал(а) таких рекомендаций

24.Соблюдаете ли Вы режим диспансерного наблюдения (т.е. являетесь на прием в назначенный месяц года):

- да
- пропускаю
- совсем не соблюдаю(забываю)

В заключение сообщите некоторые сведения о себе:

25. Ваш возраст:

- от 18 до 30
- от 31 до 45
- от 46 до 60
- от 61 до 80
- старше 80

26 .Ваше образование:

- высшее
- среднее специальное
- среднее

2.5 Статистические методы исследования

Статистическую обработку полученных цифровых данных проводили с помощью компьютерных программ «*Microsoft Excel*» и лицензионной программы «*Statistica 6.0*» для медицинских исследований. Сначала определяли нормальность распределения по Shapiro-Wilk. При нормальном распределении расчет производили по определению коэффициента Стьюдента [146, 215].

Вычисляли среднюю арифметическую (M):

$$M = \frac{\sum VP}{n};$$

Среднее квадратичное отклонение (σ):

$$\sigma = \pm i \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n}};$$

Вычисление коэффициента вариации (C_v):

$$C_v = \frac{\sigma}{M} \times 100$$

Оценка достоверности результатов исследования предусматривала определение:

1) средней ошибки показателя (ошибки репрезентативности - m);

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

2) доверительных границ показателя; для большинства медико-биологических исследований достоверными считаются доверительные границы, установленные с вероятностью безошибочного прогноза $P=95\%$ и более.

3) достоверности различий (разности) между показателями, которая измеряется доверительным критерием (t). Достоверность критерия (t) определяется по таблице Стьюдента. Статистически достоверным считали значения $p < 0,05$.

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 - m_2^2}}$$

При ненормальном распределении и при работе на малых выборках использовали критерии Вилкоксона и Вилкоксона–Манна–Уитни [174, 205].

Процентные показатели обрабатывали следующим образом [146, 215]:

$$t = \frac{p_2 - p_1}{m \times d};$$

$$md = \sqrt{p \times q \times \frac{(1+1)}{(n_1 \ n_2)}},$$

$$q = 100 - p;$$

$$p = \frac{p_1 \times n_1 + p_2 \times n_2}{n_1 + n_2},$$

где p_1 - число случаев из выборки в первой группе,

p_2 - число случаев из выборки во второй группе.

К примеру расчет t у лиц с высоким уровнем знаний правил гигиены в основной группе и группе сравнения до лечения: $n_1=41$, $n_2=40$, $p_1=22\%$, $p_2=7,5\%$.

$$p = \frac{22 \times 41 + 7,5 \times 40}{41 + 40} = 14,8;$$

$$q = 100 - 14,8 = 85,2;$$

$$md = \sqrt{14,8 \times (85,2) \times \frac{(1+1)}{(41 \ 40)}} = 7,9;$$

$$t = \frac{7,5 - 22}{7,9} = -1,8 \text{ (различие не достоверно).}$$

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ГЛАВА 3. ЧАСТОТА ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ К ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ

Для выявления частоты диагностирования заболеваний пародонта среди пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема было обследовано 427 человек, обратившихся за стоматологической помощью в БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР» города Ижевска в возрасте от 18 до 80 лет. При сплошном обследовании стоматологических пациентов оценивали индекс СРІ, проводили анкетирование на уровень информированности и комплаентности к пародонтологическому лечению.

При обследовании 427 человек, женщин было 291 (68,0%), а мужчин - 136 человек (32,0%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18-30 лет – 132 человека (31,0 %), 31-45 лет – 148 (34,7 %), 46-60 лет – 104 (24,4 %), 61-80 лет – 43 (10,1%). По уровню образования выделены: 124 человек (29,1%) с высшим образованием, 196 (45,9%) – со средне - специальным и 107 (25,0%) - со средним.

Учитывая состав обследованных пациентов анализ исследованных показателей проводился согласно условно выделенных групп: по гендерному признаку, возрасту и социальному положению.

В целом, воспалительные заболевания пародонта диагностированы у 84,5±1,8% лиц, из которых признак «кровоточивости десен» выявлен в 2,3±0,7% случаев, «над/поддесневой зубной камень» - в 20,1±1,9%, клинический карман до 4-5мм диагностирован в 53,2±2,4%, а клинический карман в 6 мм и более - в 8,9±1,4% случаях. По этим признакам можно предположить, что распространенность пародонтита составляет в среднем 62,1±2,4% среди взрослого и пожилого населения.

Среди женщин признак «кровоточивости десен» выявлен в $2,4 \pm 0,9\%$ случаев, «над/поддесневой зубной камень» - в $17,7 \pm 2,2\%$, клинический карман до 4-5мм диагностирован в $52,2 \pm 2,9\%$, а клинический карман в 6 мм и более - в $8,9 \pm 1,7\%$ случаях; среди мужчин соответственно - $2,2 \pm 1,3\%$ ($p > 0,05$), $25,0 \pm 3,7\%$ ($p > 0,05$), $55,1 \pm 4,3\%$ ($p > 0,05$), $8,8 \pm 2,4\%$ ($p > 0,05$).

По возрасту распределение признаков патологии пародонта оказалось следующее: среди лиц 18-30 лет признак «кровоточивости десен» выявлен в $3,0 \pm 1,5\%$ случаев, «над/поддесневой зубной камень» - в $12,9 \pm 2,9\%$, клинический карман до 4-5мм диагностирован в $48,5 \pm 4,4\%$, а клинический карман в 6 мм и более - в $0,8 \pm 0,8\%$ случаях; среди 31-45 лет, соответственно - $3,4 \pm 1,5\%$ ($p > 0,05$), $33,8 \pm 3,9\%$ ($p < 0,001$), $49,3 \pm 4,1\%$ ($p > 0,05$) и $6,1 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$); среди 46-60 лет - $1,0 \pm 0,9\%$ ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$), $16,4 \pm 3,6\%$ ($p_{1-3} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,01$), $60,6 \pm 4,8\%$ ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$) и $16,4 \pm 3,6\%$ ($p_{1-3} < 0,001$, $p_{2-3} < 0,05$); среди 61-80 лет признак «кровоточивости десен» не выявлен в $6,9 \pm 4,1\%$ случаях. ($p_{1-4}, p_{2-4} < 0,05$, $p_{3-4} > 0,05$), признак «над/поддесневой зубной камень» составил $4,7 \pm 3,2\%$ ($p_{1-4} > 0,05$, $p_{2-4} < 0,001$, $p_{3-4} < 0,05$), клинический карман до 4-5мм диагностирован в $62,8 \pm 7,4\%$ ($p_{1-4}, p_{2-4}, p_{3-4} > 0,05$), а клинический карман в 6 мм и более - в $25,6 \pm 6,7\%$ случаях ($p_{1-4} < 0,001$, $p_{2-4} < 0,01$, $p_{3-4} > 0,05$).

По уровню образования пациентов оценка признаков воспаления распределилась следующим образом: среди лиц со средним образованием признак «кровоточивости десен» выявлен в $4,8 \pm 2,1\%$ случаев, «над/поддесневой зубной камень» - в $21,0 \pm 3,9\%$, клинический карман до 4-5мм диагностирован в $47,6 \pm 4,8\%$, а клинический карман в 6 мм и более - в $10,5 \pm 2,9\%$ случаях; среди лиц со средним-специальным образованием, соответственно - $2,0 \pm 1,0\%$ ($p_{1-2} > 0,05$), $20,4 \pm 2,9\%$ ($p_{1-2} > 0,05$), $55,6 \pm 3,6\%$ ($p_{1-2} > 0,05$) и $7,1 \pm 1,8\%$ ($p_{1-2} > 0,05$); среди лиц с высшим образованием признак «кровоточивости десен» не выявлен ($p_{1-3}, p_{2-3} < 0,05$), а признак «над/поддесневого зубного камня» составил $18,7 \pm 3,5\%$ ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$), клинический карман до 4-5мм диагностирован в $55,1 \pm 4,5\%$ ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$), а клинический карман в 6 мм и более - в $10,3 \pm 2,73\%$ случаях ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$).

Среднее значение СРІ у обследованных лиц оценено в $2,38 \pm 0,06$ балла. Причем, среди женщин СРІ оказался равен $2,31 \pm 0,07$ балла, среди мужчин - $2,53 \pm 0,09$ балла ($p > 0,05$). При оценке по возрастным группам обнаружено, что в возрасте 18-30 лет СРІ составляет в среднем $1,77 \pm 0,12$ балла, в возрастной группе - 31-45 лет - $2,43 \pm 0,08$ балла ($p_{1-2} < 0,001$); в 46-60 лет - $2,81 \pm 0,09$ балла ($p_{1-3}, p_{2-3} < 0,001$); в 61-80 лет - $3,0 \pm 0,15$ балла ($p_{1-4}, p_{2-4} < 0,001, p_{3-4} > 0,05$).

Если оценивать значение СРІ в зависимости от уровня образования, то у лиц со средним образованием значение СРІ составляет - $2,44 \pm 0,11$ балла, со средним-специальным - $2,38 \pm 0,08$ балла ($p_{1-2} > 0,05$), с высшим - $2,32 \pm 0,11$ балла ($p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$).

Таким образом установлено, что частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта среди обращающегося за стоматологической помощью взрослого и пожилого населения г. Ижевска составляет 84,5%. Среди этого числа пациентов в 62,1% случаях диагностируются признаки пародонтита. Кроме того отмечено, что существенной разницы в частоте встречаемости признаков воспаления среди мужчин и женщин нет, как и не отмечено различия в тяжести этих признаков между обследованными различного социального статуса. В то же время обнаружено, что по мере увеличения возраста обследованных, возрастает частота выявления признака зубных отложений почти в 30 раз, в старшей возрастной группе (61-80 лет) увеличивается число лиц с глубиной пародонтальных карманов в 6 и более мм (от 0,8% в 18-30 лет до 25,6% в возрасте 61-80 лет).

Учитывая, что у 143 пациентов из 427 обследованных ранее диагностирован пародонтит и они знают о своем заболевании, то они были опрошены по вопросам информированности о гигиене полости рта.

Были заданы следующие вопросы:

- «Знаете ли Вы какие могут быть последствия заболеваний десен?»;
- «Знаете ли Вы, что при заболеваниях десен могут возникнуть осложнения?»;
- «Вы знаете, как чистить зубы?»;
- «Вы знаете, какую выбрать зубную щетку?»;
- «Вы знаете, какую Вам необходимо использовать зубную пасту?».

Выявлено, что о последствиях заболеваний десен осведомлены $74,1 \pm 3,7\%$. При этом: $32,9 \pm 3,9\%$ знают, что могут возникнуть абсцессы; $46,9 \pm 4,2\%$ осведомлены, что могут оголиться корни; $32,2 \pm 3,9\%$ знают, что без лечения может усиливаться подвижность зубов и это приведет к их удалению.

Обнаружено, что $82,5 \pm 3,2\%$ знают о правилах чистки зубов, но при этом только $51,7 \pm 4,2\%$ знают “как выбирать зубную щетку”, а $42,7 \pm 4,1\%$ могут подобрать себе зубную пасту.

Анализ ответов на данные вопросы у обследованных различной гендерной принадлежности представлен на рисунках 15 и 16. Знания о последствиях и осложнениях заболеваний десен, о правилах чистки зубов и выборе средств гигиены для полости рта у мужчин и женщин одинаковые ($p > 0,05$).

Знания о правилах чистки зубов, практически, схожие среди лиц различных возрастных групп (рис.17).

Вместе с тем лица в возрасте 61-80 лет лучше, чем пациенты 31-45 лет, осведомлены о правилах выбора зубной щетки и пасты ($p < 0,05$ и $p < 0,001$), а знаниями о последствиях и осложнениях заболеваний десен лучше владеют пациенты 31-45 лет, чем лица в 46-60 лет ($p < 0,05$).

Анализ ответов в группах по социальной принадлежности представлен на рисунках 18 и 19. Из рисунка 19 видно, что лица со средним образованием предпочитают в большинстве случаев обращаться при болях (при болях - $34,3 \pm 8,0\%$, 1 раз в 2 года - $14,3 \pm 5,9\%$, 1 раз в год - $25,7 \pm 7,4\%$ и 1 раз в 6 месяцев - $25,7 \pm 7,4\%$). В то время как лица со средним - специальным образованием в $48,5 \pm 6,2\%$ обращаются 1 раз в год, а лица с высшим образованием в $35,7 \pm 7,4\%$ случаях обращаются 1 раз в 6 месяцев, а в $40,5 \pm 7,8\%$ - 1 раз в год.

Уровень знаний о последствиях заболеваний десен практически одинаков, а вот об осложнениях при заболеваниях десен знания лучше среди лиц с высшим и средним образованием ($p < 0,05$). С правилами выбора средств гигиены для полости рта лучше осведомлены респонденты с высшим образованием ($p < 0,01$ и $p < 0,05$).

Таким образом, более 80% опрошенных знают о правилах чистки зубов, более 60% - знают о последствиях заболевания, около 50% - знают об осложнениях, от 40

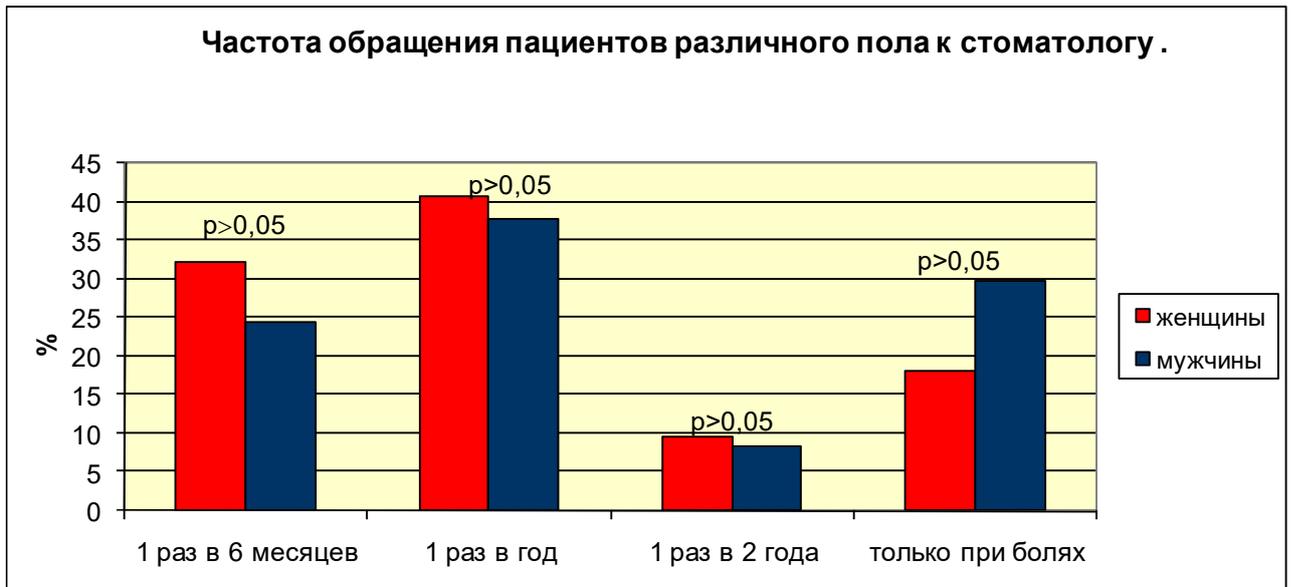


Рис.15. Частота обращения пациентов различного пола к стоматологу

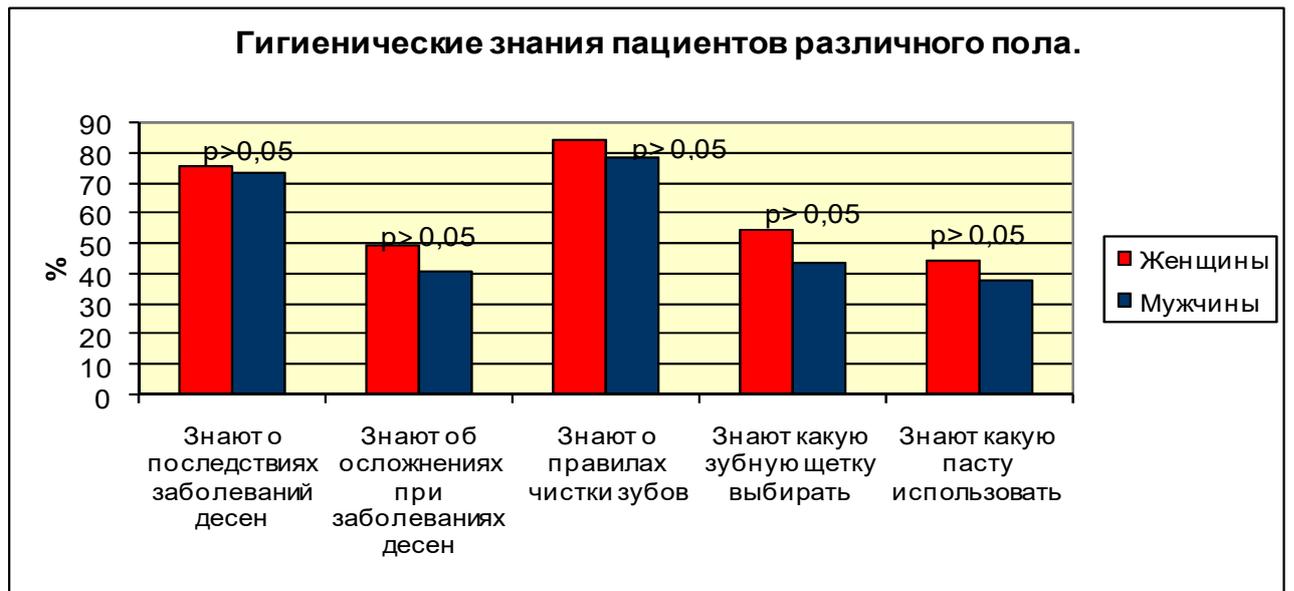
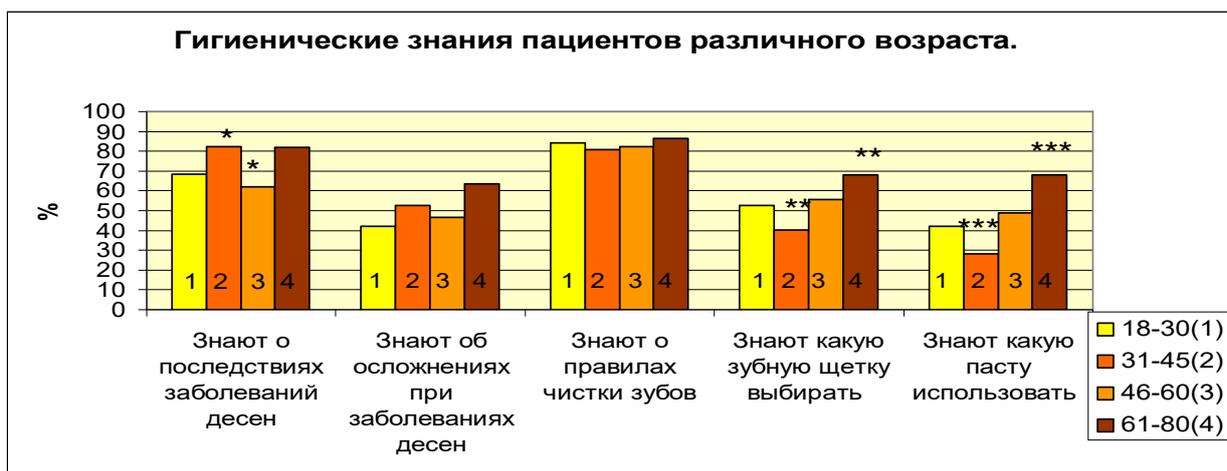
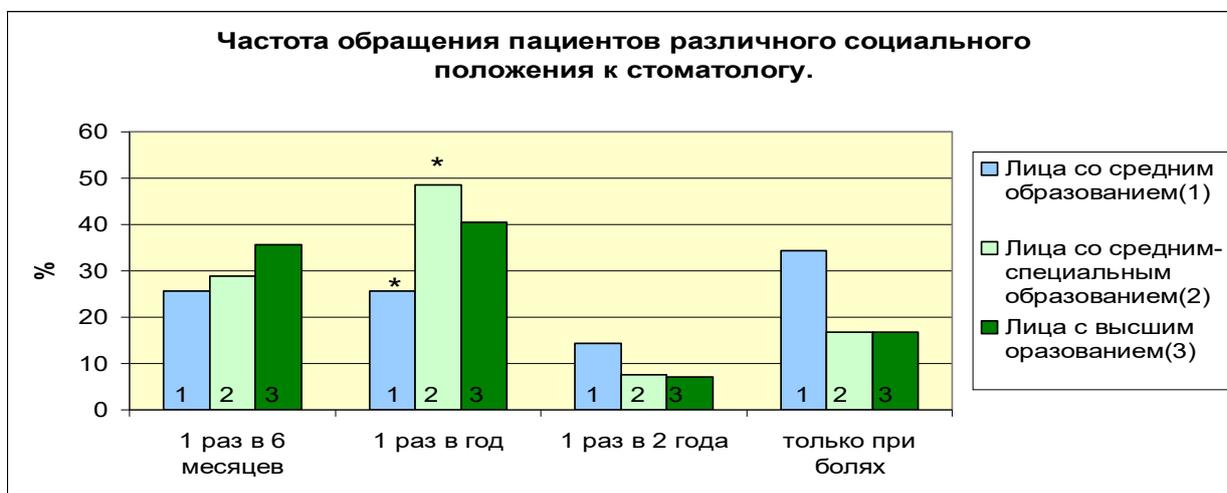


Рис.16. Гигиенические знания пациентов различного пола



Примечание: * - достоверность между 2 и 3 составляет $<0,05$;
 ** - достоверность между 2 и 4 составляет $<0,05$;
 *** - достоверность между 2 и 4 составляет $<0,001$.

Рис.17. Гигиенические знания пациентов различного возраста



Примечание: * - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,05$.

Рис.18. Частота обращения пациентов различного социального положения к стоматологу



Примечание: * - достоверность между 1 и 2 и 2 и 3 составляет $<0,05$;

** - достоверность между 1 и 3 составляет $<0,01$;

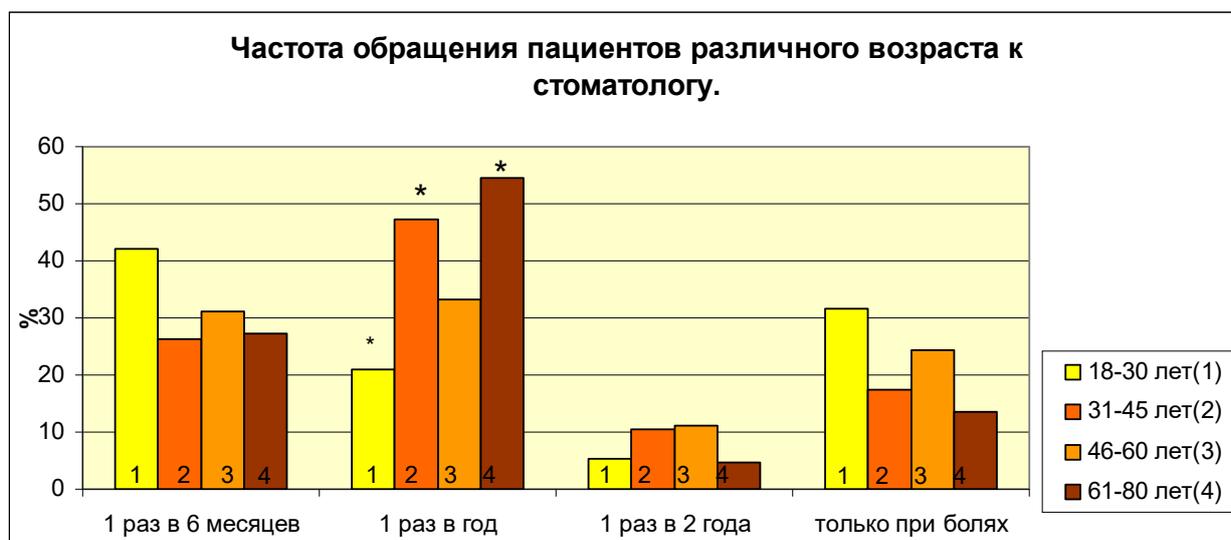
*** - достоверность между 1 и 3 составляет $<0,05$.

Рис.19. Гигиенические знания пациентов различного социального положения

до 60% респондентов знают, как выбирать зубную щетку, а около 50% знают, как выбирать зубную пасту.

Учитывая высокую информированность о гигиене полости рта был дополнительно задан вопрос всем ранее опрошенным о частоте посещения врача-стоматолога.

Оказалось, что $30,1 \pm 3,8\%$ обследуемых ответили, что обращаются к врачу-стоматологу для профилактического осмотра один раз в 6 месяцев, 1 раз в год обращаются $39,9 \pm 4,1\%$, 2 раза в год - $9,1 \pm 2,4\%$, а $20,9 \pm 3,4\%$ пациентов обращаются к стоматологу только при болях. Причем, из рисунка 20 видно, что лица молодого возраста (18-30 лет) в большинстве своем посещают пародонтолога 1 раз в 6 месяцев, лица зрелого возраста (31-45 лет) и пожилого возраста (61-80 лет) сокращают свои визиты до 1 раза в год, а лица предпенсионного возраста (46-60 лет) посещают врача с различной частотой (от 1 раза в 6 месяцев - $30 \pm 6,8\%$ и только при болях - в $25 \pm 6,5\%$ случаях).



Примечание: * - достоверность между 1 и 2 и 1 и 4 составляет $<0,05$.

Рис.20. Частота обращения пациентов различного возраста к стоматологу

Таким образом, только $40 \pm 4,1\%$ опрошенных посещают врача - стоматолога 2 раза в год, а $21 \pm 3,4\%$ обращаются только при болях.

Итак получается, что при достаточной информированности пациентов о гигиене полости рта и своем заболевании, посещаемость врача-стоматолога низкая

и нерегулярная. Для определения приверженности обследованных пациентов к гигиене, были предложены следующие вопросы:

-«Вы следуете рекомендациям стоматолога по улучшению Вашей гигиены полости рта?»;

- «Укажите Ваш режим ухода за своими зубами?»;

-«Сколько времени Вы тратите на чистку зубов?»;

-« Вы пропускаете чистку зубов (утреннюю или вечернюю)?»;

-«Как Вы компенсируете этот пропуск?».

Результаты данного опроса показали, что рекомендациям стоматолога по улучшению гигиены полости рта следуют «всегда» - $57,3 \pm 4,1\%$ обследованных, «неохотно» - $17,5 \pm 3,2\%$, «не следуют» - $17,5 \pm 3,2\%$, а $7,7 \pm 2,2\%$ считают, что они не получали таких рекомендации. Режим ухода за зубами (утром и вечером) соблюдают $76,9 \pm 3,5\%$ пациентов, только утром чистят зубы $13,3 \pm 2,8\%$, не чистят - $2,1 \pm 1,2\%$ опрошенных.

В течение 2 минут чистят зубы $53,9 \pm 4,2\%$ респондентов, 1 минуту - $38,4 \pm 4,1\%$ и менее минуты уделяют время чистке $7,7 \pm 2,2\%$ опрошенных. Чистку зубов не пропускают $32,9 \pm 3,9\%$ лиц, периодически пропускают $67,1 \pm 3,9\%$: «иногда или 1-2 раза в неделю» - $34,3 \pm 3,9\%$, «очень редко» - $25,9 \pm 3,7\%$, «часто» - $6,9 \pm 2,1\%$. Из числа лиц, которые пропускают чистку зубов, стараются ее провести в течение дня $8,3 \pm 2,8\%$; компенсируют путем жевания жевательной резинки - $54,2 \pm 5,2\%$, а $37,5 \pm 4,9\%$ никакими средствами и методами не компенсируют пропуск чистки зубов.

Анализ ответов на данные вопросы у обследованных различной гендерной принадлежности представлен на рисунках 21 и 22. Из рисунков видно, что женщины чаще соблюдают режим ухода за полостью рта, не пропускают чистку зубов и проводят ее 2 раза в день по 2 минуты ($p > 0,05$). Среди мужчин и женщин, которые пропускают чистку, чаще стараются ее компенсировать женщины с помощью жевательной резинки ($p < 0,001$), а мужчины чаще никак не компенсируют пропуск гигиенических процедур ($p < 0,05$).

Анализ ответов на вопросы в различных возрастных группах обследуемых

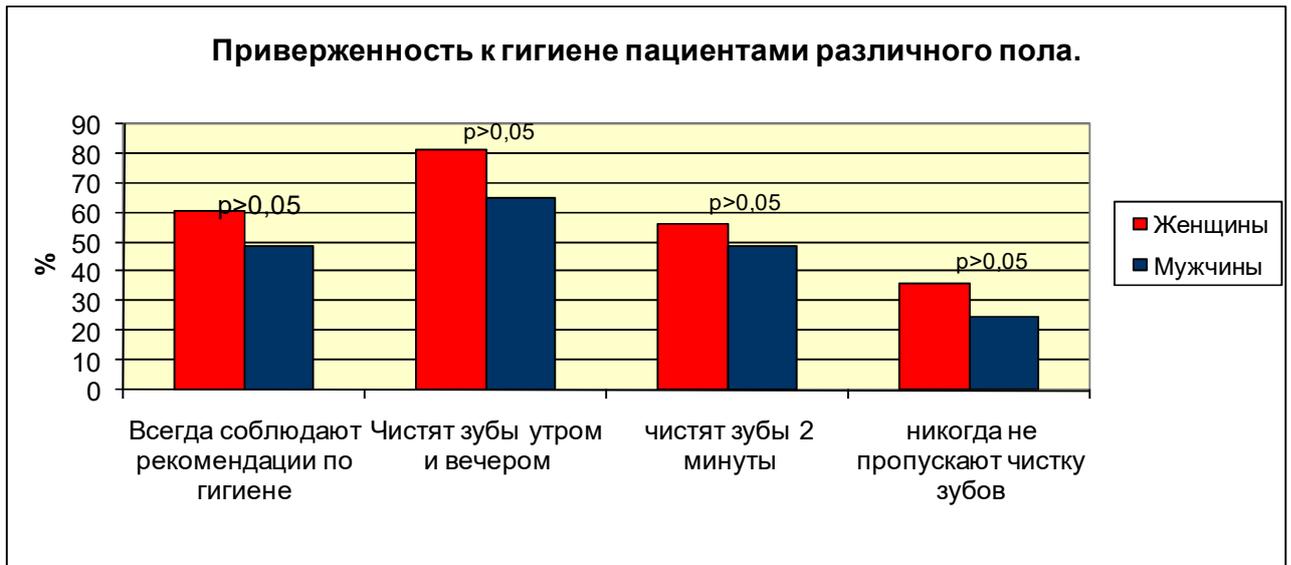


Рис.21. Приверженность к гигиене пациентами различного пола

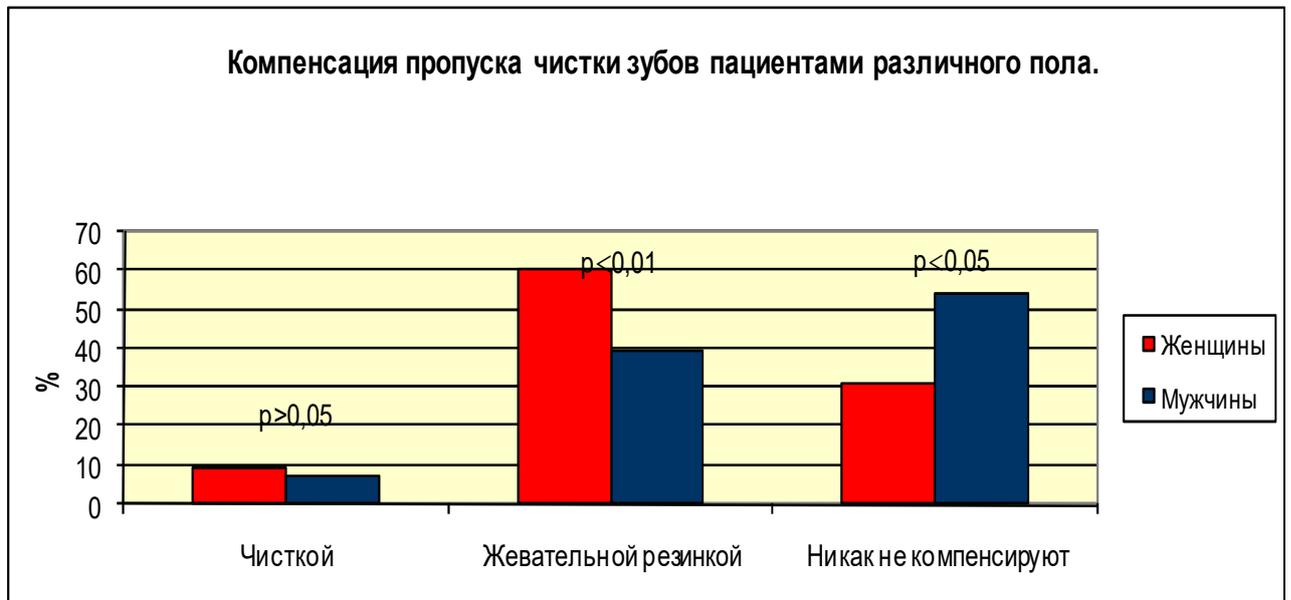


Рис.22. Компенсация пропуска чистки зубов пациентами различного пола

представлен на рисунках 23 и 24. Из рисунков видно, что соблюдают режим ухода за полостью рта лица в возрасте 46-60 и 61-80 лет ($p < 0,001$ и $p < 0,05$), проводят чистку по 2 минуты, в основном, респонденты в возрасте 18-30 лет, по сравнению с лицами 31-45 лет ($p < 0,05$). Большинство опрошенных пропускают чистку зубов (от 64,4% до 87,3%), но чаще компенсируют пропуск гигиены жевательной резинкой лица в возрасте 31-45 и 46-60 лет, чем в 61-80 лет ($p < 0,05$), а стараются провести чистку зубов в течение дня чаще лица в возрасте 46-60 лет, чем в 31-45 лет ($p < 0,05$). Чаще других никак не компенсируют чистку респонденты 61-80 лет ($p < 0,05$).

Анализ ответов в группах по социальной принадлежности представлен на рисунках 25 и 26. Из рисунков видно, что соблюдают режим ухода за полостью рта и чистят зубы по 2 минуты лица со средним-специальным и высшим образованием ($p < 0,001$ и $p < 0,05$); чистку зубов реже пропускают лица с высшим образованием ($p < 0,05$). А зависимости компенсации пропуска чистки зубов от социального положения нами не обнаружено.

Таким образом, установлено, несмотря на то, что почти $77 \pm 3,5\%$ опрошенных соблюдают режим ухода за зубами, но при этом $67 \pm 3,9\%$ лиц пропускают чистку зубов, а $38 \pm 4,9\%$ респондентов эти пропуски ничем не компенсируют.

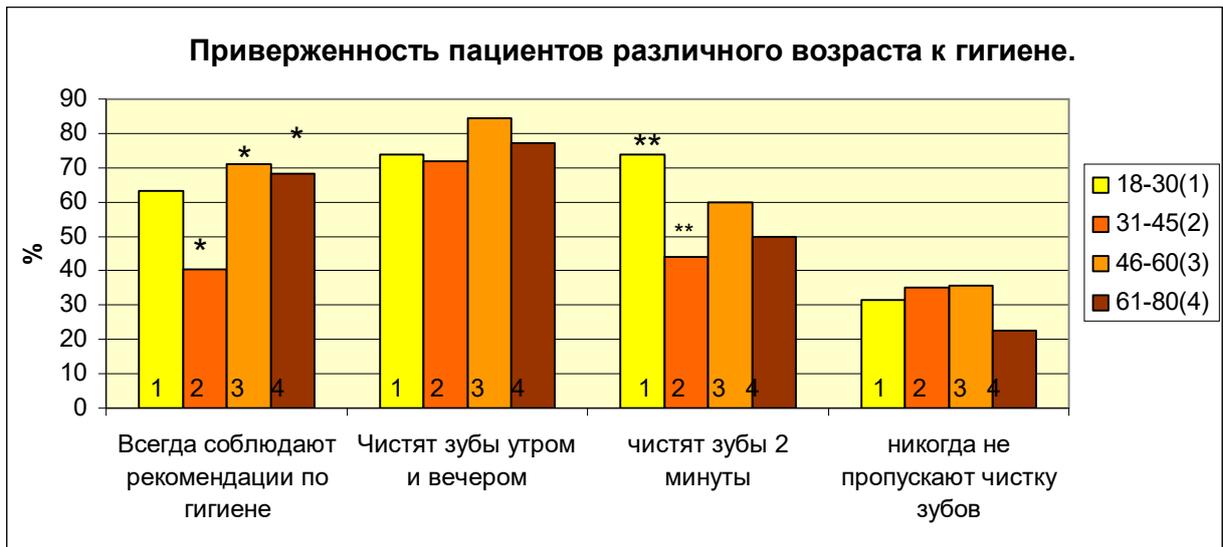
Из 143 пациентов с признаками пародонтита 81 человек ранее прошли пародонтологическое лечение. Данным пациентам были заданы вопросы, позволяющие оценить комплаентность (приверженность) к пародонтологическому лечению:

-«Как часто Вы обращаетесь к пародонтологу?»;

-«Применяли ли Вы назначаемые лекарственные препараты для домашнего использования?»;

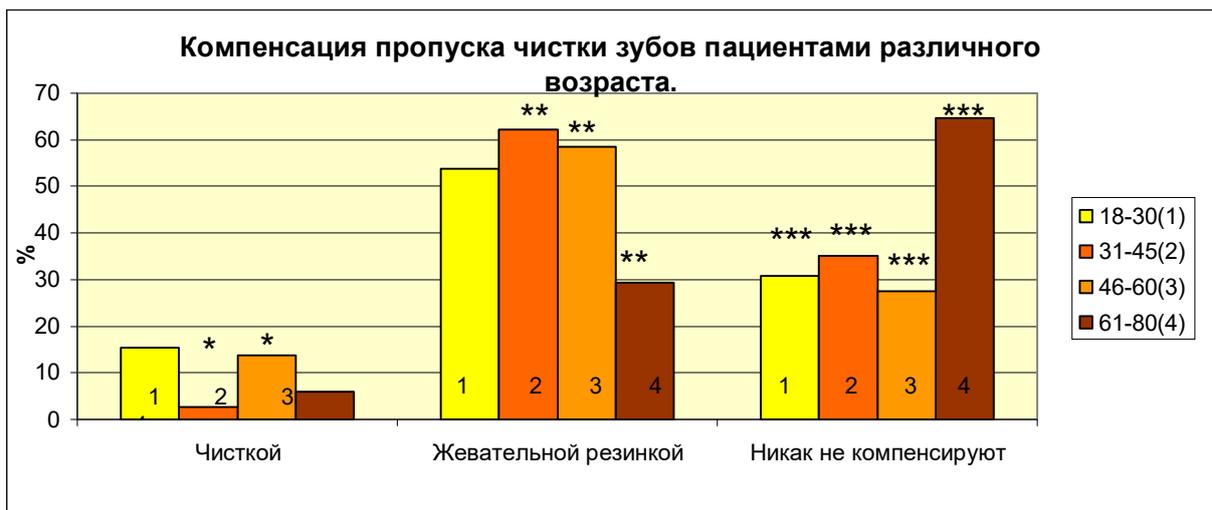
-«Какие причины отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях?».

Обнаружено, что на вопрос: «Как часто Вы обращаетесь к пародонтологу?» - 1 раз в 6 месяцев ответили $19,8 \pm 4,4\%$ обследуемых, 1 раз в год - $18,5 \pm 4,3\%$, а $61,7 \pm 5,4\%$ пациентов обращались вынужденно, при болях.



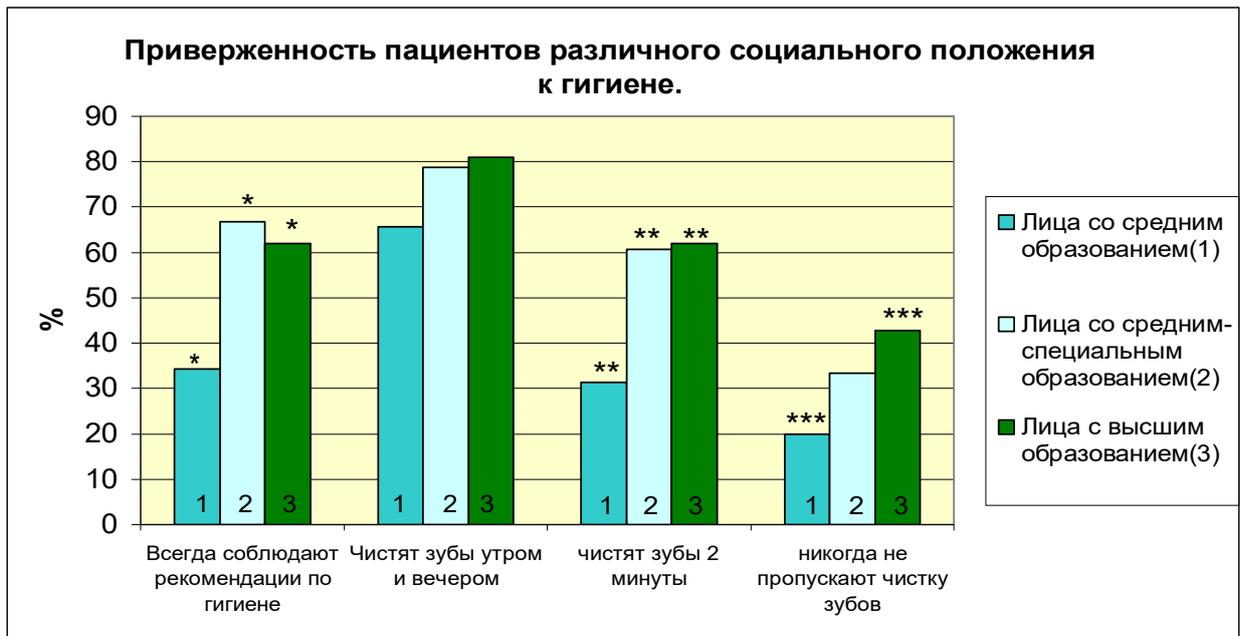
Примечание: * - достоверность между 2 и 3 составляет $<0,001$, между 2 и 4- $<0,05$;
 ** - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,05$.

Рис.23. Приверженность пациентов различного возраста к гигиене



Примечание: * - достоверность между 2 и 3 составляет $<0,05$;
 ** - достоверность между 2 и 4 и 3 и 4 составляет $<0,05$;
 *** - достоверность между 1 и 4 и 2 и 4 составляет $<0,05$, между - 3 и 4- $<0,01$.

Рис.24. Компенсация пропуска чистки зубов пациентами различного возраста



Примечание: * - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,001$, между 1 и 3- $<0,05$;
 **- достоверность между 1 и 2 составляет $<0,01$, между 1 и 3- $<0,01$;
 ***- достоверность между 1 и 3 составляет $<0,05$.

Рис.25. Приверженность пациентов различного социального положения к гигиене

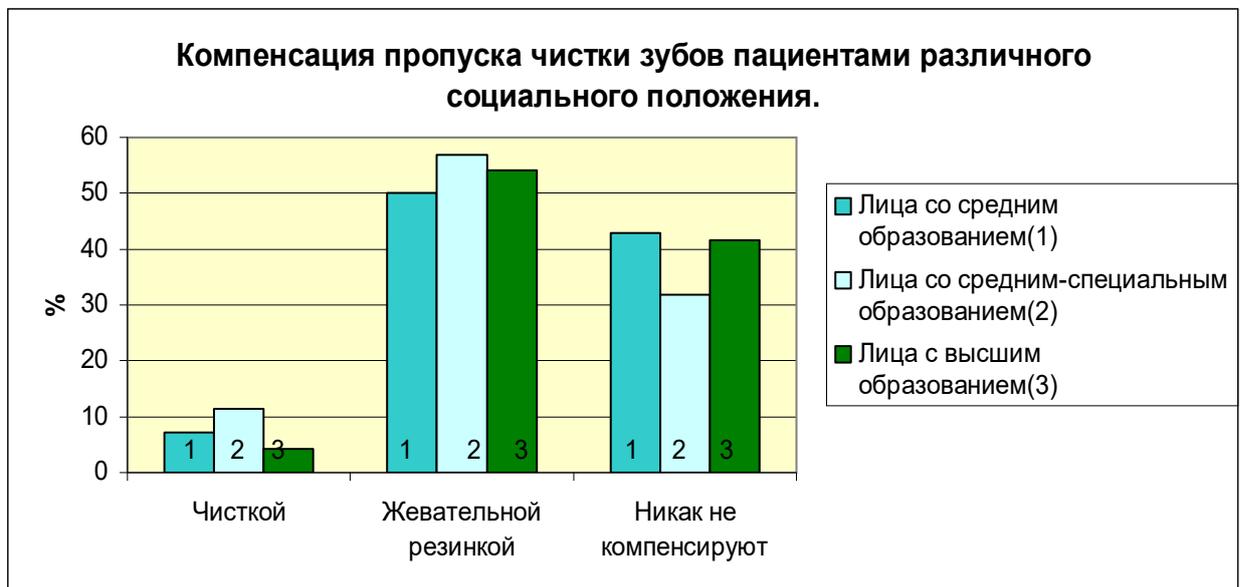


Рис.26. Компенсация пропуска чистки зубов пациентами различного социального положения

На вопрос «Применяли ли Вы назначаемые лекарственные препараты для домашнего использования?»: положительно ответили $52,1 \pm 5,6\%$; применяли, но не полным курсом - $31,0 \pm 5,1\%$, отказались от лечения $16,9 \pm 4,2\%$. Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях респонденты отметили: нехватку времени - $29,4 \pm 5,1\%$, высокую стоимость лекарственных препаратов - $23,5 \pm 4,7\%$; «забывчивость» - $23,5 \pm 4,7\%$, у $17,7 \pm 4,2\%$ отсутствовало желание проводить лечение, а $5,9 \pm 2,6\%$ опрошенных в процессе лечения почувствовали дискомфорт и неприятные ощущения в полости рта от медикаментов, что послужило причиной отказа.

Анализ ответов на данные вопросы у обследованных различной гендерной принадлежности представлен на рисунках 27 и 28. Из рисунков видно, что обращаемость пациентов к пародонтологу не зависит от пола ($p > 0,05$), как и назначение и прием лекарственных препаратов для домашнего использования ($p > 0,05$). Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях были: у женщин - дороговизна ($32,0 \pm 6,1\%$), «забывчивость» ($24,0 \pm 5,6\%$) и отсутствие желание применять ($20,0 \pm 5,3\%$), а у мужчин - нехватка времени ($55,6 \pm 10,4\%$) и «забывчивость» ($22,2 \pm 8,7\%$).

Анализ ответов на предложенные вопросы в различных возрастных группах обследуемых представлен на рисунках 29 и 30. Из рисунков видно, что график посещения пародонтолога 1 раз в 6 месяцев не зависит от возраста опрошенных ($p > 0,05$). Лекарственные препараты для домашнего использования были назначены в $100,0\%$ случаях лицам в возрасте 46-60, в возрасте 61-80 лет - в $93,3 \pm 6,5\%$, среди 31-45 лет - в $85,3 \pm 6,1\%$ и в $50,0 \pm 17,7\%$ случаях пациентам в возрасте 18-30 лет.

Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях были: среди лиц 18-30 лет - нехватка времени и отсутствие желания выполнять рекомендации отмечены в 100% случаях; среди лиц 31-45 лет - нехватку времени, отсутствие желания и дороговизну отметили $83,3 \pm 4,1\%$; среди лиц 46-60 лет - «забывчивость» проявили $30,7 \pm 9,4\%$, дороговизна, нехватка времени и отсутствие желания имели место в $62,9 \pm 9,9\%$; а среди лиц 61-80 лет отказ от лечения в $50 \pm 12,9\%$ случаях в основном объяснялся дороговизной и

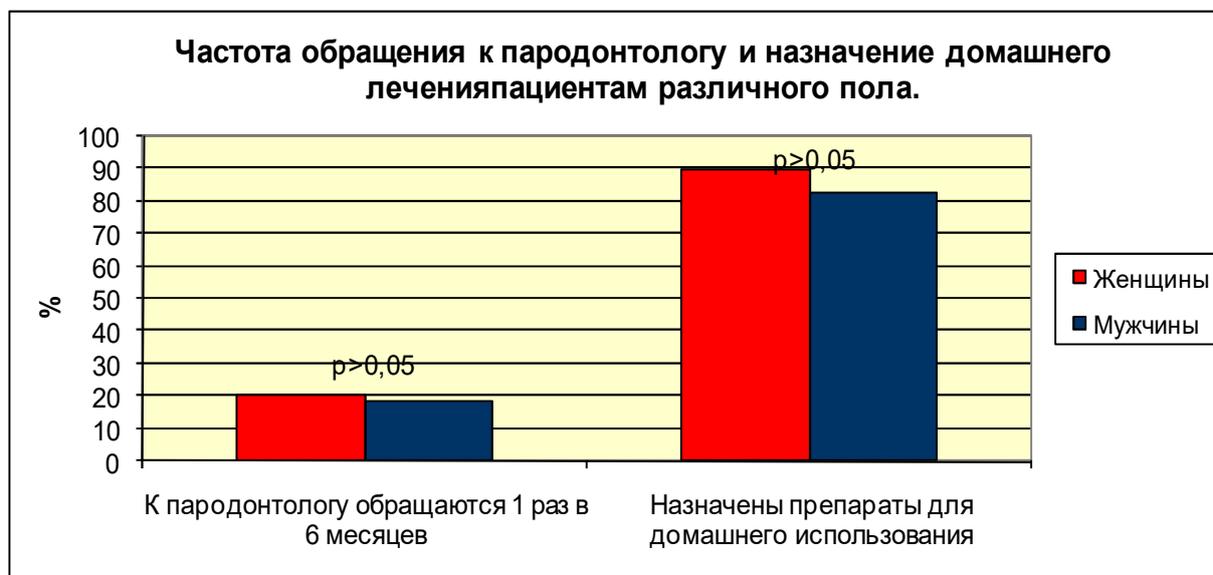


Рис.27. Частота обращения к пародонтологу и назначение домашнего лечения пациентам различного пола

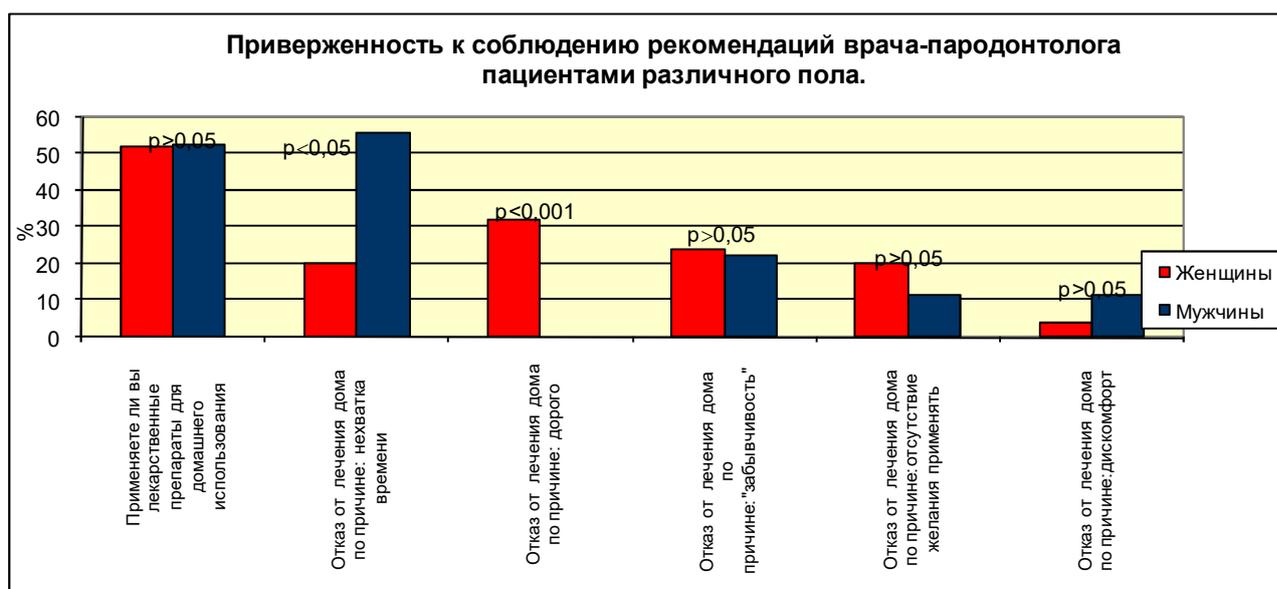
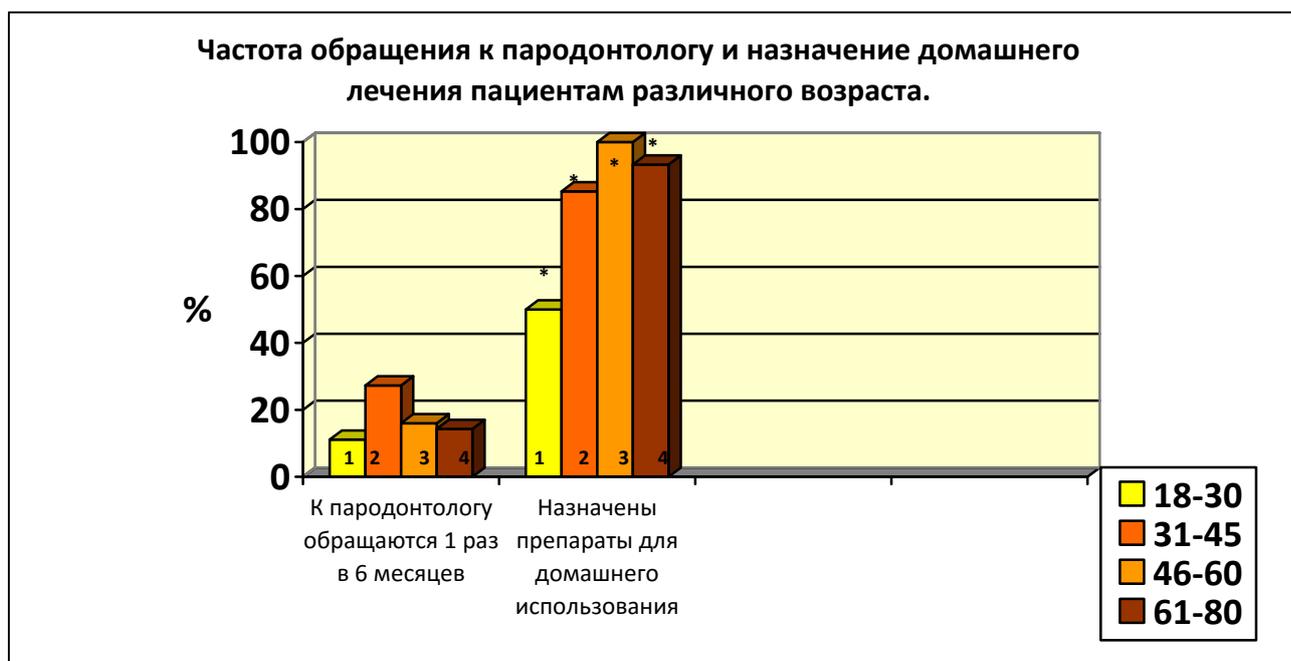
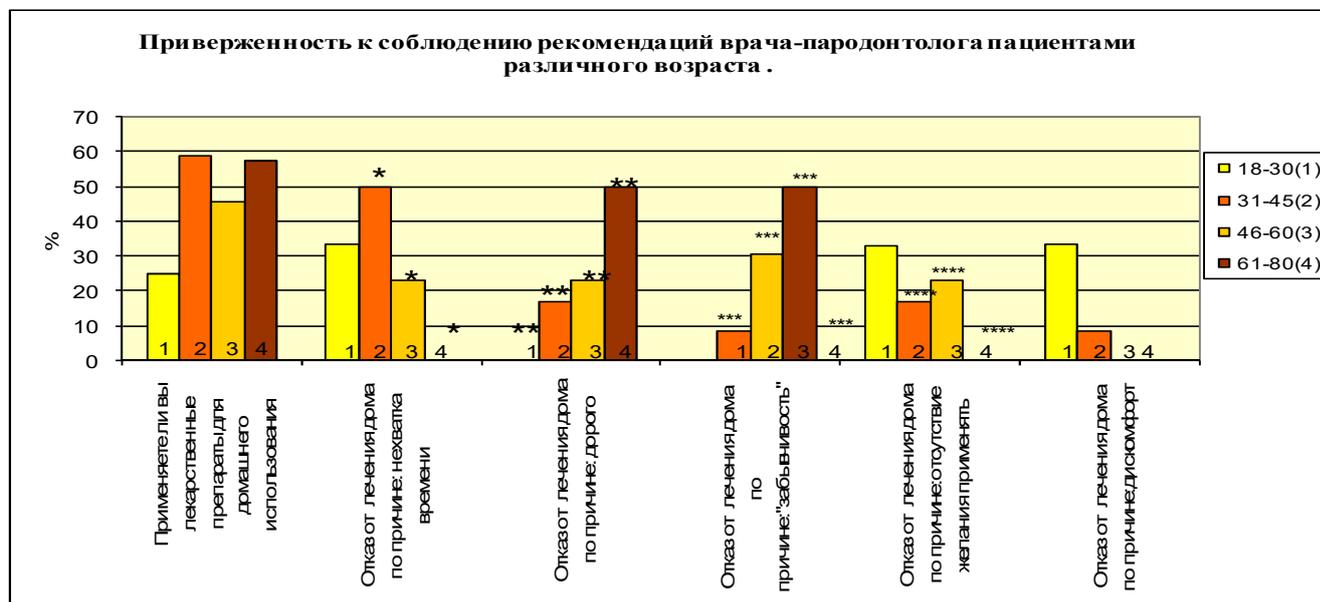


Рис.28. Приверженность к соблюдению рекомендаций врача-пародонтолога пациентами различного пола



Примечание: * - достоверность между 1 и 3 составляет $<0,01$, а между 2 и 3 и 1 и 4- $<0,05$.

Рис.29. Частота обращения к пародонтологу и назначение домашнего лечения пациентам различного возраста



Примечание: * - достоверность между 2 и 3 составляет $<0,05$, между 2 и 4- $<0,001$, между - 3 и 4- $<0,01$;

** - достоверность между 1 и 2 и 1 и 3 составляет $<0,01$, между 1 и 4- $<0,001$, а между 2 и 4- $<0,05$, а между 1 и 4- $<0,001$;

***- достоверность между 1 и 3 и 2 и 4 составляет $<0,01$, между - 2 и 3- $<0,05$, а между 1 и 4- $<0,001$;

****- достоверность между 2 и 4 составляет $<0,05$, а между - 3 и 4- $<0,01$.

Рис.30. Приверженность к соблюдению рекомендаций врача-пародонтолога пациентами различного возраста

«забывчивостью» пациентов.

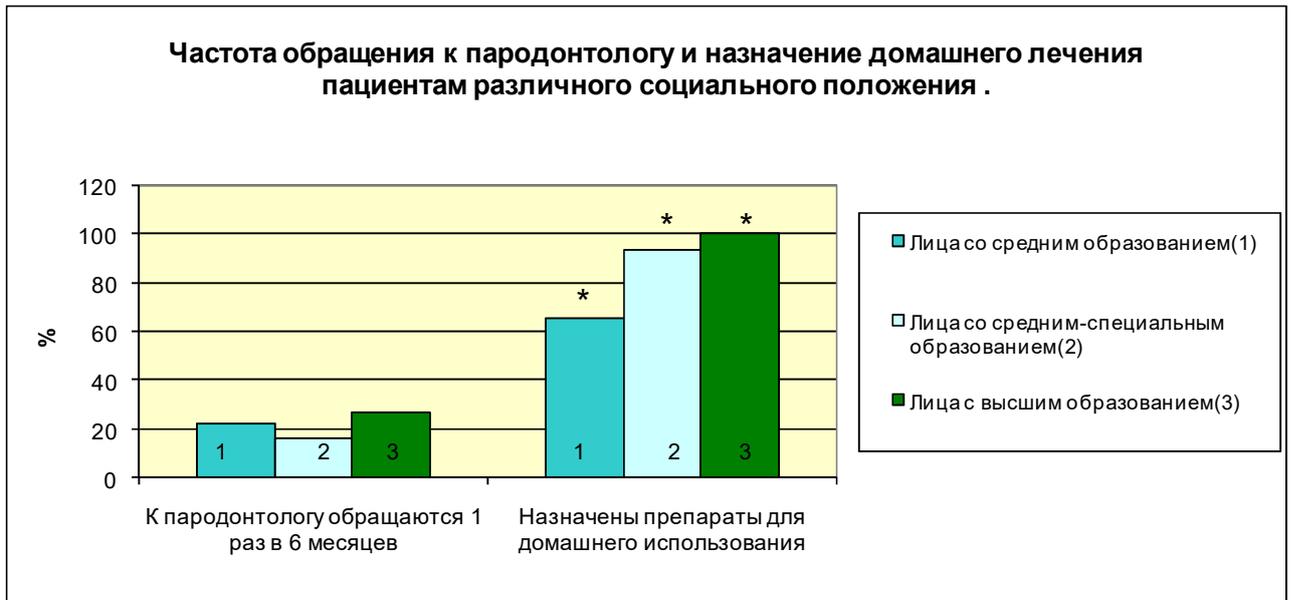
Анализ ответов в группах по социальной принадлежности представлен на рисунках 31 и 32. Из рисунков видно, что обращаемость пациентов к пародонтологу не зависит от социального положения ($p>0,05$), а назначение и прием лекарственных препаратов для домашнего использования выше среди лиц со средним-специальным и высшим образованием ($p<0,05$). Лекарственные препараты для домашнего использования были назначены в 100,0% случаях лицам с высшим образованием, в $95,3\pm 3,2\%$ - со средним - специальным и в $65,0\pm 11,6\%$ - со средним. Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях были: среди лиц с высшим образованием - нехватка времени, отсутствие желание применять и дороговизна (100%); среди лиц со средним-специальным образованием - дороговизна, «забывчивость», нехватка времени, отсутствие желания и неприятные ощущения в полости рта (100%); среди лиц со средним образованием - «забывчивость», отсутствие желания, неприятные ощущения в полости рта (100%).

Таким образом установлено, что 62% пациентов обращаются только при болях, а 20% респондентов регулярно посещают врача - пародонтолога. Причем, врач назначал 100% пациентам лекарственные препараты для домашнего применения в целях поддерживающей терапии, но только 50% из них проходят до конца курс лечения. В первую очередь отказываются от применения лекарственных препаратов люди молодого возраста (18-30 лет).

Основными причинами для отказа от лечения в домашних условиях по ответам респондентов являлись: «нехватка» времени- 29,4%, высокая стоимость лекарственных препаратов- 23,5% и «забывчивость» - 23,5%.

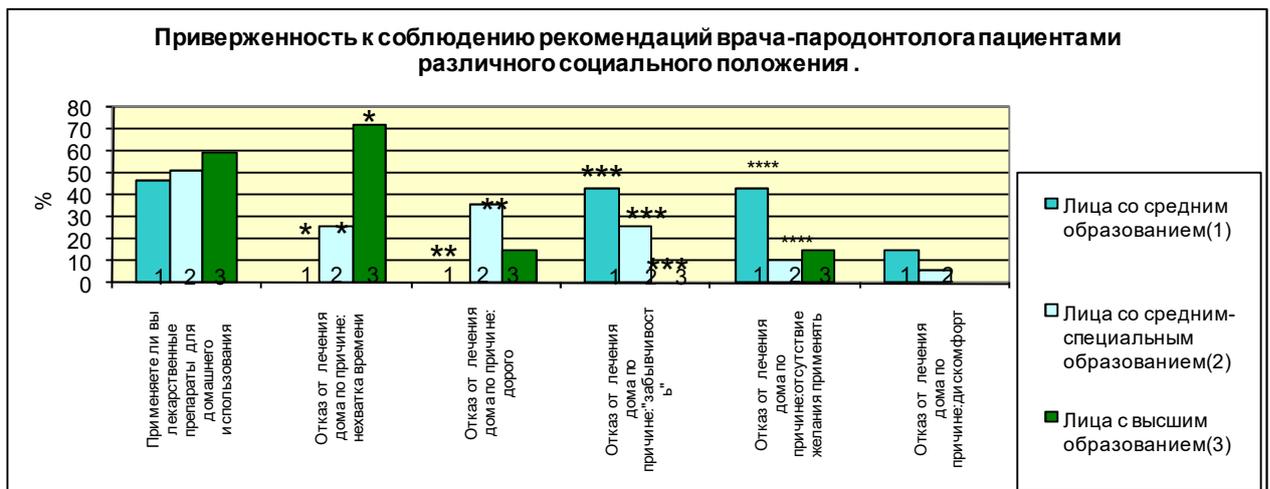
Обращаемость пациентов к пародонтологу (1 раз в 6 месяцев) не зависит от пола, возраста и социального положения ($p>0,05$); соблюдение рекомендаций по лечению не зависит от пола ($p>0,05$); а большая приверженность к лечению выявлена среди лиц в возрасте 31-45 лет с высшим образованием.

Итак, установлено, что:



Примечание: * - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,01$, а между 1 и 3- $<0,001$.

Рис.31. Частота обращения к пародонтологу и назначение домашнего лечения пациентам различного социального положения



Примечание: * - достоверность между 1 и 2, 1 и 3 и 2 и 3 составляет $<0,001$;

** - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,001$;

*** - достоверность между 1 и 3 составляет $<0,01$, а между 2 и 3- $<0,001$;

**** - достоверность между 1 и 2 составляет $<0,05$.

Рис.32. Приверженность к соблюдению рекомендаций врача-пародонтолога пациентами различного социального положения

1. Частота диагностирования воспалительных заболеваний пародонта среди пациентов амбулаторно-поликлинического приема БУЗ УР «ГКБ№9 МЗ УР», обращающегося за стоматологической помощью, составляет 84,5%, но только 20% респондентов регулярно посещают врача-пародонтолога.
2. Информированность населения о гигиене полости рта достаточно высокая, т.е. 90% опрошенных знает о правилах чистки зубов, но приверженность к проведению чистки зубов не превышает 42,8% и то среди лиц с высшим образованием.
3. Комплаентность пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к лечению не превышает 20%, при этом 50% респондентов не выполняют рекомендации врача, связывая, это в большинстве случаев, с “нехваткой” времени или “забывчивостью”.

Если классифицировать комплайнс по N.J. Insull (1997), то получается, что приверженность к гигиене находится на среднем уровне, а приверженность к лечению – на низком; это при высокой распространенности пародонтита, хорошей информированности пациентов и низкой посещаемости врача-пародонтолога.

ГЛАВА 4. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В динамическом наблюдении находилось 100 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести (глава 2; таблица 3). В зависимости от выбранного метода лечения пациенты были рандомизированы на 2 группы, в которых оценивали клинические и лабораторные показатели в сроки: до начала лечения, сразу после лечебных процедур, спустя 3 месяца и через 6 месяцев.

4.1. Динамика клинических и лабораторных показателей пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом после проведения комплексной терапии, включающей дополнительно инстилляцию синбиотика с живыми культурами лактобацилл в пародонтальные карманы, в динамике наблюдения (основная группа)

Пациентам основной группы проводили пародонтологическое лечение на основе традиционных подходов, включающее в себя: профессиональную гигиену полости рта, обучение и контроль за навыками проведения гигиены, закрытый кюретаж (по показаниям), медикаментозную обработку, а также промывание пародонтальных карманов синбиотиком «Эуфлорин L» в объеме 5мл из шприца с мягкой насадкой, курсом 3-5 дней. На дом давали памятки по рациональной гигиене полости рта, а после завершения поликлинического лечения рекомендовали проводить ротовые ванночки с «Эуфлорином-L» в объеме 10 мл по 5 минут, после еды 1 раз в день в течение 3-4 дней. Примеры клинических случаев по данной группе даны в приложении №5.

Уровень приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов основной группы до проведения лечения оценивался в

среднем в $9,3 \pm 0,58\%$ баллов, что соответствует среднему уровню приверженности. При этом с низким уровнем было - $39,0 \pm 7,6\%$ пациентов, со средним - $39,0 \pm 7,6\%$ и с высоким - $22,0 \pm 6,9\%$. Ранее не выполняли рекомендаций врача-пародонтолога 51,2% пациентов, основными причинами отказа были: дороговизна - 28,6%, отсутствие времени - 28,6%, забывчивость - 23,8% и дискомфорт при лечении - 14,3%.

Через 6 месяцев после лечения уровень приверженности существенно вырос и оценивался в $13,07 \pm 0,35\%$ баллов ($p < 0,001$), что соответствует высокому уровню комплаентности. При этом число лиц с низким баллом отсутствовало, со средним уровнем оказалось $41,5 \pm 7,7\%$ ($p > 0,05$), а с высоким уровнем - $58,5 \pm 7,7\%$ ($p < 0,001$) обследованных (Рисунок 33). Рекомендации врача-пародонтолога выполняли в 100% случаях. Жалоб на дискомфорт при лечении никто не предъявлял.

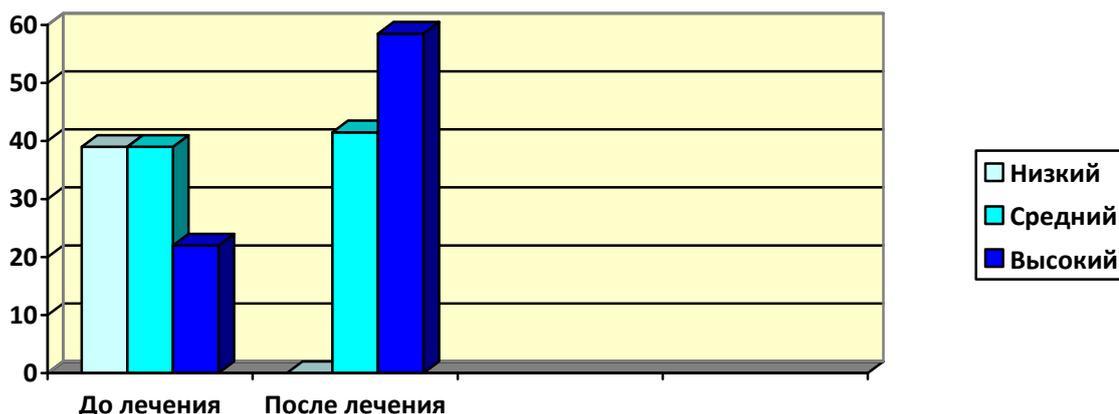


Рис.33. Динамика уровня приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов основной группы

Динамика изменения клинических показателей пациентов основной группы представлена в таблице 4. Из таблицы видно, что непосредственно после проведенного лечения значительно улучшилось состояние пародонта: не только снизились индексы гигиены и уменьшились индексы воспаления (РМА и кровоточивость), но и пародонтальный индекс СРІ.

Спустя 3 месяца показатель РМА сохранил существенную тенденцию к снижению по сравнению с исходными данными, хотя индекс СРІ достоверно возрос. По-видимому, это увеличение обусловлено ухудшением индексов гигиены,

Динамика пародонтологических и гигиенических показателей пациентов основной группы (M±m)

№	Этапы наблюдения	РНР, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРІ, баллы
1.	Исходные данные	1,66±0,09	1,39±0,08	1,33±0,09	30,22±1,86	1,60±0,10	2,26±0,11
2.	Через неделю	0,77±0,06	0,53±0,05	0,49±0,05	11,26±1,59	0,54±0,08	1,58±0,20
	p_{1-2}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
3.	Спустя 3 месяца	1,39±0,09	1,01±0,07	0,87±0,05	27,86±1,88	0,68±0,08	1,92±0,12
	p_{1-3}	<0,05	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05
	p_{2-3}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	<0,01
4.	Спустя 6 месяцев	1,26±0,07	0,84±0,06	0,81±0,05	19,82±1,72	0,48±0,08	2,1±0,12
	p_{1-4}	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05
	p_{2-4}	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05
	p_{3-4}	>0,05	<0,1	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05

Примечание: p_{1-2} - статистическая значимость различий до лечения и спустя неделю, p_{1-3} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 3 месяца, p_{2-3} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 3 месяца, p_{1-4} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 6 месяцев, p_{2-4} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 6 месяцев, p_{3-4} - статистическая значимость различий спустя 3 месяца и через 6 месяцев после лечения.

так как они увеличились, хотя и сохранили достоверно более низкое значение по сравнению с исходными показателями.

Так, спустя 3 месяца после лечения гигиенический индекс РНР увеличился до $1,39 \pm 0,09$ балла вместо $0,77 \pm 0,66$ балла - после лечения ($p < 0,001$), но остался ниже исходного - $1,66 \pm 0,09$ баллов ($p < 0,05$). Такая же тенденция отмечена и с индексами ОНІ-S и PI, Silness-Loe ($p_{1-2}, p_{1-3} < 0,001$). Индексы РМА и СРІ вернулись к исходным значениям ($p > 0,05$), но индекс кровоточивости (ИК) сохранил свое существенно низкое значение по сравнению с исходными данными ($p < 0,001$).

Спустя 6 месяцев после лечения сохранились существенно низкие показатели гигиены ($p < 0,01$, $p < 0,05$ и $p < 0,001$), снизился индекс РМА ($p < 0,001$) и еще большее снижение отмечено у индекса кровоточивости дёсен ($p < 0,01$) по сравнению с исходными данными.

Динамика иммунологических показателей в исследуемой группе пациентов представлена в таблице 5, из которой видно, что спустя неделю после лечения изменилась только адсорбционная активность эпителиальных клеток, она существенно возросла до $51,6 \pm 2,0\%$, вместо $45,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$).

Спустя 3 месяца после лечения увеличился фагоцитарный индекс и фагоцитарное число лейкоцитов ($p < 0,01$, $p < 0,01$).

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения еще больше возросли значения фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа ($p < 0,001$ и $p < 0,01$), увеличилась адсорбционная активность эпителиальных клеток ($p < 0,01$), увеличилась функциональная активность лейкоцитов по НСТ и ИАН в базовых условиях и НСТ в активированных условиях по сравнению с данными спустя 3 месяца ($p < 0,001$, $p < 0,01$) и снизился уровень секреторного иммуноглобулина А по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$), но не имел существенного снижения по сравнению с его уровнем спустя 3 месяца после лечения ($p > 0,05$), когда клинические показатели несколько ухудшились по сравнению с показателями, полученными сразу после лечения.

В динамике наблюдения частота встречаемости отдельных видов микроорганизмов в десневом биотопе зубов представлена в таблице 6 и 7.

Динамика показателей местного иммунитета пациентов основной группы (M±m)

№р	Этапы наблюдения	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ,%
1.	Исходные данные	27,5±3,1	1,7±0,1	17,8±4,0	35,3±4,5	0,18±0,04	0,40±0,10	2,10±0,13	45,6±2,3
2.	Через неделю	28,7±3,5	1,7±0,1	17,4±2,4	33,5±2,9	0,18±0,03	0,36±0,03	2,31±0,16	51,6±2,0
	p_{1-2}	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
3.	Спустя 3 месяца	42,0±3,1	2,2±0,2	14,9±1,3	29,5±2,5	0,15±0,01	0,32±0,09	2,05±0,30	44,2±1,6
	p_{1-3}	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	p_{2-3}	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
4.	Спустя 6 месяцев	45,1±3,0	2,4±0,2	23,5±1,5	39,5±1,6	0,25±0,02	0,45±0,02	1,63±0,20	51,7±1,7
	p_{1-4}	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
	p_{2-4}	<0,001	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
	p_{3-4}	>0,05	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	<0,01

Примечание: p_{1-2} - статистическая значимость различий до лечения и спустя неделю, p_{1-3} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 3 месяца, p_{2-3} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 3 месяца, p_{1-4} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 6 месяцев, p_{2-4} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 6 месяцев, p_{3-4} - статистическая значимость различий спустя 3 месяца и через 6 месяцев после лечения.

Частота высеивания отдельных представителей микрофлоры из биотопа десны пациентов основной группы в динамике наблюдения

Микрофлора	Основная группа			
	До лечения	Через неделю	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Основная	Lactobacillus spp. 91,6%(11)	streptococcus spp.75%(9)	streptococcus spp. 66,7%(8)	streptococcus spp.83,3%(10)
	streptococcus spp.75%(9)	Lactobacillus spp. 75%(9)	Lactobacillus spp. 66,7%(8)	Lactobacillus spp. 50%(6)
	neisseria spp. 66,7%(8)	neisseria spp. 41,7%(5)	neisseria spp. 50%(6)	neisseria spp. 50%(6)
Добавочная	enterococcus spp. 33,3%(4)	-	candida spp. 33,3%(4)	candida spp. 33,3%(4)
			enterococcus faecalis 25%(3)	enterococcus faecalis 25%(3)
				Staphylococcus epidermidis 25%(3)
Случайная	fusobacterium spp.16,7%(2)	candida spp. 16,7%(2)	corinobacterium spp. 16,7%(2)	streptococcus pyogenes 8,3%(1)
	candida spp. 8,3%(1)	fusobacterium spp. 8,3%(1)	fusobacterium spp. 8,3%(1)	
	corinobacterium spp. 8,3%(1)	corinobacterium spp. 8,3%(1)	streptococcus pyogenes8,3% (1)	
	peptostreptococcus spp. 8,3%(1)	peptostreptococcus spp. 8,3%(1)		
	staphylococcus aureus 8,3%(1)	staphylococcus spp. 8,3%(1)		
	Eikenella corrodens 8,3%(1)	enterococcus spp. 8,3%(1)		
	Eikenella corrodens 8,3%(1)			
	escherichia coli 8,3%(1)			

Из таблицы 6 видно, что на протяжении всего исследования патогенная микрофлора присутствовала в составе добавочной или случайной, через неделю после лечения отмечено отсутствие представителей добавочной флоры и наличие представителей только основной и случайной. На протяжении всего наблюдения у пациентов встречались *Lactobacillus* spp. в составе основной микрофлоры, а до лечения было высеяно 39 видов микроорганизмов, через 6 месяцев – 33 (Таблица 7). Причем из таблицы 7 видно, что через 6 месяцев после лечения интенсивность высеваемости *Streptococcus* spp. и *Neisseria* spp. не превышала 1-2 балла, а такие виды как *Fusobacterium* spp., *Corinobacterium* spp., *Enterococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* вообще не были обнаружены.

Таким образом установлено, что включение в комплекс лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести синбиотика «Эуфлорин-L», позволило:

- улучшить гигиеническое состояние полости рта пациентов;
- получить на протяжении 6-и месяцев после курса лечения стойкий противовоспалительный эффект, сопровождающийся снижением индекса кровоточивости дёсен и индекса воспаления десен (РМА);
- повысить показатели мукозального клеточного иммунитета полости рта;
- восстановить микробный гомеостаз полости рта пациентов;
- существенно повысить приверженность пациентов к лечебно-профилактическим мероприятиям.

4.2. Динамика клинических и лабораторных показателей пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом после проведения комплексной терапии в динамике наблюдения (группа сравнения)

Пациентам группы сравнения проводили пародонтологическое лечение на основе традиционных подходов, включающее в себя: профессиональную гигиену полости рта, обучение и контроль за навыками проведения гигиены, закрытый кюретаж (по показаниям), медикаментозную обработку пародонтальных карманов 0,05% хлоргексидином в объеме 5 мл из шприца с мягкой насадкой, курсом 3-5 дней. Пациентам на дом давали памятку о гигиене и рекомендации по апплицированию на десну в течение 3-4 дней после лечения в поликлинических условиях геля «Метрогил Дента» или бальзама для десен «Асепта - адгезивный» после чистки зубов 1 раз в день. Примеры клинических случаев по данной группе даны в приложении №6.

Уровень приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов группы сравнения до проведения лечения оценивался в среднем в $9,0 \pm 0,44\%$ баллов, что соответствует среднему уровню комплаентности. При этом пациентов с низким уровнем было - $45,0 \pm 7,8\%$, со средним - $45,5 \pm 7,9\%$ и высоким - $7,5 \pm 4,2\%$. Ранее не выполняли рекомендаций врача-пародонтолога 57,5% пациентов, основными причинами отказа послужили: нехватка времени - 30,4%, отсутствие желания - 21,7%, дороговизна - 17,4%, дискомфорт при лечении - 17,4%, а на забывчивость сослались 13%.

Через 6 месяцев после лечения уровень приверженности достоверно вырос до $11,9 \pm 0,34\%$ балла ($p < 0,001$), но остался на уровне средней степени комплаентности. При этом число лиц с низким баллом составило $7,5 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$), со средним уровнем оказалось $62,5 \pm 7,7\%$ ($p > 0,05$), а с высоким уровнем - $30,0 \pm 7,2\%$ обследованных ($p < 0,001$) (Рисунок 34).

Рекомендации врача-пародонтолога выполняли 92,5%. Жалобы на дискомфорт при лечении (чувство жжения) предъявили 7,5% (3 человека).

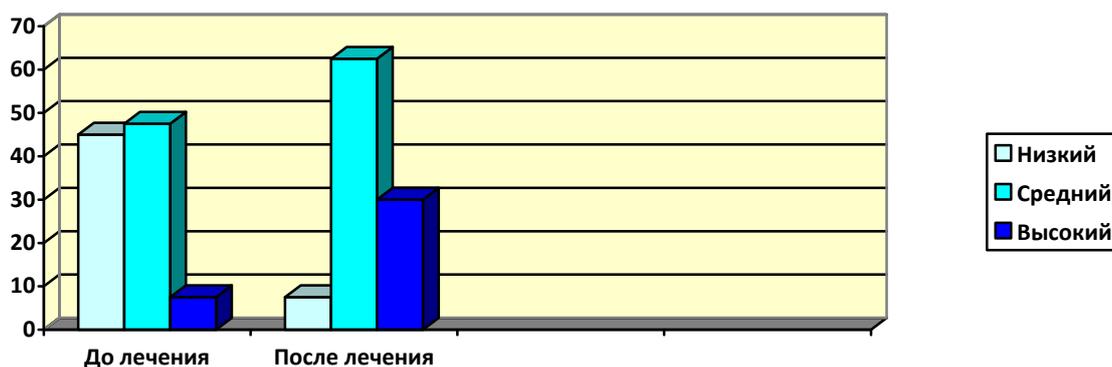


Рис.34. Динамика уровня приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов группы сравнения

Динамика изменения клинических показателей пациентов группы сравнения представлена в таблице 8. Из таблицы видно, что сразу после проведенного лечения значительно улучшилось состояние пародонта: снизились индексы гигиены и уменьшились индексы воспаления (РМА и кровоточивость), но и пародонтальный индекс СРІ.

Спустя 3 месяца показатель РМА сохранил существенную тенденцию к снижению по сравнению с исходными данными, хотя индекс СРІ достоверно возрос. По-видимому, это увеличение обусловлено ухудшением индексов гигиены, так как они увеличились, хотя и сохранили достоверно более низкое значение по сравнению с исходными показателями. Спустя 3 месяца после лечения гигиенические индексы возросли, но остались существенно ниже исходных значений, вернулись к исходным значениям индексы РМА и СРІ.

Спустя 6 месяцев после лечения остался ниже исходного индекс кровоточивости ($p < 0,01$) и индекс PI, Silness-Loe ($p < 0,001$), все остальные показатели вернулись к своим первоначальным значениям ($p > 0,05$).

Динамика иммунологических показателей у пациентов данной группы представлена в таблице 9, из которой видно, что спустя неделю после лечения адсорбционная активность эпителиальных клеток достоверно снизилась (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $51,7 \pm 3,6\%$, $p < 0,01$).

Спустя 3 месяца после лечения снижение адсорбционной активности эпителиоцитов имело еще более существенный характер (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $45,2 \pm 2,7\%$,

Динамика пародонтологических и гигиенических показателей пациентов группы сравнения (M±m)

№	Этапы наблюдения	РНР, баллы	ОHI-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРI, баллы
1.	Исходные данные	1,69±0,10	1,41±0,09	1,41±0,10	29,04±1,84	1,48±0,10	2,28±0,10
2.	Через неделю	0,63±0,06	0,57±0,06	0,42±0,05	9,36±1,35	0,42±0,08	1,61±0,20
	p_{1-2}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
3.	Спустя 3 месяца	1,43±0,08	1,09±0,09	0,89±0,07	25,86±1,60	0,96±0,09	1,98±0,11
	p_{1-3}	<0,05	<0,01	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05
	p_{2-3}	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
4.	Спустя 6 месяцев	1,77±0,10	1,24±0,09	0,94±0,06	30,88±2,24	1,04±0,10	2,07±0,11
	p_{1-4}	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,01	>0,05
	p_{2-4}	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
	p_{3-4}	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p_{1-2} - статистическая значимость различий до лечения и спустя неделю, p_{1-3} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 3 месяца, p_{2-3} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 3 месяца, p_{1-4} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 6 месяцев, p_{2-4} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 6 месяцев, p_{3-4} - статистическая значимость различий спустя 3 месяца и через 6 месяцев после лечения

Динамика показателей местного иммунитета пациентов группы сравнения (M±m)

№	Этапы наблюдения	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ,%
1.	Исходные данные	39,3±3,8	2,1±0,2	18,2±3,1	36,9±4,5	0,24±0,06	0,40±0,10	2,80±0,15	61,9±3,2
2.	Через неделю	39,0±4,9	1,9±0,1	18,3±1,5	33,1±2,2	0,19±0,02	0,36±0,02	2,31±0,20	51,7±3,6
	p_{1-2}	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
3.	Спустя 3 месяца	32,3±3,0	1,9±0,1	17,2±1,7	31,9±2,4	0,18±0,02	0,34±0,02	1,42±0,30	45,2±2,7
	p_{1-3}	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001
	p_{2-3}	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05
4.	Спустя 6 месяцев	41,6±3,3	2,1±0,2	21,6±2,0	42,6±1,8	0,23±0,02	0,47±0,02	0,40±0,05	47,7±2,08
	p_{1-4}	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,01
	p_{2-4}	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
	p_{3-4}	<0,01	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05

Примечание: p_{1-2} - статистическая значимость различий до лечения и спустя неделю, p_{1-3} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 3 месяца, p_{2-3} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 3 месяца, p_{1-4} - статистическая значимость различий до лечения и спустя 6 месяцев, p_{2-4} - статистическая значимость различий спустя неделю и через 6 месяцев, p_{3-4} - статистическая значимость различий спустя 3 месяца и через 6 месяцев после лечения.

$p \leq 0,001$). Кроме того, достоверно уменьшилось содержание секреторного иммуноглобулина А.

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения в слюне еще в большей степени ($p < 0,001$) снизился уровень секреторного иммуноглобулина А и значительно уменьшилась адсорбционная активность эпителиоцитов по сравнению с исходными значениями ($p < 0,01$), хотя все остальные показатели остались на уровне исходных значений. Однако, несколько возрос ФИ, показатель функциональной активности лейкоцитов - НСТ в активированных условиях (с $36,9 \pm 4,5\%$ до $42,6 \pm 1,8\%$, $t=1,2$; $p > 0,05$) и ИАН в активированных условиях (с $0,40 \pm 0,10\%$ до $0,47 \pm 0,02\%$, $t=0,7$; $p > 0,05$).

В динамике наблюдения частота встречаемости отдельных видов микроорганизмов в десневом биотопе зубов представлена в таблице 10 и 11.

Из таблицы 10 видно, что уже спустя 3 месяца появились представители *Escherichia coli* и *Streptococcus pyogenes*, а через неделю и через 6 месяцев после лечения в составе основной микрофлоры присутствовал *Enterococcus faecalis*, что говорит о выраженном дисбиозе десневой области у этих пациентов.

Кроме того, у пациентов до лечения было высеяно 38 видов микроорганизмов, через 6 месяцев - 34 (Таблица 11), а *Lactobacillus spp.* присутствовали только в составе добавочной микрофлоры.

Таким образом, традиционная схема лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести способствовала уменьшению воспаления в пародонте и улучшению гигиенического состояния полости рта пациентов, сохраняющихся в течение 3 месяцев после завершения терапии; показатели мукозального иммунитета полости рта в динамике лечения достоверно не менялись, в тоже время спустя 6 месяцев после лечения появлялись признаки дисбактериоза биотопа десны с большим процентом высеивания патогенной и транзиторной микрофлоры. При этом приверженность пациентов с хроническим пародонтитом осталась на среднем уровне.

Частота высевания отдельных представителей микрофлоры из биотопа десны пациентов группы сравнения в динамике наблюдения

Микрофлора	Группа сравнения			
	До лечения	Через неделю	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Основная	neisseria spp. 83,3%(10)	neisseria spp. 91,6%(11)	streptococcus spp.75%(9)	streptococcus spp.100%(12)
	streptococcus spp. 66,7%(8)	streptococcus spp.75%(9) enterococcus faecalis 66,7%(8)	neisseria spp. 58,3%(7)	neisseria spp. 58,3%(7) enterococcus faecalis 50%(6)
Добавочная	enterococcus spp. 33,3%(4)	Lactobacillus spp. 41,7%(5)	Lactobacillus spp. 33,3%(4)	Lactobacillus spp. 41,7%(5)
	Lactobacillus spp. 25%(3)	Staphylococcus epidermidis 25%(3)	enterococcus faecalis 25%(3)	candida spp.25%(3)
	candida spp. 25%(3)			
	corinobacterium spp. 25%(3)			
Случайная	streptococcus pyogenes 16,7%(2)	fusobacterium spp. 16,7%(2)	candida spp.8,3%(1)	escherichia coli 8,3%(1)
	fusobacterium spp.16,7%(2)	enterococcus spp. 16,7%(2)	streptococcus pyogenes 8,3%(1)	
	enterococcus faecalis 16,7%(2)	corinobacterium spp. 8,3%(1)	escherichia coli 8,3%(1)	
	leptotrix spp. 8,3%(1)	candida spp. 8,3%(1)		

4.3. Сопоставление клинических и лабораторных показателей пациентов основной и группы сравнения в динамике лечения

В данной главе проводили сравнительный анализ цифровых показателей, полученных в группах наблюдения.

Уровень приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов основной группы до проведения лечения оценивался в среднем в $9,3 \pm 0,58\%$ балла (с низким уровнем было - $39,0 \pm 7,6\%$, со средним - $39,0 \pm 7,6\%$ и высоким – $22,0 \pm 6,9\%$), а в группе сравнения соответственно: $9,0 \pm 0,44\%$ баллов ($p > 0,05$) (с низким уровнем было - $45,0 \pm 7,8\%$ ($p > 0,05$), со средним - $45,5 \pm 7,9\%$ ($p > 0,05$) и высоким – $7,5 \pm 4,2\%$ ($p > 0,05$)) (Рисунок 35).

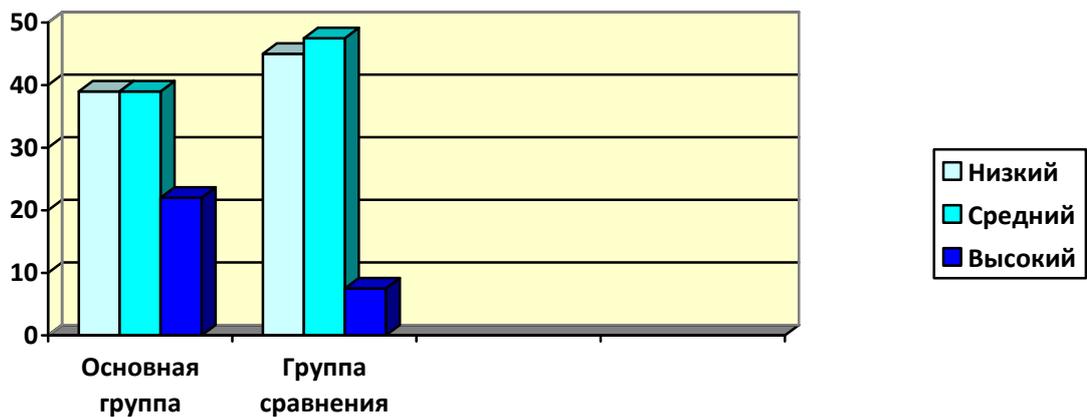


Рис.35. Уровень приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов основной группы и группы сравнения до проведения лечебных мероприятий

Ранее не выполняли рекомендаций врача-пародонтолога 57,5% пациентов в группе сравнения и 51,2% пациента в основной группе.

Через 6 месяцев после лечения уровень приверженности существенно вырос в обеих группах. Однако при сопоставлении показателей между группами наблюдения выявлено, что средний уровень комплаентности в основной группе стал значительно выше, чем в группе сравнения ($13,07 \pm 0,35\%$ против $11,9 \pm 0,34\%$, $p < 0,01$). Такое увеличение обусловлено возросшим числом лиц в основной группе приверженных к лечению (в основной группе процент лиц со средним уровнем комплаентности составил – $41,5 \pm 7,7\%$, с высоким – $58,5 \pm 7,7\%$; в группе сравнения

соответственно: $62,5 \pm 7,7\%$, $p < 0,05$; $30,0 \pm 7,2\%$, $p < 0,01$; число лиц с низким баллом - $7,5 \pm 4,2\%$) (Рисунок 36).

Рекомендации врача-пародонтолога выполняли 100% пациентов основной группы, жалоб на дискомфорт при лечении никто не предъявлял.

В группе сравнения рекомендации врача-пародонтолога выполняли 92,5%. Жалобы на дискомфорт при лечении (чувство жжения) предъявили 7,5% (3 человека).

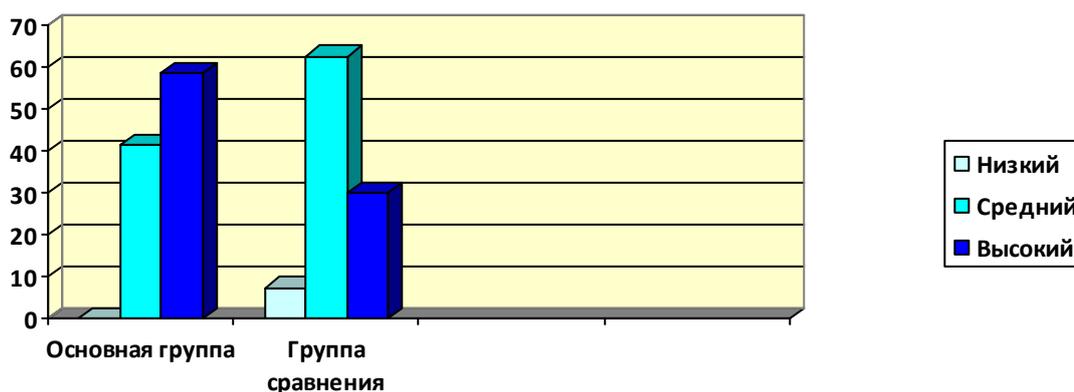


Рис.36. Уровень приверженности к проведению профилактических мероприятий и лечению у пациентов основной группы и группы сравнения спустя 6 месяцев после проведения лечебных мероприятий

Клинические показатели пациентов основной и группы сравнения до проведения лечебных мероприятий представлены в таблице 12. Из таблицы 12 видно, что исходные показатели клинического состояния пародонта в обеих группах были схожие ($p > 0,05$).

Через неделю после проведенного лечения (таблица 13) существенного различия между исследуемыми клиническими показателями у пациентов наблюдаемых групп не обнаружено ($p > 0,05$).

Спустя 3 месяца после лечения (таблица 14) индекс кровоточивости (ИК) у пациентов группы сравнения оказался достоверно выше, чем у лиц основной группы ($p < 0,05$).

Спустя 6 месяцев после проведения лечебных мероприятий (таблица 15) в клинических показателях наблюдаемых групп отмечены существенные различия

Таблица 12.

Сопоставление исходных клинических показателей у пациентов групп наблюдения

№	Группы	РНР, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРІ, баллы
1.	Основная	1,66±0,09	1,39±0,08	1,33±0,09	30,22±1,86	1,60±0,10	2,26±0,11
2.	Сравнения	1,69±0,10	1,41±0,09	1,41±0,10	29,04±1,84	1,48±0,10	2,28±0,10
	<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 13.

Сопоставление исходных клинических показателей у пациентов групп наблюдения спустя неделю

№	Группы	РНР, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРІ, баллы
1.	Основная	0,77±0,06	0,53±0,05	0,49±0,05	11,26±1,59	0,54±0,08	1,58±0,20
2.	Сравнения	0,63±0,06	0,57±0,06	0,42±0,05	9,36±1,35	0,42±0,08	1,61±0,20
	<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 14.

Сопоставление исходных клинических показателей у пациентов групп наблюдения спустя 3 месяца

№	Группы	РНР, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРІ, баллы
1.	Основная	1,39±0,09	1,01±0,07	0,87±0,05	27,86±1,88	0,68±0,08	1,92±0,12
2.	Сравнения	1,43±0,08	1,09±0,09	0,89±0,07	25,86±1,60	0,96±0,09	1,98±0,11
	<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Таблица 15.

Сопоставление исходных клинических показателей у пациентов групп наблюдения спустя 6 месяцев

№	Группы	РНР, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	СРІ, баллы
1.	Основная	1,26±0,07	0,84±0,06	0,81±0,05	19,82±1,72	0,48±0,08	2,1±0,12
2.	Сравнения	1,77±0,10	1,24±0,09	0,94±0,06	30,88±2,24	1,04±0,10	2,07±0,11
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05

по индексам РНР, ОНІ-S, РМА и кровоточивости. Они оказались существенно выше в группе сравнения, чем в основной группе ($p < 0,001$), почти в 1,2-3,0 раза.

Иммунологические показатели полости рта пациентов до лечения в обследуемых группах приведены в таблице 16. Из таблицы 16 видно, что в группу сравнения вошли пациенты с более высоким фагоцитарным индексом ($p < 0,05$). Кроме того, у пациентов группы сравнения оказались достоверно более высокие показатели РАМ ($p < 0,001$) и SIgA в смешанной слюне ($p < 0,001$), чем у пациентов основной группы, то есть у пациентов группы сравнения путем случайной выборки оказались более благоприятные исходные показатели мукозального иммунитета полости рта.

Сразу после проведенного лечения (таблица 17) показатели мукозального иммунитета полости рта в наблюдаемых группах незначительно выровнились ($p > 0,05$).

Спустя 3 месяца после лечения (таблица 18) в основной группе достоверно вырос фагоцитарный индекс ($p < 0,05$).

Спустя 6 месяцев после проведения лечебных мероприятий (таблица 19) уровень содержания SIgA в группе сравнения стал существенно ниже ($p < 0,001$), чем в основной группе, почти в 4 раза, хотя другие показатели существенно не отличались ($p > 0,05$).

Данные о частоте высевания различных микроорганизмов из биотопа десневых в динамике наблюдения представлены в таблице 20. Из таблицы видно, что сразу после лечения высокая степень микробной обсемененности десневой области у пациентов основной группы не выявлялась ни в одном проценте случаев, в то время как в группе сравнения отмечалась в 2,4%. Спустя три месяца в основной группе степень обсемененности десневой области в 1-2 балла имела место в $90,6 \pm 8,4$ % случаев, в то время как в группе сравнения - в $69,2 \pm 13,4$ % ($p > 0,05$). Кроме того, в основной группе почти в 2,5 раза была ниже микробная высеваемость в 4-5 балла, чем в группе сравнения (6,3% и 15,4%, $p > 0,05$). Через 6 месяцев степень обсемененности в 1-2 балла составляла в основной группе у $90,9 \pm 8,3$ % пациентов, а в группе сравнения – у $97,1 \pm 4,8$ % ($p > 0,5$).

Таблица 16.

Сопоставление исходных показателей местного иммунитета у пациентов групп наблюдения

Группы	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ, %
Основная	27,5±3,1	1,7±0,1	17,8±4,0	35,3±4,5	0,18±0,04	0,40±0,10	2,10±0,13	45,6±2,3
Сравнения	39,3±3,8	2,1±0,2	18,2±3,1	36,9±4,5	0,24±0,06	0,40±0,10	2,80±0,15	61,9±3,2
<i>p</i>	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001

Таблица 17.

Сопоставление исходных показателей местного иммунитета у пациентов групп наблюдения спустя неделю

Группы	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ, %
Основная	28,7±3,5	1,7±0,1	17,4±2,4	33,5±2,9	0,18±0,03	0,36±0,03	2,31±0,16	51,6±2,0
Сравнения	39,0±4,9	1,9±0,1	18,3±1,5	33,1±2,2	0,19±0,02	0,36±0,02	2,31±0,20	51,7±3,6
<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 18.

Сопоставление исходных показателей местного иммунитета у пациентов групп наблюдения спустя 3 месяца

Группы	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ, %
Основная	42,0±3,1	2,2±0,2	14,9±1,3	29,5±2,5	0,15±0,01	0,32±0,09	2,05±0,30	44,2±1,6
Сравнения	32,3±3,0	1,9±0,1	17,2±1,7	31,9±2,4	0,18±0,02	0,34±0,02	1,42±0,30	45,2±2,7
<i>p</i>	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 19.

Сопоставление исходных показателей местного иммунитета у пациентов групп наблюдения спустя 6 месяцев

Группы	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SIgA, г/л	РАМ, %
Основная	45,1±3,0	2,4±0,2	23,5±1,5	39,5±1,6	0,25±0,02	0,45±0,02	1,63±0,20	51,7±1,7
Сравнения	41,6±3,3	2,1±0,2	21,6±2,0	42,6±1,8	0,23±0,02	0,47±0,02	0,40±0,05	47,7±2,08
<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05

Таблица 20.

Динамика показателей частоты и степени микробной обсемененности биотопов десны в динамике среди пациентов групп наблюдения

Группа	До лечения						Через неделю						Через 3 месяца						Через 6 месяцев			
	1-2 балла		3 балла		4-5 баллов		1-2 балла		3 балла		4-5 баллов		1-2 балла		3 балла		4-5 баллов		1-2 балла		3 балла	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	(39)						(31)						(32)						(33)			
Основная	28	71,7	11	28,3	0	0	23	74,2	8	25,8	0	0	29	90,6	1	3,1	2	6,3	30	90,9	3	9,1
	(38)						(42)						(26)						(34)			
Сравнения	19	50,0	9	23,7	10	26,3	29	96,0	12	28,6	1	2,4	18	69,2	4	15,4	4	15,4	33	97,1	1	2,9

Таблица 21.

Частота высеивания ассоциаций микроорганизмов из биотопа десны обследуемых пациентов в динамике наблюдения

Число компонент в ассоциации	Число ассоциаций															
	Основная группа								Группа сравнения							
	До лечения		Через неделю		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		До лечения		Через неделю		Через 3 месяца		Через 6 месяцев	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я ассоциация	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	2	16,7	1	8,3
2-я ассоциация	3	24,9	-	-	6	50,0	4	33,3	3	24,9	-	-	-	-	1	8,3
3-я ассоциация	3	25,0	7	58,3	1	8,3	4	33,3	4	33,2	7	58,3	8	66,6	9	75,0
4-я ассоциация	5	41,7	5	41,7	3	25,0	3	25,0	5	41,7	5	41,7	-	-	1	8,3
5-я ассоциация	1	8,3	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Роста нет	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-	2	16,7	-	-

При анализе числа ассоциаций микроорганизмов в биотопе десны (Таблица 21) установлено, что до проведения лечения в основной и группе сравнения преобладали 4-х компонентные ассоциации микроорганизмов (41,7%). После проведенного лечения в обеих группах имели место как 2-х, так и 4-х компонентные ассоциации. Спустя три месяца после лечения в основной группе в 50% случаев в биотопе десны, в основном, преобладали 2-х компонентные ассоциации микроорганизмов, в то время как в группе сравнения в 58,3% случаев присутствовали 3-х и более компонентные ассоциации. Через 6 месяцев в основной группе в 66,6% случаев преобладали 2-х и 3-х компонентные ассоциации микроорганизмов, в то время как в группе сравнения в 75,0% случаев присутствовали 3-х компонентные ассоциации.

Таким образом, включение в схему комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом синбиотика, позволяет улучшить гигиеническое состояние и снизить воспаление в деснах, повысить уровень мукозального иммунитета полости рта, а также позволяет восстановить микробный гомеостаз полости рта, и служит одним из факторов повышения приверженности к гигиеническим процедурам и лечению у врача-пародонтолога.

При проведении традиционного пародонтологического лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести положительная клиническая динамика парадонтологических показателей сохраняется только в течение 3-х месяцев, тогда как у пациентов, комплекс лечения которых был дополнен назначением синбиотика, был отмечен стойкий лечебный эффект, сохраняющийся в течение 6 месяцев по завершению терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования диктуется значительной распространенностью хронического генерализованного пародонтита [141, 242], длительностью его течения с чередованием периодов ремиссии и обострения [175], а также трудностью лечения [154].

Результаты проведенного обследования стоматологических пациентов на терапевтическом приеме подтвердили высокую частоту встречаемости воспалительных заболеваний пародонта на поликлиническом приеме, она составила $84,5 \pm 1,8\%$. Иными словами, из 427 обратившихся за стоматологической помощью у 361 обнаружены признаки воспаления пародонта. Причем, признак «кровоточивости десен» выявлен в $2,3 \pm 0,7\%$ случаев, «над/поддесневой зубной камень» - в $20,1 \pm 1,9\%$, клинический карман до 4-5мм диагностирован в $53,2 \pm 2,4\%$, а клинический карман в 6 мм и более - в $8,9 \pm 1,4\%$ случаях. По этим признакам можно предположить, что распространенность пародонтита составляет в среднем $62,1 \pm 2,4\%$ среди взрослого населения обслуживающегося в БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР», что согласуется с данными национального эпидемиологического стоматологического обследования [284] и данными исследования, проведенного в 2008-2009 гг в Удмуртской республике [241].

Установлено, что пародонтит встречается с одинаковой частотой у лиц обоего пола и различного социального положения ($p > 0,05$); но распространенность его увеличивается с возрастом (с $49,3 \pm 4,1\%$ в возрасте 18-30 лет до $88,4 \pm 8,2\%$ в возрасте 61-80 лет).

Анкетирование 143 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с диагностированными заболеваниями пародонта показало, что информированность о гигиене полости рта достаточно высокая ($82,5 \pm 3,2\%$ опрошенных знают о правилах чистки зубов), но приверженность к гигиене не превышает $42,8 \pm 4,1\%$ и то среди лиц с высшим образованием. Кроме того, $20,9 \pm 3,4\%$ пациентов обращаются к стоматологу только при болях. Данные И.В. Фирсовой (2008) также показывают, что в $50,7-67,2\%$ случаев основной причиной для обращения к врачу-стоматологу является острая боль.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта требует от пациента неоднократных посещений врача-стоматолога в течение года [25], а при резистентной к проводимой терапии форме заболевания возрастает необходимость в проведении профилактических и лечебных курсов в домашних условиях [135].

Врачи не могут требовать от пациента безусловного исполнения медицинских назначений и рекомендаций, но надеются на понимание самого пациента. Однако, лечение пародонтита зачастую прерывается, а рекомендации врача пациентами не выполняются [106, 148, 170, 254]. Причины, препятствующие выполнению пациентами рекомендаций врача с профилактической и лечебной целью, разнообразны: страх перед стоматологическим вмешательством, негативные эмоциональные переживания в прошлом и просто “лень” [45, 74].

По нашим данным комплаентность пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к лечению не превышает $20 \pm 3,3\%$, не выполняют рекомендации врача $50 \pm 4,2\%$ пациентов. Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях респонденты отмечают: нехватку времени - $29,4 \pm 3,8\%$, высокую стоимость лекарственных препаратов - $23,5 \pm 3,6\%$; “забывчивость” - $23,5 \pm 3,6\%$, у $17,7 \pm 3,2\%$ отсутствует желание проводить лечение, а $5,9 \pm 1,9\%$ опрошенных в процессе лечения почувствовали дискомфорт от назначенных медикаментов и прекратили лечение.

Итак, получается, что в $70,6\%$ случаях пациенты не следуют рекомендациям врача в результате банальной “лени”, 80% пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, основной причиной которого, чаще всего, являются местные факторы (гигиена, вредные привычки, патология прикуса), не стремятся к поддержанию здорового состояния пародонта, игнорируя рекомендации врача, а в $57,2\%$ случаях не соблюдаются даже рутинные методы гигиены.

Установлено, что только $30 \pm 3,8\%$ пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом обращаются к врачу-стоматологу для поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев, $20,9 \pm 3,4\%$ лиц обращаются к врачу только при болях, а остальные $50 \pm 4,2\%$ проводят поддерживающую терапию по

мере необходимости (1 раз в год или 1 раз в 2 года), не учитывая сроки профилактических осмотров.

В такой ситуации становится важна мотивация не только к гигиене, но и к лечению, так как один врач не справится с данной проблемой без понимания и поддержки пациента. Учитывая, что 25% опрошенных отмечают дороговизну лекарственных препаратов, то выбирать необходимо экономически выгодные для пациента средства, но эффективные для лечения и безопасные для организма человека. К таким препаратам можно отнести пробиотики, особенно если они отечественного производства (стоимость их дешевле) и с живыми культурами (то есть они сразу имеют активную форму).

Из таких препаратов нами был выбран синбиотик «Эуфлорин-L», который содержит живые культуры лактобацилл и производится в г. Ижевске (Удмуртская республика РФ).

Известно, что антибактериальные препараты изменяют состав микрофлоры полости рта [91, 280], но одновременно и снижают показатели иммунитета [269]. Поэтому, данные препараты должны дополняться другими лечебными мероприятиями, направленными на мобилизацию защитных сил организма и выравнивание баланса резидентной микрофлоры человека, выполняющей роль «иммунного» экрана для патогенных микроорганизмов.

Имеются сведения, что пробиотики, нормализующие микрофлору полости рта, повышают устойчивость к микробной инвазии при хроническом пародонтите [38, 53, 79, 111, 190, 201, 329].

Поэтому следующей задачей было оценить эффективность живых культур синбиотика в динамике лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

В настоящее время в терапии заболеваний пародонта, в основном, применяются сухие формы бактериальных препаратов, для активации которых в организме человека требуется 8-10 часов. В полости рта выдержать такое время экспозиции лекарства невозможно в силу физиологических особенностей, где постоянно циркулирует слюна, вымывая лекарственные препараты и снижая их

концентрацию. Поэтому в таких условиях необходимо использовать пробиотики только в жидкой и активной формах, то есть живые культуры.

Согласно поставленным задачам рандомизированны две группы наблюдения (основная и группа сравнения). Основная группа отличалась от группы сравнения только тем, что в комплекс профилактических мероприятий пациентам включали дополнительно инстилляцию «Эуфлорином-L» в пародонтальные карманы, а после завершения курса лечения в поликлинических условиях, рекомендовали пациентам в домашних условиях продолжить использование «Эуфлорина-L», но уже в виде ротовых ванночек (глава 2.1). В группе сравнения пациенты продолжали использовать в домашних условиях антибактериальные препараты (глава 2.1).

Через неделю после проведенного лечения у пациентов основной группы значительно улучшилось состояние пародонта: снизились индексы гигиены, индексы воспаления (РМА и кровоточивость, $p < 0,001$), а также пародонтальный индекс СРІ ($p < 0,01$), существенно возросла адсорбционная активность эпителиальных клеток до $51,6 \pm 2,0\%$ вместо $45,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), ни в одном проценте случаев не выявлялась высокая степень микробной обсемененности десневой области в 4-5 баллов и число высеваемых видов микроорганизмов уменьшилось с 39 до 31, а также отмечено отсутствие представителей добавочной флоры.

Спустя 3 месяца индексы гигиены возросли, но сохранили достоверно низкое значение по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$ и $p < 0,001$). Индексы РМА и СРІ вернулись к исходным значениям ($p > 0,05$), но индекс кровоточивости (ИК) сохранил свое существенно низкое значение по сравнению с исходными данными ($p < 0,001$), в 1,5 раза увеличился фагоцитарный индекс и фагоцитарное число лейкоцитов ($p < 0,01$, $p < 0,01$), а также в 50% случаев в биотопе десны, в основном, преобладали двух-компонентные ассоциации микроорганизмов.

Спустя 6 месяцев после лечения наблюдалась положительная динамика в изменении клинических, иммунологических и микробиологических показателей: сохранились достоверно низкие показатели гигиены ($p < 0,01$, $p < 0,05$ и $p < 0,001$), снизился в 1,5 раза индекс РМА ($p < 0,001$), еще большее снижение (в 3 раза)

отмечено у индекса кровоточивости дёсен ($p < 0,01$) по сравнению с исходными данными. А также еще больше возросли значения фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа ($p < 0,001$ и $p < 0,01$), увеличилась адсорбционная активность эпителиальных клеток ($p < 0,01$), увеличилась функциональная активность лейкоцитов по НСТ и ИАН в базовых условиях и НСТ в активированных условиях по сравнению с данными спустя 3 месяца ($p < 0,001$, $p < 0,01$) и снизился уровень секреторного иммуноглобулина А по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$), но не имел существенного снижения по сравнению с его уровнем спустя 3 месяца после лечения ($p > 0,05$), когда клинические показатели несколько ухудшились по сравнению с показателями, полученными сразу после лечения. Такие микроорганизмы как *Fusobacterium* spp., *Corinobacterium* spp., *Enterococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* вообще не были обнаружены. Динамика лечения у пациентов основной группы была более благоприятная, чем у группы сравнения.

Результаты клинического наблюдения пациентов группы сравнения через неделю после проведенного лечения выявили значительное улучшение состояния пародонта: снизились индексы гигиены, воспаления (РМА и кровоточивости ($p < 0,001$), а также пародонтальный индекс СРІ ($p < 0,01$), достоверно снизилась адсорбционная активность эпителиальных клеток (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $51,7 \pm 3,6\%$, $p < 0,01$). Однако, выросло число видов микроорганизмов, с 38 до 42, и в составе основной микрофлоры высевался *Enterococcus faecalis* (66,7%), что говорит о дисбиотических изменениях.

Спустя 3 месяца после лечения наблюдались неблагоприятные изменения: вернулись к исходным значениям индексы РМА и СРІ; показатели иммунитета продолжили дальнейшее снижение. Так, адсорбционная активность эпителиоцитов более существенно снизилась (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $45,2 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) и в 2 раза уменьшилось содержание секреторного иммуноглобулина А ($p < 0,001$). У большинства пациентов возросла степень обсемененности десневой области в 6 раз (с 2,4% до 15,4%, $p > 0,05$), оцениваясь в 4-5 баллов. Спустя три месяца после лечения в биотопе десны в 66,6% случаев присутствовали трех и более

компонентные ассоциации микроорганизмов и появились представители *Escherichia coli* и *Streptococcus pyogenes*.

Спустя 6 месяцев после лечения все клинические показатели вернулись к своим первоначальным значениям ($p > 0,05$), только индекс кровоточивости ($p < 0,01$) и индекс PI, Silness-Loe ($p < 0,001$) остались ниже исходного, иммунологические показатели продолжили отрицательную динамику: в слюне в 7 раз снизился уровень секреторного иммуноглобулина А ($p < 0,001$) и значительно уменьшилась адсорбционная активность эпителиоцитов по сравнению с исходными значениями (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $47,7 \pm 2,08\%$, $p < 0,01$). Однако, несколько возрос ФИ, показатель функциональной активности лейкоцитов - НСТ в активированных условиях (с $36,9 \pm 4,5\%$ до $42,6 \pm 1,8\%$) и ИАН в активированных условиях (с $0,40 \pm 0,10\%$ до $0,47 \pm 0,02\%$), что свидетельствует о бактериальной нагрузке. В составе основной микрофлоры снова появились *Enterococcus faecalis* (50%), что говорит о выраженном дисбиозе десневой области у этих пациентов, а трех-компонентные ассоциации присутствовали уже в 75,0% случаев.

Получается, что традиционный метод лечения пародонтита эффективен, но дает стойкий период ремиссии только в течение 3 месяцев после лечения. Пациенты не предъявляли жалоб и не было диагностировано клинических обострений, но ухудшились клинические показатели, обнаружались отрицательные изменения в составе микрофлоры и имела место тенденция к снижению мукозального иммунитета.

Более 50% опрошенных отмечают свою забывчивость при выполнении профилактических рекомендаций в домашних условиях. Поэтому всем пациентам которые были включены в наблюдение, раздавалась красочная памятка с алгоритмом проведения чистки зубов.

Уровень приверженности к профилактическим мероприятиям и пародонтологическому лечению у пациентов групп наблюдения (основной и сравнения) был практически одинаковый, соответственно: $9,3 \pm 0,58$ баллов и $9,0 \pm 0,44$ баллов ($p > 0,05$). После лечения спустя 6 месяцев уровень приверженности у пациентов обеих групп существенно вырос. Однако при

сопоставлении показателей между группами наблюдения выявлено, что средний уровень комплаентности в основной группе стал значительно выше, чем в группе сравнения ($13,07 \pm 0,35\%$ против $11,9 \pm 0,34\%$, $p < 0,01$). Такое увеличение обусловлено возросшим числом лиц в основной группе приверженных к лечению (в основной группе процент лиц со средним уровнем комплаентности составил – $41,5 \pm 7,7\%$, с высоким – $58,5 \pm 7,7\%$; в группе сравнения соответственно: $62,5 \pm 7,7\%$, $p < 0,05$; $30,0 \pm 7,2\%$, $p < 0,01$; число лиц с низким баллом - $7,5 \pm 4,2\%$).

Процент выполнения пациентами рекомендаций врача-пародонтолога в основной группе вырос с $51,2 \pm 7,8\%$ до 100% ($p < 0,001$). Жалоб на дискомфорт при лечении никто не предъявлял.

Рекомендации врача-пародонтолога выполняли в группе сравнения до лечения $57,5 \pm 7,8\%$, а спустя 6 месяцев уже $92,5 \pm 6,3\%$ ($p < 0,01$). Жалобы на дискомфорт при лечении (чувство жжения) предъявили $7,5\%$ (3 человека).

Такая разница обусловлена тем, что если в основной группе в 100% случаях не отмечались негативные реакции, то в группе сравнения у 3 пациентов на применение антибактериальных препаратов появилось чувство жжения десны и они отказались от лечения в домашних условиях.

Кроме того, со слов пациентов основной группы, применение «Эуфлорина-Л» поддерживалось ими благодаря тех показаний, которые имеются у него в инструкции (заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические заболевания и т.д.), при отсутствии серьезных противопоказаний.

Для подтверждения полученных клинических и лабораторных результатов между основной и группой сравнения проведено статистическое сопоставление исследуемых показателей, в результате которого обнаружено, что у пациентов обследованных групп до начала проведения лечения степень тяжести воспаления и уровень гигиенического состояния полости рта до лечения были схожие ($p > 0,05$), а значения иммунологических показателей при случайной выборке различались тем, что в группу сравнения вошли пациенты с более высоким, почти в 1,5 раза, фагоцитарным индексом ($p < 0,05$) и PAM ($p < 0,001$), а уровень SIgA в смешанной слюне был в 1,3 раза выше ($p < 0,001$), чем у пациентов основной группы. То есть, у

пациентов группы сравнения, путем случайной выборки, оказались более благоприятные первоначальные показатели иммунитета полости рта. При изучении микробного пейзажа обнаружено, что до лечения в обеих группах преобладали 4-х компонентные ассоциации микроорганизмов (в 41,7%).

Сразу после проведенного лечения в обеих группах значительно улучшилось клиническое состояние пародонта. Однако, в основной группе существенно возросла адсорбционная активность эпителиальных клеток до $51,6 \pm 2,0\%$, вместо $45,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), а в группе сравнения этот показатель, достоверно снизился (с $61,9 \pm 3,2\%$ до $51,7 \pm 3,6\%$, $p < 0,01$). В целом показатели мукозального иммунитета полости рта в наблюдаемых группах выровнились ($p > 0,05$). При микробиологическом исследовании спустя неделю после лечения у пациентов группы сравнения выявлена более высокая степень микробной обсемененности десневой области.

Спустя 3 месяца клиническая картина в обеих группах, в целом, была одинакова, но в основной группе индекс кровоточивости десны был почти в 1,4 раза ниже, чем в группе сравнения. Состояние иммунитета полости рта у пациентов основной группы было значительно лучше (фагоцитарный индекс стал выше в 1,3 раза, чем у пациентов группы сравнения; содержание секреторного иммуноглобулина А в 1,5 раза, а фагоцитарное число лейкоцитов было больше на 0,3 относительных единицы). В основной группе степень обсемененности десневой области в 1-2 балла была в 1,3 раза выше, чем в группе сравнения ($p > 0,05$).

Кроме того, в основной группе почти в 2,5 раза была ниже микробная высеваемость в 4-5 балла, чем в группе сравнения (6,3% и 15,4%, $p > 0,05$). Спустя три месяца после лечения в основной группе в 50% случаев в биотопе десны, в основном, преобладали 2-х компонентные ассоциации микроорганизмов, в то время как в группе сравнения в 58,3% случаев присутствовали 3-х и более компонентные ассоциации.

Спустя 6 месяцев после лечения между группами отмечены существенные различия по индексам РНР, ОНІ-S, РМА и кровоточивости. Они оказались в 1,2-3,0 раза выше в группе сравнения по сравнению с основной ($p < 0,001$). В основной

группе продолжалась нормализация иммунологических показателей полости рта; к примеру, уровень содержания SIgA стал существенно выше ($p < 0,001$) по сравнению с группой сравнения, почти в 4 раза. В эти сроки степень обсемененности в 1-2 балла составляла в основной группе в $90,9 \pm 8,3\%$ случаев, в группе сравнения – в $97,1 \pm 4,8\%$ ($p > 0,5$), также в основной группе в $66,6\%$ случаев преобладали 2-х и 3-х компонентные ассоциации микроорганизмов, тогда как в группе сравнения в $75,0\%$ случаев присутствовали 3-х компонентные ассоциации.

В целом у пациентов основной группы на протяжении всего исследования патогенная микрофлора присутствовала в составе добавочной или случайной, через неделю после лечения отмечено отсутствие представителей добавочной флоры и наличие представителей только основной и случайной.

В группе сравнения через неделю и через 6 месяцев после лечения в составе основной микрофлоры присутствовал *Enterococcus faecalis*, что говорит о выраженном дисбиозе десневой области у этих пациентов. Во второй группе через 6 месяцев после лечения интенсивность высеваемости *Streptococcus* spp. и *Neisseria* spp. не превышала 1-2 балла, а такие виды как *Fusobacterium* spp., *Corinobacterium* spp., *Enterococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* вообще не были обнаружены. У пациентов группы сравнения спустя 6 месяцев появились представители *Escherichia coli* и *Streptococcus pyogenes*.

Кроме того, у пациентов основной группы на протяжении всего наблюдения встречались *Lactobacillus* spp. в составе основной микрофлоры, в то время как в группе сравнения *Lactobacillus* spp. присутствовали только в составе добавочной микрофлоры.

Вышесказанное позволяет считать, что применение синбиотика «Эуфлорин-Л» обеспечивает положительный клинический эффект в комплексной терапии пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести по сравнению с традиционным методом. На фоне предлагаемого способа лечения у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести наблюдается улучшение гигиенического

состояния полости рта, снижаются воспалительные индексы пародонтита, сохраняясь на низком уровне на протяжении 6 месяцев после проведения лечения.

Кроме того, у пациентов основной группы улучшились не только клинические и параклинические показатели, но и возросла комплаентность к проведению профилактических мероприятий и лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, еще раз подтверждено, что распространенность воспалительных заболеваний пародонта достаточно высокая, данные заболевания диагностируются среди лиц, обратившихся за стоматологической помощью в 84,5% случаях, но обращаемость по поводу заболевания пародонта составляет лишь 20%.

Степень комплаентности пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к лечению не превышает 20%, причем в 70,6% случаях пациенты не следуют рекомендациям врача в результате «лени», 80% лиц с хроническим генерализованным пародонтитом игнорируют рекомендации врача, а в 57,2% случаях не соблюдаются даже рутинные методы гигиены. Кроме того только одна треть пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом обращаются к врачу–стоматологу для поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев.

Применение «Эуфлорина-L» в виде местных инстилляций в пародонтальные карманы в объеме комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом позволяет восстановить микробный гомеостаз биотопа десны, способствует повышению показателей мукозального клеточного иммунитета полости рта, дает возможность получить на протяжении 6-и месяцев после курса лечения стойкий противовоспалительный эффект, а также повысить комплаентность к проведению профилактических мероприятий и пародонтологическому лечению в 1,5 раза.

ВЫВОДЫ

1. Частота воспалительных заболеваний пародонта среди пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема составляет 84,5%. Причем частота пародонтита оказалась одинаковой среди лиц обоего пола и различного социального положения; но распространенность его увеличивается с возрастом (с 49,3% в возрасте 18-30 лет до 88,4% в возрасте 61-80 лет).
2. Обнаружено, что информированность населения о правилах проведения гигиены полости рта достаточно высокая (82,5% опрошенных знает о правилах чистки зубов), независимо от возраста, пола и социальной принадлежности; а приверженность к гигиене не превышает 42,8% и то среди лиц с высшим образованием; при этом комплаентность пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к лечению у врача-пародонтолога равна всего 20%, что соответствует низкому уровню.
3. В динамике комплексного лечения с использованием синбиотика «Эуфлорин-L» у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом восстанавливается баланс микрофлоры десневого биотопа и снижается обсемененность патогенной и транзиторной микрофлорой; в то время как при использовании традиционного лечебного комплекса, включающего из медикаментозных средств только антибактериальные препараты, патогенная микрофлора высеивается на протяжении всего срока наблюдения.
4. При включении в комплекс лечения синбиотика «Эуфлорин-L» у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом уже спустя 3 месяца после лечения существенно возрастают значения фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа ($p < 0,001$, $p < 0,01$), увеличивается адсорбционная активность эпителиальных клеток ($p < 0,01$), функциональная активность лейкоцитов по степени активации кислородзависимых механизмов фагоцитоза и по индексу активации нейтрофилов в базовых условиях, а также по степени активации кислородзависимых механизмов фагоцитоза в активированных условиях, сохраняя положительную динамику на протяжении 6 месяцев после

лечения; в то время как у пациентов, в комплекс лечения которых из медикаментозных средств были включены только антибактериальные препараты, в эти же сроки существенно снижаются показатели мукозального иммунитета полости рта: уровень секреторного IgA - с 2,8 г/л до 0,4 г/л ($p < 0,001$); а РАМ - с 61,9 % до 47,7 % ($p < 0,01$).

5. Комплексное лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, включающее местное применение синбиотика «Эуфлорин-L» с живыми культурами лактобацилл, позволяет улучшить клиническое состояние пародонта, характеризующееся существенным снижением в 1,2 - 3,0 раза индексов гигиены и воспаления десны, но и увеличить уровень комплаентности к проведению профилактических мероприятий и лечения в 1,5 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки степени информированности и приверженности к проведению гигиены и лечения у врача-пародонтолога можно использовать анкету-опросник (интеллектуальная собственность, удостоверение № 08.15 от 09 декабря 2015 года).

2. В комплекс лечебных мероприятий у пациентов с пародонтитом легкой и средней степеней тяжести целесообразно включать курс инстилляций синбиотика «Эуфлорин-L» в пародонтальные карманы. Синбиотик «Эуфлорин-L» содержит живые культуры штаммов *Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus plantarum*, не вызывает дискомфорта и хорошо переносится пациентами. Инстилляции «Эуфлорина-L» следует проводить из шприца с мягкой насадкой после снятия зубных отложений, кюретажа и обработки пародонтальных карманов антисептиком (0,05-0,2% раствором хлоргексидина). Для защитной повязки можно использовать слепочный материал «Репин», нанося его из шприца. Такая повязка не размывается слюной в полости рта и хорошо сохраняется в течение 3-4 часов, даже если наносится в области всех сегментов (рационализаторское предложение № 35.15 от 09.12.2015).

3. Для повышения комплаентности пациентов к выполнению профилактических мероприятий в домашних условиях врачу следует разъяснять действие назначаемых препаратов и степень их безопасности, а также иметь раздаточный информационный материал в виде памяток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманов, Г.Г. Эпидемиология стоматологических заболеваний в условиях использования минеральных удобрений и пестицидов в Эльбрусском районе / Г.Г. Абдурахманов // Сборник научных трудов Дагестанской государственной медицинской академии. Юбилейный выпуск. – Махачкала, 2007. – С. 64-67.
2. Аверьянов, С.В. Интервьюирование как метод определения уровня санитарно-гигиенических знаний / С.В. Аверьянов, И.В. Ромейко, Е.В. Пупыкина // Проблемы стоматологии.- 2015.- № 1. - С. 4-7.
3. Агеева, Л.В. Первичная ринохейлопериостеопластика в реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба : автореф. дис. ...канд. мед. наук / Агеева Людмила Витальевна. – М., 1999. – 20с.
4. Айбазова, М. С. Реопародонтографическая оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита маслом шиповника. /М.С. Айбазова // Материалы XVI (межрегиональной) научной конференции студентов и молодых ученых. - Ставрополь, 2008. - С.510-511.
5. Алсынбаев, М.М. Биопрепараты и ведущие направления их лечебно-профилактического направления / М.М. Алсынбаев, Ю.А. Медведев, М.М. Туйгунов. – Уфа : РИО филиала «Иммунопрепарат» ФГУП «НПО Микроген» МЗ РФ, 2008. – 100 с.
6. Амбарцумян, А.Д. Проблемы клинической микробиологии в неинфекционной клинике. Применение молочнокислых бактерий «Наринэ» для профилактики носительства золотистого стафилококка / А.А. Амбарцумян, С.А. Антонова, Л.А. Ерзинкян. – М., 1983. – 286 с.
7. Андреева, И.В. Доказательства обоснованности профилактического применения пробиотиков / И.В. Андреева // Фарматека. – 2006. – № 6. – С. 56–62.
8. Антоненко, М.Ю. Роль образовательных программ в профилактике заболеваний пародонта у взрослых [Электронный ресурс] / М.Ю. Антоненко // Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ – Режим

доступа:http://www.rusnauka.com/NTIP_2006/Medecine/3_antonenko%20m.ju..doc.htm.

9. Антонов, А.Н. Анализ показателей качества и удовлетворенности стоматологической помощью в учреждениях частного сектора здравоохранения / А.А. Антонов, Р.В. Ушаков, В.М. Гринин // Сборник научных трудов МГМСУ «Здоровье, безопасность и здравоохранение». – 2007. – С. 36-38.
10. Афанасьев, С.С. Мониторинг антибиотикорезистентности как объективный диагностический и эпидемиологический критерий инфекционного процесса. / С.С. Афанасьев, А.В. Караулов, В.А. Алёшкин, Е.А. Воропаева, М.С. Афанасьев, Ю.В. Несвижский, Е.А. Егорова, А.В. Алёшкин, В.А. Метельская, О.Г. Гречишникова, А.Л. Байракова, Ю.Н. Урбан, И.В. Евсегнеева // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2014. – №4. – 61– 69С.
11. Ахкамова, Т. М. Иммуномодулирующие эффекты лейкоцитарного интерферона в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом / Т. М. Ахкамова, А. И. Булгакова, Ю. А. Медведев, И.В. Валеев // Иммунопатология, аллергология, инфектология – 2007. –№1. –19–23С.
12. Ашуев, Ж.А. Сравнительная клинико-эпидемиологическая оценка патологии зубочелюстной системы в условиях Крайнего Севера и Южного региона (Республика Дагестан) России : автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.21 / Ашуев Жаруллах Абдуллахович. – М., 2003. – 23с.
13. Бабичев, С.А. Способ лечения пародонтита / С.А. Бабичев, А.Н. Бондаренко, Ф.И. Ларин, Э.Г. Ведешина, О.С. Бондаренко. – Патент РФ на изобретение №RU 2400243 Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 23.06.2009.
14. Балин, В.Н. Применение фитопрепаратов для лечения болезней пародонта / В.Н. Балин, А.М. Ковалевский, А.К. Иорданишвили, А.Я. Аветисян, В.А. Вайнштейн // Terra Medika. –2003. – №1. – С. 19-21.
15. Барер, Г.М. Выключите страх, или Размышления о будущем профилактики в стоматологии / Г.М. Барер, И.А. Овчинникова, В.А. Завьялова, В.Г. Маслий // Клиническая стоматология. – 2002. – № 3. – С. 18–20.

16. Барер, Г.М. Оценка эффективности применения линимента 5% Циклоферона в комплексной терапии пародонтита / Г.М. Барер, С.С. Григорьян, Б.Ю. Суражев // Материалы II науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. Е. Е. Платонова.- М., 2004. - С. 14-16.
17. Барер, Г.М. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта / под редакцией Г.М. Барера - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
18. Бармашева, А.А. Эффективность лечения пародонтита у пациентов с сахарным диабетом и разной комплаентностью / А.А. Бармашева, А.И. Сагайдак, Э.В. Посохова, А.А. Хамроева // Бюллетень медицинских интернет-конференций.- 2014. -Т. 4.- № 5.- С. 738.
19. Безрукова, А.П. Пародонтология / А.П. Безрукова - М. : ЗАО «Стоматологический научный центр», 1999. - 336 с.
20. Безрукова, И.В. Нарушения функциональной активности полиморфноядерных лейкоцитов при атипичных формах воспалительных заболеваний пародонта / И.В. Безрукова // Пародонтология. - 2000. - № 4. - С. 12-15 .
21. Безрукова, И.В. Агрессивные формы пародонтита / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов. - М., Медицинское информационное агенство, 2002. - 127с.
22. Безрукова, И.В. Поддерживающая терапия при комплексном лечении воспалительных пародонта с агрессивным характером течения / И.В. Безрукова // Клиническая стоматология. - 2003. - № 2. - С. 52 .
23. Бейбулатов, Г.Д. Факторы, влияющие на развитие кандид-ассоциированного пародонтита / Г.Д. Бейбулатов, Л.Ю. Островская, А.В. Лепилин // Российский стоматологический журнал. –2014. – №4. – С. 36-38.
24. Белова, И.В. Конструирование нового многокомпонентного пробиотика и использование его в комплексной терапии хеликобактер-ассоциированных заболеваний : автореф. дис. ...канд. биол. Наук : 03.00.07 / Белова Ирина Викторовна.- Нижний Новгород, 2005. – 25с.
25. Белоклицкая, Г.Ф. Дифференцированные схемы лечения гиперестезии дентина при заболеваниях тканей пародонта / Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Копчак // Современная стоматология. - 2007. - №3(73). - С. 65-67.

26. Белоусова, Е.Д. Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией / Е.Д. Белоусова // Русский медицинский журнал.-2009.- №5.- С.380-383.
27. Блашкова, С.Л. Распространенность пародонтита у взрослого населения г. Казани / С.Л. Блашкова, Н.А. Макарова // Казанский медицинский журнал.- 2009.- Т. 90.- №5.- С. 737-738.
28. Блашкова, С.Л. Принципы патогенетической терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени / Г.Р. Халиуллина, С.Л. Блашкова, Н.А. Макарова // Практическая медицина.- 2013.- № 4 (72).- С. 78-80.
29. Блашкова, С.Л. Распространенность микробных ассоциаций при пародонтите у больных с сердечно - сосудистой патологией / С.Л. Блашкова, Е.М. Василевская, Е.Н. Жадько // Пародонтология. – 2015. - №1 (74). – С. 3-7.
30. Боднева, С.Л. Комплексная оценка неспецифических факторов риска при генерализованном пародонтите / С.Л. Боднева, М.Н. Пузин, Е.С. Кипарисова // Российский стоматологический журнал.- 2003.- №2.- С.29-35.
31. Бондаренко, В.М. Иммуностимулирующее действие лактобактерий, используемых в качестве основы препаратов пробиотиков / В.М. Бондаренко, Э.И. Рубакова, В.А. Лаврова // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология.- 1998.- №5.- С.107-112.
32. Бондаренко, В.М. Микроэкологические изменения кишечника и их коррекция с помощью лечебно-профилактических препаратов / В.М. Бондаренко, Н.М. Грачева, Т.В. Мацулевич, А.А. Воробьев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии.- 2003.- Приложение № 20.- С.66-76.
33. Бондаренко, В.М. По поводу нового подхода к классификации фармакопейных лекарственных пробиотических препаратов, биологически активных добавок к пище и продуктов функционального питания / В.М. Бондаренко // Фарматека. – 2007. - №2. – С. 62-64.
34. Бонсор, С.Д. Альтернативный режим дезинфекции корневых каналов / С.Д. Бонсор, Р. Ничол, Г.Д. Пирсон, Т.М. Рейд // Клиническая стоматология. – 2007. – №2. – С.6 – 12.

35. Борисов, Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология / Л.Б. Борисов.- М. : ООО «МИА», 2002. – 736с.
36. Боровский, Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. – М.: НГМА, 2001. – 303с.
- 37.Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология // Под ред. Е.В. Боровского. – М.: МИА, 2003. – 840с.
38. Бостанджян, Т.М. Иммунокорректирующая терапия при воспалительных заболеваниях пародонта / Т.М. Бостанджян, В.В. Любимов // Российский стоматологический журнал. – 2004. – №1. – С.36 – 37.
39. Бублий, Т.Д. Комплаентность пациентов разных возрастных групп [Электронный ресурс] / Т.Д. Бублий, Л.И. Дубов // SCI-ARTICLE/-2015.-№17.- Режим доступа: <http://sci-article.ru/stat.php?i=1422281718>.
40. Булгакова, А.И. Клинико-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита: монография / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев.- Уфа, 2008. - 112 с.
- 41.Булгакова, А.И. Особенности микроэлементного гомеостаза и иммунного статуса полости рта у больных генерализованным пародонтитом / А.И. Булгакова, А.Ш. Галикеева // Пародонтология.- 2011.- Т.16.- №3.- С.6-9.
- 42.Булгакова, А.И. Разработка комплекса стоматологических средств для лечения воспалительных заболеваний пародонта и их иммунобиологическая оценка / А.И. Булгакова, И.В. Валеев, Ю.В. Шикова, А.В. Лиходед, Е.Ф. Юничева // Медицинский вестник Башкортостана.- 2013.- Т.8.- №1.- С.43-46.
- 43.Булгакова, А.И. Распространенность заболеваний пародонта у жителей города Уфы и республики Башкортостан / А.И. Булгакова, Е.С. Солдатова, И.В. Валеев, А.В. Зямелев // Сборник статей Международной конференции. Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии.- 2014.- С.187-189.
- 44.Булгакова, А.И. Оптимизация диагностики и лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом, инфицированных герпес-вирусом / Ф.Р. Хисматуллина, А.И. Булгакова, И.В. Валеев // Медицинский вестник Башкортостана.- 2015.- Т.10.- №1.- С.32-35.

45. Булкина, Н.В. Разработка и первичная апробация опросника определения уровня стоматофобии и динамики взаимоотношений в системе «врач-пациент» / Н.В. Булкина, Е.А. Савина, О.В. Еремин, А.П. Ведяева, О.А. Олевская // Современные проблемы науки и образования.- 2012. -№ 2. -С. 100.
46. Булкина, Н.В. Выявление потребности населения Саратова в лечении кариеса и заболеваний пародонта / Н.В. Булкина, Л.Д. Магдеева // Российский стоматологический журнал.-2015.-Т.19.-№3.-С.29-31.
47. Бутова, В.Г. Управление качеством стоматологической помощи / В.Г. Бутова. – Москва: STBOOK, 2007. – 224с.
48. Вавилова, Т.П. Оценка эффективности лечения пародонтита на фоне патологии желудочно-кишечного тракта пробиотиком / Т.П. Вавилова, А.В. Митронин, И.Г. Островская, О.А. Перовщикова // Материалы IX международной научно-практической конференции «Достижения фундаментальных наук и возможности трансляционной медицины в решении актуальных проблем практического здравоохранения».- Астрахань, 2013. - С.49-50.
49. Вагина, М.А. Роль информированности пациента и его родственников в формировании приверженности к терапии антиконвульсантами при эпилепсии / М.А. Вагина, Л.И. Волкова // Уральский медицинский журнал.-2014.-№9(123).-58-63с.
50. Васильева, Е. С. Новые возможности коррекции дисбаланса микрофлоры кожи у больных вульгарными угрями / Е.С. Васильева // Российский журнал кожных и венерических болезней.-2009.-№6.-С.53-56.
51. Васильева, Л.И. Этиология, патогенез и современные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта / Васильева Л.И., Желтухина Н.Ю., Новгородский С.В. // Валеология. – 2012 – №3.- С.12—18.
52. Василева, Н.А. Анализ цитогрaмм у больных воспалительными заболеваниями пародонта / Н.А. Васильева, А.И. Булгакова, Э.А. Имельбаева // Казанский медицинский журнал. - 2011.-Т.92, №1.-С.41-45.

53. Ведешина, Э.Г. Индексная оценка результатов лечения пародонтита с применением жидкого синбиотика Нормофлорина®-Д / Э.Г. Ведешина, А.Н. Бондаренко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. - №8.- С. 34-37.
54. Вилова, Т.В. Применение фитопрепаратов для лечения воспалительных заболеваний пародонта / Т.В. Вилова, М.А. Девяткова // Основные стоматологические заболевания, их лечение и профилактика на Европейском Севере: сборник научных трудов. - Архангельск, 2004. — № 8. — С. 15—17.
55. Водолацкая, А.М. Эффективность препаратов «Траумель С» и «Элюдрил» в комплексном лечении болезней пародонта / А.М. Водолацкая, А.М. Угримова, О.Н. Санкина, М.П. Терсенова // Новое в стоматологии. Сборник научных трудов учёных-стоматологов Юга России.- Ставрополь, 2000.- С. 167-168.
56. Воложин, А.И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете / А.И. Воложин // Материалы форума «Стоматология -2002». - М. - 2002.- С.130-132.
57. Воложин, А.И. «Пародонтальная повязка» / А.И. Воложин, В.К. Ильин, Л.П. Истранов, Е.В. Истранова, Р.К. Абоянц, Ю.М. Максимовский, З.О. Соловьева, А.Б. Сидоренко, Д.А. Тюрина, В.Н. Царев. – Патент РФ на изобретение №RU 2240771С2 «Пародонтальная повязка». Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 27.11.2004.
58. Волошина, А.А. Значение микробного фактора в развитии и течении воспалительных заболеваний пародонта / А.А. Волошина // Молодой ученый. - 2011. - № 1. - С. 248–251.
59. Вольф, Г.Ф. Пародонтология / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак : Пер. с нем.; под ред. проф. Г.Б. Барера. - М. : МЕДпресс-информ, 2008.- 548 с.
60. Гажва, С.И. Хирургическое лечение заболеваний пародонта / С.И. Гажва. - Н. Новгород, 2003. - 104 с.
61. Гажва, С.И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) [Электронный ресурс] / С.И. Гажва,

- Р.С. Гулуев // Нижегородская государственная медицинская академия – Режим доступа: http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_539.
62. Ганжа, И.Р. Анализ ситуации по оказанию пародонтологической помощи в г. Самаре / Г.Р. Ганжа // Научные труды 4-й Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке».- Москва, 2003.-С.145.
63. Гилева, О.С. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта / О.С. Гилева, Е.А. Бондаренко, Н.В. Гибадуллина, А.А. Позднякова, Л.Я. Сатюкова // Уральский медицинский журнал. - 2011.-№5.-С.22-27.
64. Гилева, О.С. Заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных больных: распространенность и особенности клинических проявлений в зависимости от приверженности антиретровирусной терапии / О.С. Гилева, В.А. Садилова // Пермский медицинский журнал. - 2013.- Т.30. - №5.- С.34-42.
65. Глушанова, Н.А. О биологической и антагонистической активности «сухого» и «жидкого» пробиотика «Нарине» / Н.А. Глушанова, А.И. Блинов// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2005. - №1(39). – С.148-153.
66. Глыбина, Т.А. Роль сульфатированных гликозоамино-гликансодержащих (СГАГ) в физиологии и патофизиологии пародонта / Т.А. Глыбина, Е.В. Ларионов //Стоматология сегодня. – 2007. - №9(69).- С 54-55.
67. Голева, Н.А. Стоматологический комплаенс у жителей Смоленской области /Н.А. Голева // Вестник Смоленской медицинской академии.- 2008.- № 2.- С.105-107.
68. Горбатова, Е.А., Отечественные препараты из растительного сырья в комплексном лечении заболеваний пародонта / Е.А. Горбатова, Т.И. Лемецкая, Б.М. Мануйлов // Институт стоматологии. — 2000. - №1. - С. 32-33.
69. Гречишников, В.В. Этиологические факторы, влияющие на развитие воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта / В.В. Гречишников // Пародонтология. – 2005. - №4. – С. 32—36.
70. Григорьян, А.С. Ключевые звенья патогенеза заболеваний пародонта в свете данных цитоморфометрического метода исследований / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов // Стоматология. – 2001. –Т.18.- №1. – С. 5–8.

71. Григорьян, А.С. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. Руководство для врачей / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова. - М.: МИА, 2004. - 320 с.
72. Григорьян, А.С. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика / А.С. Григорьян, С.Ю. Рахметова, Н.В. Зырянова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 56 с.
73. Грилевская, К.И. Эффективность применения клиндамицина и амок-сиклава в пародонтальной повязке на основе дентагеля / К.И. Грилевская, К.Г. Каракон, Ю.Н. Майборода // Новое в теории и практике стоматологии. Труды научной конференции ученых Юга России. - Ставрополь, 2007. - С 45-48.
74. Гросицкая, И.К. Зачем стоматологу быть психологом? / И.К. Гросицкая // Кафедра. — 2002. — №2. - С.28-35.
75. Грудянов, А.И. Применение таблетированных форм пробиотиков «Бифидумбактерина» и «Ацилакта» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко // Пародонтология. – 2001.- №1—2.- С. 19—20, С. 11—14.
76. Грудянов, А.И. Применение таблетированных форм пробиотиков Бифидумбактерина и Ацилакта в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко // Стоматология.- 2002. - №1. – С.39—43.
77. Грудянов, А.И. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова, Н.А. Дмитриева. - М.: МИА, 2004. - 80 с.
78. Грудянов, А.И. Применение бактериальных препаратов в практике пародонтологии / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко // Новое в стоматологии.- 2004. - №4. – С.17—24.
79. Грудянов, А.И. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко. - М : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.- 112 с.

80. Грудянов, А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. - 80 с.
81. Грудянов, А. И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М.: Медицинское информационное агенство, 2009. – 336 с.
82. Грудянов, А.И. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, О.О. Зорина. - М., 2009. - 112 с.
83. Грудянов, А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. – Москва: МИА, 2010. – 96с.
84. Гусенов, С.Г. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением мирамистина и ликопида. Методические рекомендации / С.Г. Гусенов, К.М. Расулов, З.А. Капланова.– Махачкала, 2002. – 32 с.
85. Давыдова, Т.Р. К проблеме дисбиоза в стоматологической практике / Т.Р. Давыдова, Я.Н. Карасенков, Е.Ю. Хавкина // Стоматология. - 2001. - №2.-С.23-24.
86. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. - Киев, 2000. - 364 с.
87. Дедова, Л.Н. Состояние тканей периодонта и кариеса поверхности корня по данным эпидемиологического обследования 35–54-летних жителей Республики Беларусь / Л.Н. Дедова, О.В. Кандрукевич, Е.А. Бондарик // Стоматологический журнал. - 2006. -№ 4.- С. 322–323.
88. Дерябин, Е.И. Сочетанное воздействие эубиотиков и инфракрасного излучения при лечении гнойной раны челюстно-лицевой области / Е.И.Дерябин, В.С. Агапов // Стоматология 2001. Российский научный форум с международным участием «Стоматология на пороге третьего тысячелетия». Сборник тезисов.- М., 2001. - С.35-36.
89. Дмитракова, Н.Р. Частота выделения пародонтопатогенов и других факторов риска у больных пародонтитом / Н.Р. Дмитракова, Т.Л. Рединова // Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Ижевск, 2010. - С.31-33.

90. Дмитриева, Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии / Под ред. Л.А. Дмитриевой. - М., 2001. - 128 с.
91. Дмитриева, Л.А. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриевой, А.Е. Романов, В.Н. Царёв. - М.:МЕДпресс. -2002.- 94с.
92. Дмитриева, Л.А. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Г. Крайнова // Пародонтология. - 2004. - № 1 (30) - С. 8–15.
93. Дмитриева, Л.А. Иммуно-воспалительный ответ при пародонтите / Л.А. Дмитриева, Г.Г. Гуревич, Л.М. Теблоева // Стоматология для всех. - 2010. - № 4 - С. 4–6.
94. Дмитриева, Л.А. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под редакцией Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - М.:ГЭОТАР-Медиа. - 2015.-888с.
95. Донирова, О.С. Оценка причин низкой комплаентности больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе / О.С. Донирова, Ю.А. Рукосуева, А.Р. Вампилова, Р.Г. Казакова, Н.М. Алексеева, Н.И. Осипова // Сибирский медицинский журнал.- Т.114-№7 – 2012.- С.111-113.
96. Дробот, И.В. Иммунобиологические препараты для специфической профилактики и лечения инфекционных болезней: учебно-методическое пособие / И.В. Дробот, А.М. Королук. – СПбГПМА, 2010. – 80с.
97. Дунызина, Т.М. Значение исследования «маркерных» микроорганизмов поддесневой зубной бляшки на пародонтологическом приеме: Материалы конгресса по клинической пародонтологии / Т.М. Дунызина, С.Д. Bauermeister // Пародонтология.- 2001.- № 1-2.- С. 10.
98. Елизарова, В.М. Клинико-иммунологическое обоснование применение «Имудон» в терапии острого герпетического стоматита / В.М.Елизарова, Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова.- МОРАГ, 2000. – 151с.

99. Еременко, А.В. Пути совершенствования методов лечения локализованных форм пародонтита лёгкой и средней степени тяжести / А.В. Еременко, В.В. Гречишников // Актуальные вопросы клинической стоматологии: материалы XXXIX краевой научно-практической конференции стоматологов. - Ставрополь, 2006 - С. 37 - 39.
100. Есян, З. В. Факторы неспецифической и специфической защиты в патогенезе ранних форм поражения пародонта / З. В. Есян // Стоматология. - 2005. - № 1. - С. 58–64.
101. Зайцева, Е.М. Показатели цитокинового профиля у больных пародонтитом на фоне лечения линиментом циклоферона // Е.М. Зайцева, А.В. Лепилин // Молодежь и наука: итоги и перспективы: материалы научно - практической конференции. — СГМУ, 2006. - С.162.
102. Зайцева, О.В. Эффективность адаптированной молочной смеси с пробиотиками в профилактике кариеса у детей раннего возраста / О.В. Зайцева, Л.П. Кисельникова, К.Б. Милосердова, Л.А. Шавлохова, В.Н. Царев, Е.В. Ипполитов // Фарматека.- 2013.- №s2-13. - С.18-23.
103. Захаров, А.А. Анализ микрофлоры ротовой полости обследованных людей с различными заболеваниями / А.А. Захаров, Н.А. Ильина // Успехи современного естествознания. - 2007. - № 12. - С. 141–143.
104. Зеленова, Е.Г. Микрофлора полости рта: норма и патология: учебное пособие / Е.Г. Зеленова, М.И. Заславская.- Нижний Новгород : изд. НГМА, 2004.- 158 с.
105. Зелинский, М.В. Приверженность студентов среднеспециальных и высших учебных заведений железнодорожного транспорта к решению проблем полости рта /М.В. Зелинский / Приоритетные научные направления: от теории к практике.- 2016. - № 24-1. - С. 54-58.
106. Зиньковская, Е.П. Проблема комплаенса в стоматологической практике / Е.П. Зиньковская, Д.Ж. Петрикас // Человеческий фактор. Проблемы психологии и эргономики.- 2006.- №2.– С. 66-69.

107. Зорина, О.А. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта / О.А. Зорина, А.А. Кулаков, А.И. Грудянов // Стоматология.- 2011.- №1.- С. 73-78.
108. Зорин, А.Ю. Сравнительные клинические и микробиологические аспекты применения у детей с дисбиозами сухих и жидких бифидобактеринов / А.Ю. Зорин, Ю.В. Козьминых, Р.Р. Кильдиярова // Сборник статей.- Человек и лекарство. - М., 1998.- 275с.
109. Зорян, Е.В. Опыт клинического применения антисептических препаратов при заболеваниях пародонта / Е.В. Зорян, Т.Д. Бабич, В.Г. Романова // Пародонтология.- 2005.- № 3.- С. 26-28.
110. Зрячкин, Н.И. Новый подход к классификации пребиотиков, пробиотиков и синбиотиков / Зрячкин Н.И. // Фарматека. - 2007. - №2 (137).- С.58-61.
111. Зубаирова, Г.Ш. Изменение содержания секреторных иммуноглобулинов в полости рта больных хроническим генерализованным пародонтитом при лечении с локальным использованием пробиотика и иммуномодулятора / Г.Ш. Зубаирова, А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, И.В. Валеев, А.К. Юнусова // «Вестник Российской военно - медицинской академии».- №1 (21).- 2009. - С. 13- 75.
112. Зырянова, Н.В. Видовой состав анаэробной микрофлоры пародонтального кармана в зависимости от стадии пародонтита / Н.В. Зырянова, А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, О.А. Фролова, И.И. Шильникова, М.И. Кобозев // Стоматология.- 2009.- №4.- С. 43-47.
113. Ибрагимов, А.И. Приверженность больных сахарным диабетом 2-го типа к лечению патологии сетчатки глаза / А.И. Ибрагимов, М.М. Бикбов, В.К. Суркова, З.Н. Валиуллина // Казанский медицинский журнал.- 2011. -Т. 92. -№ 4. С. 541-543.
114. Иванова, В.В. Комплексный подход к восстановлению микрофлоры. Современный взгляд на коррекцию дисбиозов / В. В. Иванова. — Новосибирск: Вектор-БиАльгам, 2007. — 48 с.
115. Иванова, Е.Н. Зубные отложения / Е.Н. Иванова, А.М. Петрова. — Ростов н / Д., 2007.- 93 с.

116. Иванов, П.В. Распространенность заболеваний пародонта у жителей г.Пензы / П.В. Иванов, Г.В. Емелина, Л.А.Зюлькина, В.М. Игидбашян, Г.А. Капралова // Вестник новых медицинских технологий – 2011. – Т. XVIII, № 2. – С. 183.
117. Ивашкин, Т.В. Лечение пациентов с синдромом раздраженного кишечника: прошлое, настоящее, будущее / В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова, О.С. Ляшенко, Д.В. Рейхарт // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2015. - Т. 25, № 1. - С. 17-22.
118. Иорданишвили, А.К. Лечение пародонтита в пожилом и старческом возрасте / А.К. Иорданишвили, С.В. Солдатов, Г.А. Рыжак -СПб.: Нордмедиздат, 2011.- 132 с.
119. Иорданишвили, А.К. Эффективность стоматологических лечебно-профилактических мероприятий при патологии зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц, страдающих хронической болезнью почек / А.К. Иорданишвили, О.А. Бельских, М.И. Музыкин, Д.С. Тишков // Пародонтология. – 2016.- №1. – С.48-53.
120. Ипатова, Е.В. Иммунокорректирующее действие препаратов на основе природных биологически активных веществ «Тонзинала» и пластин «ЦМ» в комплексном лечении хронических пародонтитов /Е.В. Ипатова, В.П. Зеновский, А.Г. Дьячкова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета.-2004.-№1.-С.29-31.
121. Ипполитов, И.В. Экспериментальное и клиническое обоснование применения фторхинолонов 4 поколения при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / Е.В. Ипполитов, В.Н. Царев // Сборник трудов VI Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии» по объединенной тематике «Обезболивание в стоматологии».- 2009.-С.192-194.
122. Казанцев, А.В. Гендерные особенности реологических свойств крови (вязкость плазмы, агрегационные и деформационные свойства эритроцитов) у больных с хроническим генерализованным пародонтитом / А. В. Казанцев, Д. Е. Суетенков, Е. В. Андронов, И. В. Фирсова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. - № 1 (10). – С. 56-61.

123. Казеко, Л.А. Рецессия десны, диагностика, лечение, профилактика : автореф. дис... канд. мед. наук / Казеко Людмила Анатольевна. – Минск, 1993. - 26с.
124. Казеко, Л.А. Заболевания тканей периодонта у населения Республики Беларусь. Тенденции заболеваемости / Л.А. Казеко // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: материалы V съезда стоматологов Беларуси, Брест, 2004 г. - 2004.- С. 214–215.
125. Калмыкова, А.И. Пробиотики: Терапия и профилактика заболеваний. Укрепление здоровья / А.И. Калмыкова. – НПФ «Био- Веста»; СибНИПТИП СО РАСХН. – Новосибирск, 2001. – 208 с.
126. Калмыкова, А.И. Системная реакция организма экспериментальных животных на длительный прием пробиотика /А.И. Калмыкова, Н.А. Пальчикова, Н.П. Богатова, Ю.Г. Дружинина, В.Г. Селятицкая // Бюллетень СО РАМН. - 2005. - №3.- С. 97-101.
127. Каулина, Е.М. Влияние уровня приверженности больных артериальной гипертонией к мероприятиям по изменению образа жизни на снижение риска фатальных кардиоцеребральных осложнений /Е.М. Каулина // Научно-практический рецензируемый медицинский журнал «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2009. – №4. – С.40.
128. Квасников, Е.И. Молочнокислые бактерии и пути их использования / Е.И. Квасников, О.А.Нестеренко.- Изд-во наука, 1975.- 391 с.
129. Кечин, И. А. Эффективность комплексной терапии воспалительных процессов пародонта с использованием низкоинтенсивного лазера и препарата «Имудон» / И.А. Кечин, Р.И. Ирзаев, А.С. Чебыкин, Б.П. Марков, Н.К. Вураки, Т.А. Егорова // Российский стоматологический журнал.- 2010. - №2.- С. 24-27.
130. Кисельникова, Л.П. Современные возможности профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Л.П. Кисельникова, Н.В. Вагеманс // Педиатрия. – 2010.- Том 89, № 5.- С. 130-136.
131. Кисельникова Л.П. Микробиологический мониторинг состояния биопленки зуба и оценка уровня секреторного иммуноглобулина А при применении адаптированных молочных смесей с пробиотками среди детей раннего возраста /

- Л.П. Кисельникова, О.В. Зайцева, К.Б. Милосердова, В.Н. Царев // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013.- № 4.- С. 21-25.
132. Ключникова, М.О. Проблемы лечения генерализованного пародонтита / М.О. Ключникова, О.Н. Ключникова, Н.Е. Большедворская // Сборник научных статей по итогам международной научно-практической конференции.- СПб, 2015. – С.85-87.
133. Князева, Э.Б. Эпидемиология и этиология воспалительных заболеваний пародонта у работников железнодорожного транспорта / Э.Б. Князева, В.Б. Туркутюков // Pacific Medical Journal.- 2014.- №3.- С.29–31.
134. Комаров, Ф. И. Пробиотики, пребиотики и синбиотики в терапии и профилактике кишечных дисбактериозов / Ф. И. Комаров, А. Е. Вермель // Клиническая медицина. - 2003. - №11. - С. 76.
135. Конради, А.О. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент повышения качества контроля заболевания / А.О. Конради, А.В. Соболева, П.А. Максимова, Е.В. Полуничева, И.С.Бродская, Е.В.Шляхто // Артериальная гипертензия. - 2002. - № 8.Т.6. - С. 217-220.
136. Корниенко, Е.А. Антибиотикорезистентность *Helicobacter pylori* у детей и выбор терапии / Е.А. Корниенко, Н.И. Паролова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Том 5, № 5. - С. 1-4.
137. Котолянц, К.В. Изучение чувствительности штаммов патогенных анаэробов к спирамицину/ К.В. Котолянц, Ю.Н. Майборода, К.Г. Караков //Научно-практическая конференция стоматологов Ставропольского края «Актуальные вопросы клинической стоматологии».- Ставрополь, 2010. - С. 99-103.
138. Круглова, Н.В. Оценка эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Ключникова Наталия Валерьевна. – Н.Новгород, 2011. – 24 с.
139. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина.- М., 2003.- 214 с.

140. Кузьмина, Э.М. Профилактическая стоматология: учебник / Э.М. Кузьмина, О.О. Янушевич.- М.: Практическая медицина, 2016.- 544 с.
141. Кузьмина Ж.И. Воспалительные заболевания пародонта у спортсменов олимпийского резерва: клиника, диагностика, реабилитация: учебное пособие / Ж.И. Кузьмина, Л.Р. Мухамеджанова, Ф.В. Тахавиева. - Казань, 2014. - 43 с.
142. Кузьмич, И.С. Практические рекомендации по применению зубных паст с контролируемой абразивностью / И.С. Кузьмич // Стоматологический форум. - 2002. - № 1. - С. 49-51.
143. Кукушкина, Е.А. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных хроническим пародонтитом / Е.А. Кукушкина, Ю.А. Витковский, В.Л. Кукушкин // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Материалы Всероссийской научно-практической конференции - Чита, 2003. - С.262-263.
144. Курбанова, Э.А. Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Курбанова Эльмира Абуталибовна. – Махачкала, 2006. – 23 с.
145. Курбанов О.Р. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан / О.Р. Курбанов, З.О. Курбанов // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Непрерывное медицинское образование: реалии и перспективы». — Махачкала, 2013. - С.14-19.
146. Лакин, Г.Ф. Биометрия / Г.Ф. Лакин.- Минск: Высшая школа, 1973.-С.342.
147. Ламонт, Д.Р. Микробиология и иммунология для стоматологов / Под ред. Ламонта Р.Дж., Лантца М.С., Берне Р.А., Лебланка Дж. Перевод с англ. / Под ред. В.К. Леон. – М.: Практическая медицина. 2010. - 504 с.
148. Лапин, И.П. Плацебо и терапия / И.П. Лапин. - СПб.: Лань, 2000. - 224 с.
149. Лекомцева, С.А. Эффективность использования эуфлорина у детей раннего возраста на территории Удмуртии / С.А. Лекомцева, М.М. Комиссарова, С.В. Санникова, П.В. Прозоров, А.Ю. Зорин, Н.Н. Галлимуллина, Т.Г. Гильмутдинова, Н.Ю. Вахрушева // Воспитание и безопасность: социальные, педагогические и психологические аспекты Материалы Всероссийской научно-практической

конференции с международным участием 14 – 16 ноября 2012 г. Ижевск .- 2012.- С. 35-37.

150. Леонтьева, Е.Ю. Технологии коучинга в формировании мотивации к личной гигиене полости рта у студентов медиков/

Е.Ю. Леонтьева,Т.Ю. Быковская // Universum: медицина и фармакология.- 2015. - № 5-6 (18). -С.1.

151. Леонтьев, В.К. Экологические и медико-социальные аспекты основных стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев // Биосфера. - 2010. - № 1. - С. 230–

236. Леонова, Е.Н. Особенности пародонтологического статуса и нуждаемость в лечении у работников локомотивных бригад / Е.Н. Леонова, М.В. Каменских // Пародонтология. - 2011.- Т. 16.- № 4. - С. 8-11.

152. Лукина, Л.М. Клинико-иммунологическое исследование эффективности применения иммуномодуляторов Гепона в комплексной терапии больных пародонтитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Лукина Людмила Владимировна. - Волгоград, 2007. – 24 с.

153. Лукиных, Л. М. Болезни полости рта / Л. М. Лукиных. – Нижний Новгород : НГМА, 2004. – 508 с.

154. Лукоянова, Т.В. Эффективность применения этидроновой кислоты как средства профилактики воспалительных заболеваний полости рта / Т.В. Лукоянова, В.С. Булгаков, Т.И. Кравцов, М.И. Заславская, О.А. Лукова, В.Н. Царев // Российская стоматология. - 2010. - №5, Том 3. - С. 26-28.

155. Мажаренко, В.А. Особенности применения гипохлорита натрия в комплексном санаторно-курортном лечении пародонтита / В.А. Мажаренко, В.В. Перфильев // Актуальные вопросы практической медицины. - Лермонтов, 2001. - С. 43.

156. Мазанкова, Л.Н. Пробиотики: характеристика препаратов и выбор в педиатрической практике / Л.Н. Мазанкова, Е.А. Лыкова // Детские инфекции. – 2004. – № 1. – С. 18–23.

157. Мазанкова, Л.Н. Возможности использования лактосодержащих пробиотиков / Л.Н. Мазанкова, Т.А. Чеботарева, И.Д. Майкова, Л.В. Бегиашвили // Вопросы современной педиатрии. – 2007.- Том 6/ № 4 - С. 88-90.
158. Максимовская, Л.Н. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний Ингушетия / Л.Н. Максимовская, Э.М. Кузьмина, М.У. Дахкильгов, С.П. Олимпиева // Российский стоматологический журнал. – 2000. - №3. – С. 22-23.
159. Макурдумян, Д.А. Исследование приверженности пациентов лечению в ортопедической стоматологии / Д.А. Макурдумян, А.Ю. Малый, В.Ю. Кабанов // Российская стоматология.-2013.-№3.- С. 35-38.
160. Маланьин, И.В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Маланьин И.В. // Монография - Краснодар, 2004. - 144 с.
161. Маланьин, И.В. Оценка заболеваемости воспаления тканей пародонта в Пензенском регионе / И.В. Маланьин, Г.В. Емелина, П.В. Иванов // Фундаментальные исследования. - 2010.–№2.– С. 80–87.
162. Мегрелишвили, Н.А. Иммуномодуляторы: классификация, фармакологическое действие, клиническое применение / Н.А. Мегрелишвили // М.: Фармарус принт.- 2005. - 27 с.
163. Мелехов, С.В. Состояние местного иммунитета и микробиоценоза полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / С.В. Мелехов, Колесникова Н.В., Овчаренко Е.С. // Пародонтология.- 2013.- №1(66)- С.3-9.
164. Меньшиков, В.В. Клиническая лабораторная аналитика. Том IV Частные аналитические технологии в клинической лаборатории. В пяти томах / Под общей редакцией проф. В.В. Меньшикова // М.: Агат-Мед.- 2003.- 816 с.
165. Мирзаев, М.М. Клинико-иммунологическая оценка использования имудона в комплексном лечении пародонтита / М.М. Мирзаев // Российский стоматологический журнал.- 2002. - № 4. - С. 16-18.
166. Мирсаева, Ф.З. Иммунокорректирующая терапия хронического генерализованного пародонтита у женщин с сопутствующими заболеваниями / Ф.З.

Мирсаева, Э.И. Галиева, Л.А. Фарвазова, Л.Ф. Губайдуллина // Медицинский вестник Башкортостана.- 2009. - № 3. - С. 32-35.

167. Мирошник, О.А. Бактерийные и биологические препараты для коррекции дисбиозов и их рациональное применение [Электронный ресурс] / О.А. Мирошник // Омская медицинская газета.- 1997. - №8(29) - Режим доступа: http://www.partner.com.ru/nmi_2034

168. Мирошник, О. А. Бактерийные и биологические препараты для коррекции дисбиозов / О.А. Мирошник // Пробиотики и пробиотические продукты в профилактике и лечении 225 наиболее распространенных заболеваний человека: материалы всерос. конф.– М., 1999.

169. Митронин, А.В. Дифференцированное применение противовоспалительных препаратов в комплексной терапии пародонтита / А.В. Митронин, Л.Я. Плахтий, А.И. Галабуева (Бекмурзова) // Стоматология.-2005.-№ 6.-С.32-39.

170. Михальченко, В. Ф. Основные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема и методы его коррекции / Михальченко В. Ф., Фирсова И. В., Петрухин А. Г.; под ред. В. И. Петрова. – Волгоград : ВолГМУ.- 2007. –145 с.

171. Михаревич, Н.Б. Эпидемиологическое исследование стоматологической заболеваемости населения Ямало-Ненецкого автономного округа : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Михаревич Наталия Борисовна. - М., 2012. – 20 с.

172. Модина, Т.Н. Современное представление о быстро прогрессирующих пародонтитах / Т.Н. Модина // Клиническая стоматология. - 1998. -№4.- С. 70-73.

173. Модина, Т.Н. Состояние местного иммунитета в тканях пародонта у больных быстро прогрессирующим пародонтитом (БПП) до и после лечения / Т.Н. Модина, И.С. Круглова, Н.И. Варакина, С.С. Молькова// VIII Российский национальный конгресс "Человек и лекарство": Тезисы докладов. - М., 2001. - С. 421.

174. Молчанова, Л.Ф. Статистическая достоверность результатов научных исследований: учебное пособие / Л.Ф. Молчанова.- Ижевск, 2004.-96с.

175. Моргунова, В.М. Современные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта, особенности клинических проявлений

рефрактерного пародонтита /Н.В. Булкина, В. М. Моргунова // *Фундаментальные исследования*. - 2012. - №2. Часть 2.-С. 416-420.

176. Мухамеджанова, Л.Р. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды /З.Р. Галеева, Л.Р. Мухамеджанова // *Клиническая стоматология*. - 2011.- №2.- С. 53.

177. Мухамеджанова, Л.Р. Стоматологическая заболеваемость спортсменов олимпийского резерва и пути ее снижения / Р.Х. Ягудин, Ж.И. Кузьмина, Л.Р. Мухамеджанова // *Практическая медицина*. - 2013.- №1-2-1(69).- С. 148-151.

178. Мухамеджанова, Л.Р. Иммунокорректирующая терапия при воспалительных заболеваниях пародонта у спортсменов олимпийского резерва /Л.Р. Мухамеджанова, Ж.И. Кузьмина, Ю.А. Тюрин, Р.Г. Кузнецова // *Практическая медицина*. -2014.- № 4-1 (80).- С. 79-82.

179. Мухамеджанова, Л.Р. Иммунокорректирующая терапия при воспалительных заболеваниях пародонта у спортсменов олимпийского резерва /Г.Ф. Шаймарданова, Л.Р. Мухамеджанова, Л.Т. Баязитова, Г.Ф. Саева // *Врач аспирант*. -2015.- № 5.1 (Т.72).- С. 154-161.

180. Мюллер, Х.П. Пародонтология / Перевод с немецкого, науч.-ред. На русском языке А.М. Политун.- М.-2004.- 256 с.

181. Немерюк Д.А. Эффективность применения комплексной терапии в лечении заболеваний пародонта / Д.А. Немерюк, Б.С. Дикинова, М.О. Царгасова, В.В. Яшкова // *Пародонтология*. - 2014. - №3 (72). - С. 54-56.

182. Несчисляев, В.А. «Пробиотики: микробиологические и технологические аспекты получения, контроля и конструирования препаратов» / В.А. Несчисляев.- Патент РФ на изобретение №RU 2272837/ зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 25.02.2004.

183. Нетребенко, О. К. Пробиотики и программирование здорового будущего / О. К. Нетребенко // *Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского*. - 2013. - Т. 92, № 3. - С. 58-67.

184. Никитина, Т.В. Вибропародонтальный синдром / Т. В. Никитина, Е. Н. Родина.- М.: Медицина.- 2003. - 289 с.
185. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология Текст.: руководство для врачей и студентов в 2-х томах / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – МЕДпресс-информ, 2008. - 960 с.
186. Никурашина, Н.А. Состояние вопроса диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта в крупных промышленных регионах Казахстана / Н.А. Никурашина// - Стоматология.- 2011.- №3.- С 10-11.
187. Новикова, Е.Н. Оценка эффективности использования пародонтальных повязок на основе «Пародиума» в комплексном лечении пародонтита / Е.Н. Новикова, В.Н. Царев, А.Е.Романов, О.М. Васюкова, Д.А. Кострюков //Медицинский алфавит.- №1.- 2004г. – С. 8-11.
188. Ньюман, М. Антимикробные препараты в стоматологической практике / Майкл Ньюман, Арье Ван Винкельхофф.- М., 2004. - С. 77 - 78.
189. Овсянников, В.А. Оценка организации лечебно-профилактической помощи в условиях Геронтологического центра «Переделкино» среди лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями челюстно-лицевой области / В.А. Овсянников, Н.Б. Найговзина, А.И. Грудянов // Клиническая геронтология. - 2008. - №9. - С.77-78.
190. Овчаренко, Е.С. Влияние лечебно-профилактических зубных паст на микробиоценоз полости рта (аспект грибковой микрофлоры) / Е.С. Овчаренко, С.В. Мелехов // Маэстро стоматологии. - 2010. - №37. - С.66-69.
191. Онищенко, Г.Г. Иммунобиологические препараты и перспективы их применения в инфектологии / Г.Г. Онищенко. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.- 608 с.
192. Опанасюк, И.В., Концепция направленной тканевой регенерации. Пародонтальные мембраны / И.В. Опанасюк, Ю.В. Опанасюк // Современная стоматология.- 2002.- №4. - С.57-66.
193. Ордовский-Танаевский, В.В. Клиническая оценка качества интерпроксимальных пломб из современных композиционных материалов / В.В.

- Ордовский-Танаевский, О.О. Янушевич, В.Н. Царёв, В.М. Гринин // Стоматология.- 2005.- №5.- С. 19-26.
194. Орехова, Л.Ю. Роль изменений в системе иммунитета при заболеваниях тканей пародонта / Л.Ю. Орехова, Л.Н. Бубнова, Т.В. Глазанова и др. // Пародонтология.- 1998. - № 2. - С. 27-29.
195. Орехова, Л.Ю. Заболевания пародонта / Под общей редакцией Л.Ю. Ореховой. - М.: Поли Медиа Пресс, 2004.- 432 с.
196. Орехова, Л.Ю. Пародонтологический статус и эффективность комплекса индивидуальной гигиены полости рта в профилактике воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин с сахарным диабетом / Л.Ю. Орехова, // Пародонтология. – 2015. - №4 (77). – С. 33-40.
197. Осипенко, М.Ф. «Комплаентность» пациента как один из факторов, определяющих эффективность эрадикационной терапии / М.Ф. Осипенко, М.А. Ливзан, Е.А. Бикбулатова // Терапевтический архив.-2014.-86(2).-27-31с.
198. Палосуо, Х. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве) / Х. Палосуо, И.В. Журавлева, А. Утела, Н. Лаконова, Л.С. Шилова. Пер. с англ. Т.Н.Сорокиной, Р.В.Дроздовой. Отв. ред. И.В.Журавлева.-Институт социологии РАН. - М.: Изд-во Института социологии РАН, 1998. - 158 с.
199. Панченко, А.В. Микроэкосистема полости рта при хроническом пародонтите /А.В. Панченко, В.С. Крамарь, Е.В. Матисова, В.О. Крамарь, Т.С. Чижикова, О.А. Антипова, Т.Н. Климова, А.Ю. Пестов, Д.С. Добренъков // Всероссийская научно-практическая конференция «Стоматология – наука и практика. Перспективы развития», посвященная 50-летию основания стоматологического факультета Волгоградского государственного медицинского университета. - Волгоград, 2011. – С. 36-37.
200. Пахомов, Г.Н. О прошлом, настоящем и будущем стоматологии / Г. Н.Пахомов // Новое в стоматологии. - 2002. - № 6. - С. 5–8.

201. Пашкова, Г.С. Исследование степени интоксикации организма в процессе пародонтологического лечения в условиях мегаполиса / Г.С. Пашкова, В.М. Гринин, Т.П. Вавилова // Стоматология для всех.- 2010.- № 1.- С.40-43.
202. Пашкова, Г.С. Особенности микрофлоры полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Г.С. Пашкова, Т.Д. Галиева, К.Е. Исаджанян, В.В. Никитин // Лечение и профилактика. - 2014.- С.71-76.
203. Перевощикова, О.А. Применение пробиотиков в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний пародонта на фоне соматической патологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14, 03.01.04 / Перевощикова Ольга Алексеевна.- М., 2013.- 22 с.
204. Перова, М. Д. Молекулярные аспекты патогенеза воспалительно-деструктивных заболеваний периодонта / М. Д. Перова, М. Г. Шубич // Арх. патологии , 2006. - № 5.- С. 59–63.
205. Петри, А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин.- ГЭОТАР МЕД, 2003.- 144с.
206. Петрухина, Н.Б. Эффективный метод использования препарата «Имудон» при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Н.Б. Петрухина, А.И. Грудянов, И.В. Безрукова // Пародонтология. - 2002. - №3. - С.80.
207. Пилевина, Ю.В. Анализ комплаенса и тревожно-депрессивных расстройств у кардиологических больных / Ю.В. Пилевина // Материалы XV Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина- Человек и его здоровье» - СПб, 2012.-С. 226-227.
208. Подойникова, М.Н. Диагностика психо-эмоционального состояния пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом / М.Н. Подойникова, Л.И. Ларенцова // Военно-медицинский журнал. – 2007. -№ 9. - С.27-28.
209. Пожарицкая, М.М. Новый бактериальный биопрепарат Ацилакт в комплексном лечении пародонтита / М.М. Пожарицкая, Л.В. Морозова, Г.М. Мельничук, С.С. Мельничук // Стоматология.- 1994.- №2.- С. 17—22.
210. Пожарицкая, М.М. Эубиотик Ацилакт в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита / М.М. Пожарицкая, Л.В. Морозова, Г.М.

Мельничук // Наука — практике: Материалы научной сессии ЦНИИС, посвящ. 35-летию института.- М.- 1998- С. 161—164.

211. Поляков, К.А. Результаты применения пробиотиков в местном лечении фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области / К.А. Поляков // Вестник РУДН.- 2009.- №4.- С. 237-239.

212. Полянская, Л.Н. Взаимосвязь между стоматологическим статусом населения и использованием средств интердентальной гигиены / Л.Н. Полянская // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: Материалы 5 съезда стоматологов Беларуси. – Брест, 2004. - С. 174-175.

213. Пузин, М.Н. Ключевые позиции концепции пародонтита / М. Н. Пузин // Российский стоматологический журнал.- 2003. -№ 5.- С. 22–27.

214. Рабинович, И.М. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки рта / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко, О.Ф. Рабинович // Стоматология. - 2002. -№ 5. - С. 48–50.

215. Рокитский, П.Ф. Биологическая статистика / П.Ф. Рокитский.- Минск: Высшая школа,1973.- С.318;

216. Ронь, Г.И. Имудон в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Г.И. Ронь, Т.М. Еловинова, И.В. Емельянова // Уральский стоматологический журнал.- 2000.- № 1. - С. 25-27.

217. Рублева, Н.В. Различия в комплаенсе мужчин и женщин больных туберкулезом легких / Н.В. Рублева // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию КГМУ. -2014. - С. 220-223.

218. Рыба, О.Б. Клинико-микробиологическая оценка эффективности различных видов противовоспалительной терапии хронического пародонтита / О.Б. Рыба //Саратовский научно-медицинский журнал. - 2008. - №3 - С. 88-90.

219. Рябова, Г.А. Опыт профилактической и лечебной деятельности детской поликлиники МСЧ № 5 / Г.А. Рябова, Н.А. Борисова // Воспитание и безопасность: социальные, педагогические и психологические аспекты Материалы

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 14 – 16 ноября 2012 г. Ижевск.- 2012.- С. 56-59.

220. Савина, Е.А. Взаимосвязь стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению / Е.А. Савина // Саратовский научно- медицинский журнал. Гигиенист стоматологический -10 лет в России.- 2011.- Т.7.-№1.-С.326-327.

221. Савина, Е.А. Результаты практического использования опросника определения уровня стоматофобии и динамики взаимоотношений в системе «врач-пациент» / Е.А. Савина, Н.В. Булкина, О.В. Еремин // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. - № 3 (9). - С. 462-467.

222. Самойленко, А.В. Опыт применения ацилакта при лечении латентного субтипа генерализованного пародонтита [Электронный ресурс] / В.Ю. Орищенко, Т.Н. Стрельченя, Л.А. Климович // Днепропетровская государственная медицинская академия – Режим доступа: http://www.rusnauka.com/8_DN_2011/Medecine/7_82377.doc.htm

223. Саркисян, М.А. Применение иммунокорректора "Имудон" и средств детоксикации при лечении хронического генерализованного пародонтита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21/ Саркисян Микаел Альбертович.- М., 2004.- 22 с.

224. Саркисян, Н.Г. Оценка концентрации сывороточного иммуноглобулина А при пародонтите / Н.Г. Саркисян // Пародонтология. – 2014.- №2(71) - С.6-8.

225. Сафонова, Т.А. Клинико-иммунологическая эффективность применения беталейкина при хроническом генерализованном пародонтите / Т.А. Сафонова, И.И. Долгушин, И.А. Бутюгин // Проблемы стоматологии -2009. -№5. – С. 44-47.

226. Сахарова, Э.Б. Лесной бальзам — специалист по защите десен. / Э.Б. Сахарова // Новое в стоматологии. — 2003. — 7(115). — С. 70-74.

227. Сивовол, С.И. Клинические аспекты пародонтологии / С.И. Сивовол .- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 168 с.

228. Сидоренко, А.Б. Применение суспензии лактобацилл, иммобилизированных на коллагеновой губке, для лечения хронического генерализованного пародонтита / А.Б. Сидоренко // Актуальные проблемы стоматологии «Экологические аспекты

профилактики и лечения стоматологических заболеваний в республике Башкортостан».- Уфа, 2004.- С.32.

229. Сирак, С.В. Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климатогеографических зон пародонтитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Сирак Сергей Владимирович.- Ставрополь, 2003.- 25 с.

230. Соболева, Л.А. Оптимизация терапии больных пародонтитом /Л.А. Соболева, А.В. Лепилин, А.А. Шульдяков // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова.-2004.-№1.- С. 130-133.

231. Соколов, С.Я. Лекарственные растения / С.Я. Соколов, П.И. Замотаев.- М., 2002. - 255 с.

232. Соловьева, О.В. Применение геля «Коллост» в комбинации с антибактериальными препаратами для лечения пародонтита / О.В. Соловьева, О.О. Янушевич // Современные стоматологические технологии: Материалы 5-й научно-практической конференции врачей-стоматологов, посвященной 50-летию Алтайского государственного медицинского университета. – Барнаул, 2003. - С. 193-195.

233. Соловьева, А.М. Эпидемиологическое исследование распространенности периодонтопатогенной микрофлоры полости рта у населения России / А.М. Соловьева, К. Матело, А.А. Тотолян // Стоматология.- 2005.- №5 – С.14—20.

234. Сороковик, М.Н. Оксидантный и иммунный статусы больных хроническим пародонтитом / М.Н. Сороковик, А.И. Конопля, А.Л. Локтионов, В.П. Гаврилюк // Успехи современного естествознания. - 2004. - № 8. - С. 108 - 109.

235. Сосулина, Л.Л. Анализ гигиенической грамотности беременных женщин / Л.Л. Сосулина, М.В. Мосеева, А.П. Сутыгина // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. -2015. -№ 3.- С. 16-17.

236. Сохов, С.Т. Современные аспекты этиологии, патогенеза и лечения воспалительных заболеваний пародонта / С.Т. Сохов, И.А. Шаповалова, И.А. Сохова, Н.В. Плескановская.-М., 2003.- 144 с.

237. Сохов, С.Т. Распространение стоматологических заболеваний среди населения; Глава 4 в монографии «Подходы к оценке предотвратимых потерь

здоровья в стоматологии» / С.Т. Сохов, С.М. Айрапетян; под ред. С.Т. Сохова. - Ставрополь, 2009. - С. 107–147.

238. Строкова, Е.В. Приверженность к длительному лечению кардиологических пациентов с легкой и умеренной депрессией; неэффективность антидепрессивной терапии в рандомизированном исследовании препаратом пирлиндол / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2012. -Т8,-С.11-17.

239. Сычева, Ю.А. Роль нарушения региональной микроциркуляции и метаболических нарушений в патогенезе гипертонической болезни и воспалительных заболеваний пародонта / Ю.А. Сычева, И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Л.Г. Григорьева, Т.Н. Чудинова // Пародонтология. – 2014.- №2 (71). – С. 32-36.

240. Таболина, Е.Н. Сравнительная клинико-функциональная оценка методов лечения хронического генерализованного пародонтита пародонтитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Таболина Елена Нафиковна.- Пермь, 2006.- 23 с.

241. Тарасова, Ю.Г. Состояние тканей пародонта и уровень оказания пародонтологической помощи населению Удмуртской Республики / Ю.Г. Тарасова, Т.Л. Рединова, Г.Г. Комарова // Институт стоматологии.- 2010. -№ 1 (46).- С. 18-20.

242. Тарасова, Ю.Г. Частота воспалительных заболеваний пародонта и неблагоприятных факторов риска среди лиц молодого возраста в республике Удмуртия / Ю.Г. Тарасова, Т.Л. Рединова // Российский стоматологический журнал.- 2010.- №2.- С.33-36.

243. Терехова, Т.Н. Профилактика стоматологических заболеваний / Т.Н.Терехова. – Беларусь, 2004. – 526с.

244. Трошкина, Л.О. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у населения Костромской области пародонтитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Трошкина Лариса Олеговна.- Пермь, 2006.- 24 с.

245. Трухман, Д.И. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов / Д.И. Трухман. – М.: Практическая медицина, 2012. – 204с.
246. Тюрин, М.В. Антибиотикорезистентность и антагонистическая активность лактобацилл : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Тюрин Михаил Васильевич.- М., 1990.- 24 с.
247. Улитовский, С.Б. Проблемы пародонтологии и современные пути их решения / С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина // Пародонтология. – 2015.- №3(76). – С. 33-37.
248. Усенко, Д. В. Пробиотики и пробиотические продукты - дань моде или доказанная эффективность? / Д. В. Усенко, С. В. Николаева // Лечащий врач. - 2014. - № 2. - С. 52-54.
249. Фадеева, И.В. Разработка технологии комплексного препарата на основе лактобактерий / И.В. Фадеева // Актуальные проблемы фармацевтической науки и образования: итоги и перспективы: Материалы Межвузовской научно-практической конференции, посвященной 85-летию образования на Урале. - Пермь, 2001. - С. 137-138.
250. Фарниева, О.А. Особенности заболеваемости пародонта в различных экологических зонах Северной Осетии / О.А Фарниева, З.Р. Аликова, А.К. Вазиева, Л.С. Канукова // Владикавказский медико-биологический Вестник. - Владикавказ, 2011.- Т. 13. -С. 181- 186.
251. Феде, П. Пародонтологическая азбука / П. Феде, А. Вернино, Д. Грей. – М.: Азбука, 2003. –287с.
252. Филатова, Е.С. Комплексная оценка состояния тканей пародонта по химическому составу сред полости рта и содержанию нуклеазопозитивных микроорганизмов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Филатова Елена Сергеевна.- М., 2002.- 21 с.
253. Фирсова, И.В. Исследование мотивации военнослужащих к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний по данным анкетирования / И.В. Фирсова, В.Ф. Михальченко, С.В. Клаучеком, Е.М. Чаплиевой // Вестн. Волг. гос. мед. унив.: Сб. науч. тр.-№ 8-. Т.58, вып.8. - 2002.-С.190.

254. Фирсова, И.В. Исследование комплаентности стоматологических пациентов / И.В. Фирсова // Вестник новых медицинских технологий. - 2008. -№1.- С.123-124.
255. Фоменко, Е.В. Применение бактериальных препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Фоменко Елена Вадимовна.- М., 2004.- 25 с.
256. Фомина, Т.А. Значение комплаентности в лечении сахарного диабета. Возможности ее достижения в рамках программы "Школа диабета" / Т.А. Фомина, Т.И. Родионова // Теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования Материалы Международной научно-практической конференции. - 2015. -С. 241-246.
257. Хаитов, Р.М. Иммунология: атлас / Р.М. Хаитов, А.А. Ярилин, Б.В. Пинегин — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 624 с.
258. Хисматуллина, Ф.Р. Оптимизация лечения генерализованным пародонтитом с учетом инфицированное ротовой полости вирусами семейства Herpesviridae / Ф.Р. Хисматуллина // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний и их осложнений: материалы Республиканской конференции стоматологов. - Уфа, 2008. - С. 123-124.
259. Хоружая, Р.Е. Эффективность лечения воспалительных заболеваний пародонтального комплекса при условии включения в схему терапевтических воздействий пробиотика «Споробактерина» / Р.Е. Хоружая, А.П. Педорец // Збірник статей.- 2008.- Т.1, №12.- С. 274—277.
260. Хохлов, А.Л. Комплаентность антибактериальной терапии при острых тонзиллитах / А.Л. Хохлов, Н.Е. Николаева // Биомедицина.- № 4.-Т.1.- 2010.- С.139-141.
261. Хроменкова, К.В. Определение уровня знаний различных групп населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний / К.В. Хроменкова, Н.В. Голочалова, Н.В. Морозова // Институт Стоматологии. - 2015. - №67. - С. 18-19.
262. Хубецова, Н.О. Многолетние сезонные ритмы стоматологической заболеваемости / Н.О. Хубецова, С.Г. Пашаян, В.Г. Тобоев // Циклы: мат. III Международной конференции. Ставрополь.- 2001. - Ч. 4. - С. 24–26.

263. Царёв, В.Н. Динамика колонизации микробной флорой полости рта различных материалов, используемых для протезирования / В.Н. Царёв, С.И. Абакаров // Стоматология.- 2000.- №1.- С.24-28.
264. Царёв, В.Н. Перспективы применения молекулярно-генетических методов исследований в диагностике пародонтита / В.Н. Царёв, Е.Н. Николаева, Ю.М. Максимовский, Л.А. Плахтий, А.С. Носик // Российский стоматологический журнал.- 2002. - № 5. - С. 6 - 9.
265. Царев, В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии / В.Н. Царёв, Р.В. Ушаков.- М.: МИА, 2004.- 143 с.
266. Царев, В.Н. Современные методы микробиологической диагностики заболеваний тканей пародонта / В.Н. Царев, Е.Н. Николаева, А.С. Носик, С.Н. Щербо // Медицинский алфавит. Стоматология.- 2005. - №2. - С.26-29
267. Царёв, В.Н. Микробиология, вирусология, иммунология / В.Н. Царев.- М.: Практическая медицина. — 2009. — 581 с.
268. Царёв, В.Н. Особенности диагностики инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта / В.Н. Царев, С.А. Суркова (Сударикова), М.М. Давыдова // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2012. - №6. – С.24-33.
269. Цепов, Л.М. К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // Пародонтология. - 2000. - № 2. - С. 9-13.
270. Цепов, Л.М. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера / Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеев Е.А. // Пародонтология. - 2004.– №1(30).– С. 3–7.
271. Цепов, Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, Л.Ю. Орехова, А.И. Николаев, Е.А. Михеева // Пародонтология. - 2005.- № 2 (35).- С. 3–6.
272. Цепов, Л.М. Роль микрофлоры в возникновении воспалительных заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, Н.А. Голева // Пародонтология. – 2009. - №1.- С. 7-12.

273. Цепов, Л.М. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) / Л. М. Цепов, Е.Л. Цепова, А.Л. Цепов // Пародонтология. – 2014. - №3(72).- С. 3-10.
274. Цепов, Л.М. Современные подходы к лечению воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (обзор литературы) / Л. М. Цепов, А.И. Николаев, Д.А. Наконечный, М.М. Нестерова // Пародонтология. - 2015. - №2(75) - С. 3-9.
275. Чаптыков, С.Ю. Стоматологическая заболеваемость детей дошкольного возраста г. Абакан Республики Хакасия / С.Ю. Чаптыков // Сборник научных трудов Всероссийской конференции «Профилактика основных стоматологических заболеваний».-М., 2003, - С. 148-149.
276. Чеботарь, И.В. Антибиотикорезистентность биоплёночных бактерий / И.В. Чеботарь, А.Н. Маянский, Е.Д. Кончакова, А.В. Лазарева, В.П.Чистякова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2012.- Том 14, № 1.- С.51-58.
277. Чепуркова, О.А. Особенности микробиоценоза пародонтального кармана при генерализованном пародонтите средней степени, тяжести / О.А. Чепуркова, М.Г. Чеснокова, В.Б. Недосеко // Институт стоматологии.- 2007 -№3. - С.86-88.
278. Чистохина, Л.П. Иммунобиологическая характеристика препарата «Микростим» на основе метаболитов лактобактерий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 03.00.07 / Чистохина Лариса Павловна.- Пермь, 2004.- 24 с.
279. Шабанская, М.А. Некоторые показатели дисбактериозов полости рта при разных формах стоматологических заболеваний и эффективность коррекционной бактериальной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шабанская Марина Александровна.- М., 1994. – 23 с.
280. Шарापудинова, М.Г. Антибиотикорезистентность пародонтопатогенной микрофлоры по экологическим зонам РД / М.Г. Шарапудинова, А.И. Абдурахманов// Материалы II-ой Всероссийской научно-практической конференции.- Махачкала, 2008.-С.31-32.

281. Ширшова, Н.Е. Методические аспекты оценки состояния гигиены полости рта у лиц молодого возраста / Н.Е. Ширшова, О.С. Гилева, В.Р. Тесленко // Пермский медицинский журнал. - 6, 2006 -Том 23 - С. 107-113.
282. Шлыкова, Е.А. Медико-социальная характеристика пациентов с заболеваниями тканей пародонта / Е.А. Шлыкова, И.Э. Есаулеико, В.П. Косолапов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - Воронеж, 2015. - №1 (Т. 14). - С. 64-67.
283. Шульпекова, Ю.О. Пробиотики и продукты функционального питания / Ю.О. Шульпекова // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии и Колопроктологии. – 2012. - №3.- С. 70-77.
284. Янушевич, О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. О.О. Янушевича. - М., 2008. - 228 с.
285. Янушевич, О.О. Состояние тканей пародонта у населения в возрасте 35—44 лет в регионах России / О.О. Янушевич, И.Н. Кузьмина // Российский стоматологический журнал. — 2009.- № 1. — С. 40—41.
286. Aas, J.A. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity / J.A. Aas, B.J. Paster, L.N. Stokes, I. Olsen, F.E. Dewhirst // J.Clin. Microbiol.- 2005. - Vol. 43. - № 11.- P. 5721-5732.
287. Aartman, I.H. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study / I.H. Aartman, A. de Jough, P.C. Makkes, J. Hoogstraten // Community Dental Oral Epidemiology – 2000. – Vol. 28. – № 6. – P. 435-442.
288. Bernath, M. Tissue reaction initiated by different sealers / M. Bernath, J.Szabo // Int. Endod. J. - 2003. - Vol. 36. - №4. - P. 256-261.
289. Boehm, TK. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults / Boehm TK, Scannapieco FA// J. Am. Dent. Assoc. – 2007. - №138. – P.26-33.
290. Bonifait, L. Probiotics for Oral Health: Myth or Reality? / L. Bonifait, F. Chandad, D. Grenier // JCDA. - 2009.- Vol. 75- №8.-P. 585—590.

291. Borges, M.A. Microbiological composition associated with vitamin D receptor gene polymorphism in chronic periodontitis / M.A. Borges, L.C. de Figueiredo, R.B. de Brito // *Braz. Oral Res.*- 2009. - Vol.23.- №2. - P.203-208.
292. Bynes, J.A. The emotional aspects in dentistry / J.A. Bynes // *Dent. Econ.* – 1993. – Vol. 83. – № 5. – P. 74-78.
293. Brett, P.M. Functional gene polymorphisms in aggressive and chronic periodontitis / P.M. Brett, P. Zygogianni, G.S. Griffiths // *J. Dent. Res.* - 2005. — Vol.84.- №12. - P. 1149-1153.
294. Chen, C. J. Periodontitis as a biofilm infection / C. J. Chen // *Calif. Dent. Assoc.* - 2001. -Vol. 29.- № 5.- P. 362–369.
295. Christou, V. Comparison of different approaches of interdental oral hygiene: interdental brushes versus dental floss / V. Christou, M.F. Timmerman, U. Van der Velden, F.A. Van der Weijden // *J. Periodontol.*- 1998. - N. 69. - P.759-764.
296. Chopra, R. Probiotics in dentistry: A boon or sham / R. Chopra, S. Mathur // *Dent. Res. J.*- 2013.- №10(3)-P.302-306.
297. Ciofu, O. Pseudomonas aeruginosa chromosomal betalactamase in patients with cystic fibrosis and chronic lung infection. Mechanism of antibiotic resistance and target of the humoral immune response / O. Ciofu // *APMIS Suppl.*- 2003.- №116.- P. 41-7.
298. Cohen, S.M. The impact of dental anxiety on daily living / S.M. Cohen, J. Fiske, J.T Newton // *Br. Dent. J.* – 2000. – Vol. 189. – № 7. – P. 385-390.
299. Daschner, F. Treatment of recurrent urinary tract infection in children. II. Compliance of parents and children with antibiotic therapy regimen / F. Daschner, W. Marget // *Acta Paediatr. Scand.*- 1975.-Gl.-P.105-108.
300. Driffield, K. Increased mutability of Pseudomonas aeruginosa in biofilms / K. Driffield, K. Miller., J.M. Bostock, A.J. O'Neill, I. Chopra // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.*- 61 (5).- P. 1053-1056.
301. Dreno, B. Erythromycin-resistance of cutaneous bacterial flora in acne / B. Dreno, A. Reynaud, D. Moyse, H. Habert, H. Richet // *Eur. J. Dermatol.*- 2001.- 11(6).- P. 549-53.

302. Erciyas, K. Endothelial» nitric oxide synthase gene polymorphisms associated with periodontal diseases in Turkish adults / K. Erciyas, S. Pehlivan, T. Sever // Afr. J. Biotechnol.- 2010. - Vol.9 (21). - P.3042-3047.
303. Gascon, J.J. Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study / J.J. Gascon, M. Sanchez-Ortuno, B. Llor // Fam Pract. – 2004. – № 21. – P. 125–130.
304. Genco, R.J. Risk factors for periodontal disease / Genco R.J., Borgnakke W.S. // Periodontology. – 2000. – Vol. 62. – № 1. – P. 59-94.
305. Godson, I.M. Antimicrobial strategies for treatment of periodontal diseases / I.M. Godson // Periodontol. - 2000. - 1994. - № 5. - P. 142-168.
306. Grassberger, M., Biotherapy - History, Principles and Practice / M. Grassberger, R.A. Sherman, O.S. Gileva, C.M.H. Kim, K.Y. Mumcuoglu - Springer, 2013 – P.309.
307. Griffen, A.L. Prevalence of Porphyromonas gingivalis and periodontal health status / A.L. Griffen // J. Clin. Microbiol.- 1998. - Vol. 36, № 11.- P. 3239–3242.
308. Haffajee, A.D. Subgingival microbiota of chronic periodontitis subjects from different geographic locations / A.D. Haffajee, A. Bogren, H. Hasturk // J. Clin. Periodontol. - 2004. - Vol. 31.- P. 996–1002.
309. Haffajee, A.D. Introduction to microbial aspects of periodontal biofilm communities, development and treatment / A.D. Haffajee, S.S. Socransky // Periodontol. 2000.- 2006. - Vol.42, №1. - P.7-12.
310. Hamilton, G.A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial / G.A. Hamilton // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. — 2003. — №3. — P. 219 — 228.
311. Hatakka, K. Probiotics reduce the prevalence of oral Candida in the elderly-A randomized controlled trial. / K. Hatakka, A.J. Ahola, H. Yli-Knuuttila, M. Richardson, T. Poussa, J.H. Meurman // J. Dent. Res. - 2007.- 86.- P.125—130.
312. Herrera, D. Chlorhexidine mouthwash reduces plaque and gingivitis / D. Herrera // Evid. Based Dent.- 2013.- 14(1).- P.17–8.
313. Hirota, T. Effect of diet and lifestyle on bone mass in Asian young women / T. Hirota, M. Nara, M. Ohguri, E. Manago, K. Hirota // Am. J. Clin. Nutr. - 1992.- 55.- P. 1168—1173.

314. Leppik, I.E. Compliance during treatment of epilepsy / I.E. Leppik // *Epilepsia*.- 1988.- V.29 (suppl2).- P.79–84.
315. Leys, E.J. Association of *Bacteroides forsythus* and a novel *Bacteroides* phylotype with periodontitis / E.J. Leys, S.R Lyons, M.L. Moeshberger // *J. Clin. Microbiol.*- 2002. - Vol. 40, № 3.- P. 821–825.
316. Isolauri, E. Probiotics in the management of atopic eczema / E. Isolauri., T. Arvola // *Clinical&Experimantal allergy*.- 2000.- 30(11).- P. 1604–1610.
317. Insull, W.J. The problem of compliance to cholesterol altering therapy / W.J. Insull // *Int. Med.*- 1997-241-P.317-25.
318. Iyer, C. Probiotic lactobacillus reuteri promotes TNF-induced apoptosis in human myeloid leukemia-derived cells by modulation of NF-kappaB and MAPK signaling / C. Iyer, A. Kosters, G. Sethi, A.B. Kunnumakkara, B.B. Aggarwal, J. Versalovic // *Cell. Microbiol.* - 2008.- 10.- P. 1442—1452.
319. Jin, J. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin, G.E. Sklar, M.N.S. Oh, S.C. Li // *Ther. Clin. Risk Manag.*- 2008.- V. 4(1).- P. 269–286.
320. Jorgensen, M.G. The ins and outs of periodontal antimicrobial therapy / M.G. Jorgensen, J. Slots // *J. Calif. Dent. Assoc.* - 2002. - Vol. 30. - №4. - P. 297- 305.
321. Kardas, P. Compliance to antibiotics in out-patients treated for respiratory infections / P. Kardas // *Pneum. Alerg. Polska*.- 1999.- 67.- P. 398-408.
322. Kato, I. Lactic acid bacterium potently induces the production of interleukin-12 and interferon-[gamma] by mouse splenocytes / I. Kato, K. Tanaka, T. Yokokura // *Intl. J. Immunopharmac.*- 1999.- 21.- P.121–31.
323. Keller, M. Effect of chewing gums containing the probiotic bacterium *Lactobacillus reuteri* on oral malodour / M. Keller, A. Bardow, T. Jensdottir, J. Lykkeaa, S. Twetman // *Acta Odontol. Scand.* – 2012.- 70(3).- P. 246-250.
324. Kleessen, B. Oligofructose and long-chain inulin: Influence on the gut microbial ecology of rats associated with a human faecal flora / B. Kleessen, L. Hartmann, M. Blaut // *Br. J. Nutr.*- 2001.- 86.- P.291—300.

325. Krasse, P. Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by the probiotic *Lactobacillus reuteri* / P. Krasse, B. Carlsson, C. Dahl, A. Paulsson, A. Nilsson, G. Sinkiewicz // *Swed. Dent. J.* - 2005.- 30.- P. 55—60.
326. Lee, Y. Enhancement in Ex Vivo Phagocytic Capacity of Peritoneal Leukocytes in Mice by Oral Delivery of Various Lactic-Acid-Producing Bacteria /Y. Lee, T. Lee // *Current Microbiology.* - 2005.- Vol. 50(1).- P. 24-27.
327. Mandsberg, L.F. Antibiotic resistance in *Pseudomonas aeruginosa* strains with increased mutation frequency due to inactivation of the DNA oxidative repair system / L.F Mandsberg, O. Ciofu, N. Kirkby, L.E. Christiansen, H.E. Poulsen, N. Hoiby // *Antimicrob. Agents Chemother.*- 2009. - Vol. 53. – P. 2483-2491.
328. Martin-Cabezas, R. Clinical efficacy of probiotics as an adjunctive therapy to non-surgical periodontal treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis / R. Martin-Cabezas, J.L. Davideau, H. Tenenbaum, O. Huck//*J. Clin. Periodontol.* -2016.- №43(6).-P.520-30.
329. Matsuoka, T. Effect of oral *Lactobacillus salivarius* TI 2711 administration on periodontopathic bacteria in subgingival plaque / T. Matsuoka, N. Sugano, S. Takigawa, M. Takane, N. Yoshinuma, K. Ito // *Jpn. Soc. Periodontol.* – 2004. - Vol.46. – P. 118—126.
330. Messora, M.R. Favourable effects of *Bacillus subtilis* and *Bacillus licheniformis* on experimental periodontitis in rats / M.R. Messora, L.J. Pereira, R. Foureaux, L.F. Oliveira, C.G. Sordi, A.J. Alves, M.H. Napimoga, M.J. Nagata, E. Ervolino, F.A. Furlaneto // *Arch. Oral. Biol.*- 2016.-№6.-P.108-119.
331. Meurman, J.H. Oral health, atherosclerosis and cardiovascular disease / J.H. Meurman, M. Sanz, S.J. Janket // *Crit. Rev. Oral Biol. Med.* – 2004. – Vol. 15 – № 6. – P. 403-413.
332. Michal, S. Пародонтология 2000. Часть IV. Деструкция тканей пародонта / S. Michal // *Новое в стоматологии.* - 2002. - № 8.- С. 20 - 28.
333. Mombelli, A. On the symmetry of periodontal disease / A. Mombelli, C. Meier // *J. Clin. Periodontal.* - 2001.-V.28.-P. 741-745.

334. Moore, W.E. The Bacteria of periodontal diseases / W.E Moore, L.V. Moore // *Periodontol* 2000. - 1994.-Vol.5.- P.66-77.
335. The World Oral Health Report. WHO. – Geneva, 2003. - 46 p.
336. Morales, A. Clinical Effects of *Lactobacillus Rhamnosus* in Non-Surgical Treatment of Chronic Periodontitis: A Randomized Placebo-Controlled Trial With 1-Year Follow-up / A. Morales, P. Carvajal, N. Silva, M. Hernandez, C. Godoy, G. Rodriguez, R. Cabello, J. Garcia-Sesnich, A. Hoare, P.I. Diaz, J. Gamonal // *J. Periodontol.* -2016.- № 4.-P.1-12.
337. Morimoto, Y. Effect of low-intensity argon laser irradiation on mitochondrial respiration / Y. Morimoto, T. Arai, M. Kikuchi, S. Nakayama, H. Nakamura // *Lasers Surg. Med.* 1994.-V. 15.-P. 191-199.
338. Neutl, J.M. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension / J.M. Neutl, D.H. Smithy // *J. Clin. Hypertens.* — 2003. — №2. — P. 127 — 132.
339. Neville, D.W. Color atlas of clinical and oral pathology / D.W. Neville, D.D. Damm. - BC Decker, 2-ed. - 2002. - 425 p.
340. Nunn, M.E. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors / M.E. Nunn // *Periodontology* 2000. - 2003. - Vol. 32. - P. 11–23.
341. Okuda, T. Synergistic effect on biofilm formation between *Fusobacterium nucleatum* and *Capnocytophaga ochracea* / T. Okuda, K. Okuda, E. Kokubu, T. Kawana, A. Saito, K. Ishihara // *Anaerobe.* – 2012. – Vol.18(1). - P.157-161.
342. Oliver, R.C. Periodontal diseases in the United States population / R.C Oliver, Li. Brown, H. Le // *Z. Periodontol.* – 1998. - Vol.69. - №2. - P.269-278.
343. Osso, D. Antiseptic mouth rinses: an update on comparative effectiveness, risks and recommendations / D. Osso, N. Kanani // *J. Dent. Hyg.* - 2013. - 87(1).- P.10—18.
344. Parsek, M.R. Biofilms 2003: emerging themes and challenges in studies of surface-associated microbial life / M.R. Parsek, C. Fuqua // *J. Bacteriol.* - 2004. - Vol.186. - № 14. - P. 4427–4440.

345. Park, Y.W. Bioactive Components in Milk and Dairy Products / Y.W. Park. - Singapore: Wiley-Blackwell, 2009. — 426 p.
346. Paschal, A.M. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions / A.M. Paschal, S.R. Hawley, T.S. Romain // *Epilepsia*.- 2008.- V.49(7).- P. 1115–1122.
347. Paster, B.J. Bacterial diversity in human subgingival plaque / B.J. Paster, S. Boches, J. Galvin, C. Lau, V. Levanos, A. Sahasrabudhe, F. Dewhirst // *J. Bacteriol.* - 2001. - V. 183. - P. 3770-3783.
348. Penala, S. Efficacy of local use of probiotics as an adjunct to scaling and root planing in chronic periodontitis and halitosis: A randomized controlled trial / S. Penala, B. Kalakonda, K.R. Pathakota, A. Jayakumar, P. Koppolu, B.V. Lakshmi, R. Pandey, A. Mishra // *J. Res. Pharm.Pract.*-2016.- №5(2).-P.86-93.
349. Pirhan, D. Effect of MMP-1 promoter polymorphisms on GCF MMP-1 levels and outcome of periodontal therapy inpatients with severe chronic periodontitis / D. Pirhan, G. Atilla, G. Emingil, T. Sorsa, T. Tervahartiala, A. Berdeli // *J. Clin. Periodontol.* - 2008. - Vol.35, №10. — P.862-870.
350. Riccia, D.N. Anty-inflammatory effects of *Lactobacillus brevis* (CD2) on periodontal disease / D.N. Riccia, F. Bizzini, M.G. Perilli, A. Polimeni, V. Trinchieri, G. Amicosante, M.G. Cifone // *Oral. Dis.* - 2007. - Vol. 13, № 4. - P. 376-385.
351. Sabbah, W. Income inequality and periodontal diseases in rich countries: an ecological cross-sectional study / W. Sabbah, A. Sheiham, E. Bernabe // *Int. Dent. J.* – 2010. - № 60. – P. 370 – 374.
352. Sanz, M. Seventh European Workshop on Periodontology of the European Academy of Periodontology at the Parador at la Granja, Spain / M. Sanz, N. P. Lang, D.F. Kinane, T. Berglundh, I. Chapple, M.S. Tonetti // *J. Clin. Periodontol.* 2011. - Vol.38, 11. - P. 1-2.
353. Sbordone, L. Oral microbial biofilms and plaque-related diseases: microbial communities and their role in the shift from oral health to disease / L. Sbordone, C.Bortolaia // *Clin. Oral. Investig.* - 2003. - Vol. 7, № 4.- P. 181–188.

354. Shimazaki, Y. Intake of dairy product and periodontal diseases: The hisayama study / Y. Shimazaki, T. Shirota, K. Uchida, K. Yonemoto, Y. Kiyohara, M. Iida, T. Saito, Y. Yamashita // *J. Periodontol.* – 2008. – 79. – P. 131—137.
355. Sleator, R.D. Patho-biotechnology; using bad bugs to make good bugs better / R.D. Sleator, C. Hill // *Sci. Prog.* – 2007. - V.90. – P. 1—14.
356. Socransky, S.S. Use of checkerboard DNA DNA hybridization to study complex microbial ecosystems / S.S. Socransky, A.D. Haffajee, C. Smith, L. Martin, J.A. Haffajee, N.G. Uzel, J.M. Goodson // *Oral Microbiol. Immunol.* - 2004. - V.19. - P. 352-362.
357. Steeves, C.H. Oxidative stress response in the opportunistic oral pathogen *Fusobacterium nucleatum* / C.H. Steeves, J. Potrykus, D.A. Barnett, S.L. Bearne // *Proteomics.* - 2011. - Vol. 11(10). - P.2027-2037.
358. Todkar, T. Efficacy of chlorhexidine mouthrinses with and without alcohol—a clinical study / T. Todkar, S. Sheikh, G. Byakod, S. Muglikar // *Oral Health Prev. Dent.* – 2012. - Vol. 10. - P. 291–296.
359. Tomita, S. Changes in antimicrobial susceptibility profile and prevalence of quinolone low-sensitive strains in subgingival plaque from acute periodontal lesions after systemic administration of sitafloxacin / S. Tomita, S. Kasai, Y. Ihara, K. Imamura, D. Kita, K. Ota, T. Kinumatsu, T. Nakagawa, A. Saito // *Microb. Pathog.* – 2015. – Vol.79. – P. 41-46.
360. Twetman, S. Short term effect of chewing gum containing probiotics *Lactobacillus reuteri* on levels of inflammatory mediators in GCF / S. Twetman, B. Derawi, M. Keller, K. Ekstrand, T. Yucel-Lindberg, C. Stecksén-Blicks // *Acta Odontol. Scand.* – 2009. – 67. – P. 19—24.
361. Vicario, M. Clinical changes in periodontal subjects with the probiotic *Lactobacillus reuteri* Prodentis: A preliminary randomized clinical trial / M. Vicario, A. Santos, D. Violant, J. Nart, L. Gine // *Acta Odontol. Scand.* - 2013. - Vol. 71. - № 3-4. – P. 813-819.

362. Verweij, T.A. Compliance in dentistry: general adherence, specific adherence and perceived dental health / T.A. Verweij, P. Oosterveld, J. Hoogstraten // *Community Dent Oral Epidemiol.*- 1998- 26(6)- P.394-399.
363. Wagner, J. Prevalence of OPG and IL-1 gene polymorphisms in chronic periodontitis / J. Wagner, W.E. Kaminski, C. Aslanidis, D. Moder, K.A. Hiller, M. Christgau, G. Schmitz, G. Schmalz // *J. Clin. Periodontol.* - 2007. - Vol.34. - P.823-827.
364. Waltimo, T.M. In vitro susceptibility of *Candida albicans* isolates from apical and marginal periodontitis to common antifungal agents / T.M. Waltimo, D. Orstavik, J.H. Meurman, L.P. Samaranayake, M. P. Haapasalo // *Oral Microbiology and Immunology.*- 2000. - V. 15 (4). – P. 245–248.
365. Wang, L.F. Matrix metalloproteinase-9 gene polymorphisms in nasal polyposis / L.F. Wang, C.Y. Chien, C.F. Tai, W.R. Kuo, E. Hsi, S.H. Juo // *BMC Med. Genet.* - 2010. - Vol.9. - №11. - P.85.
366. Weigel, L.M. High-level vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates associated with a polymicrobial biofilm / L.M. Weigel, R.M. Donlan, D.H. Shin, B. Jensen, N.C. Clark, L.K. McDougal, W. Zhu, K.A. Musser, J. Thompson, D. Kohlerschmidt, N. Dumas, R.J. Limberger, J.B. Patel // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 2007. – V.51 (1). – P. 231- 238.
367. Wolff, L. Bacteria as risk markers for periodontitis / L. Wolff, G. Dahlen, D. Aepli // *J. Periodontal.* 1994. - Vol. 64. - P. 498-510.
368. Yan, F. Probiotic bacterium prevents cytokine-induced apoptosis in intestinal epithelial cells / F. Yan, D.B. Polk // *J. Biol. Chem.* – 2002. – V.277. – P. 50959—50965.
369. Zhou, Q. Cytokine profiling of macrophages exposed to *Porphyromonas gingivalis*, its lipopolysaccharide, or its FimA protein / Q. Zhou, T. Daste, M. Fenton // *Infect. Immun.* - 2005. - V. 73. - P. 935 - 943.



Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ ОБЪЕКТА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Настоящим удостоверяется, что в Банке интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ГБОУ ВПО ИГМА зарегистрирован объект интеллектуальной собственности (ИС)

рационализаторское предложение
(вид объекта по классификатору)

под названием: **Способ лечения пародонтита с применением пробиотиков**,
авторами которого по их собственному заявлению являются:

Биктимерова Ольга Олеговна, Рединова Татьяна Львовна
граждане Российской Федерации:

Биктимерова Ольга Олеговна, Рединова Татьяна Львовна
свидетельствуют, что все права интеллектуальной собственности на регистрируемый объект принадлежат исключительно вышеуказанным лицам и ими не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Соответствующая запись в реестре Банка интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ГБОУ ВПО ИГМА о регистрации рационализаторского предложения № 35.15 от «9» декабря 2015 года выполнена сотрудником Центра трансфера технологий ГБОУ ВПО ИГМА Тумановой А.Ю.

Копия объекта в составе и количестве 6 л. 1 экземпляр депонирована в Банке интеллектуальных и информационных ресурсов на бумажном и электронном носителях.

Ректор, профессор _____
(подпись)

Проректор по ИР, профессор _____
(подпись)

Стрелков Н.С. _____
(расшифровка подписи)

Чураков А.Н. _____
(расшифровка подписи)

« 28 » января 20 16 г.




**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации

№ 77.99.23.3.У.9697.11.08 от 14.11.2008 г.

В соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», продукция (наименование продукции, вещества, препарата, наименование и юридический адрес изготовителя, область применения): биологически активная добавка к пище "Эуфлорин-Л" (флаконы по 50 мл, 100 мл) (ТУ 9229-012-14498222-03); ЗАО "КАТАРСИС", 426006, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Баранова, 40 по лицензионному договору с ООО "НПГ "Приоритет", 620075, г. Екатеринбург, ул. Шевченко, 8-50, Российская Федерация; для реализации населению через аптечную сеть и специализированные магазины, отделы торговой сети в качестве биологически активной добавки к пище - источника пробиотических микроорганизмов (лактобактерий).



прошла государственную регистрацию, внесена в государственный реестр и разрешена для изготовления на территории Российской Федерации, ввоза на территорию Российской Федерации и оборота.

Настоящее свидетельство выдано:

на основании экспертного заключения ФГУЗ ФЦГ и Э Роспотребнадзора №10-2ФЦ/5251 от 29.10.08 г. Рекомендации по применению: детям с 3-х месяцев до 1 года - по 5 мл (1 чайная ложка) 2 раза в день (по рекомендации врача), детям старше 1 года - по 10 мл (1 десертная ложка) 1-2 раза в день (по рекомендации врача), взрослым - по 20-40 мл 2-3 раза в день перед едой. Перед употреблением встряхивать. Продолжительность приема - 10-30 дней. Срок годности - 30 суток в невскрытой заводской упаковке. Хранить при температуре не выше +6°С. Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Срок действия свидетельства о государственной регистрации устанавливается на весь период промышленного изготовления российской продукции и на весь период ввоза и оборота импортной продукции

Руководитель (заместитель руководителя)
Федеральной службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия
человека




(Ф. И. О. Подпись) **Г. О. Нищенко**
П.

№ 060912

127994, Москва, Вадковский пер., 18/20

© ЗАО «Первый печатный двор», г. Москва, 2008 г., уровень «В».

Вкладыш в карту №043/у

Фамилия, имя, отчество																		
ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ ВОПРОСЫ																		
Есть ли у Вас заболевания верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, хронический ринит, хронический гайморит, хронический фарингит, другое)																		
Есть ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта																		
Есть ли у Вас заболевания сердечно-сосудистой системы																		
Есть ли у Вас заболевания эндокринной системы																		
Есть ли у Вас аллергия																		
Жалобы: кровоточивость десен при чистке зубов; кровоточивость при приеме твердой пищи; запах изо рта; боли в деснах; наличие зубных отложений; другие																		
Стоматологический статус (заполняет врач).																		
ПК																		
КД																		
ЗК																		
КПУ																		
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
КПУ																		
ЗК																		
КД																		
ПК																		
Индексы									Исходные				Спустя неделю		Спустя 3 мес.		Спустя 6 мес.	
РМА, %																		
Индекс Кровоточивости (ИК) десен, баллы																		
Loe H., Silness J, баллы																		
Podshadley, Haley (PHP), баллы																		
ОНИ-S, баллы																		
SPITN																		



Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ ОБЪЕКТА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Настоящим удостоверяется, что в Банке интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ГБОУ ВПО ИГМА зарегистрирован объект интеллектуальной собственности (ИС)

информационное письмо
(вид объекта по классификатору)

под названием: **Определение степени мотивации и приверженности пациентов к лечению заболеваний пародонта,**
авторами которого по их собственному заявлению являются:
**Рединова Татьяна Львовна, Биктимерова Ольга Олеговна,
Фёдорова Ольга Григорьевна**
граждане Российской Федерации
**Рединова Татьяна Львовна, Биктимерова Ольга Олеговна,
Фёдорова Ольга Григорьевна**
свидетельствуют, что все права интеллектуальной собственности на регистрируемый объект принадлежат исключительно вышеуказанным лицам и ими не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Соответствующая запись в реестре Банка интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ГБОУ ВПО ИГМА о **регистрации информационного письма № 08.15 от «09» декабря 2015 года** выполнена сотрудником Центра трансфера технологий ГБОУ ВПО ИГМА **Тумановой А.Ю.**

Копия объекта в составе и количестве **8 л. 1 экземпляр** депонирована в Банке интеллектуальных и информационных ресурсов на **на бумажном и электронном носителях.**

Ректор, профессор	 (подпись)	Стрелков Н.С. (расшифровка подписи)
Проректор по НР, профессор	 (подпись)	Чураков А.Н. (расшифровка подписи)

«28» декабря 20 16 г.

Клинический случай №1:

Пациентка И., 1988 г.р., предъявляла жалобы на кровоточивость при приеме жесткой пищи. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает. Считает себя практически здоровой.

Объективно: Прикус ортогнатический. В полости рта: слизистая десен в области 2.4, 2.3, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит (индекс *Muhlemann*=3,0), определяются пародонтальные карманы глубиной до 3 мм в области 1.7, 1.6, 1.2, 1.1, 3.3, 3.2, 3.1, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.6, 3.7, 4.1, 4.2, 4.3, 4.6, 4.7. На зубах наддесневой и поддесневой твердый зубной камень и мягкий налет. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,5 баллов; *PHP*=2,0 балла; *OHI-S*=0,7 балла; *PMA*=34%.

Рентгенологическое исследование показало отсутствие компактной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок (Рисунок 33).

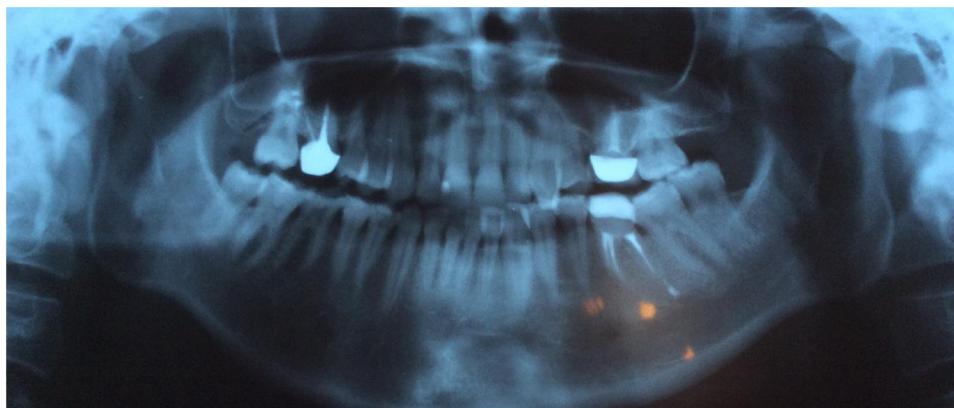


Рис. 33. Панорамный снимок пациентки И.

Индексы	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
<i>PMA</i> ,%	34	20	10	14
Индекс Кровоточивости (ИК) десен, баллы	3,0	1,2	0	0
<i>Loe H.</i> , <i>Silness J.</i> , баллы	1,5	0,3	0,8	0,2
<i>Podshadley</i> , <i>Haley</i> (<i>PHP</i>), баллы	2,0	1,2	0,4	0,8
<i>OHI-S</i> , баллы	0,7	0,4	0,1	0,6
<i>SPITN</i>	2	1	0	2

Иммунологические показатели	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.

ФИ, %	36	26	37	44
ФЧ, отн.ед.	1,8	1,3	2,0	3,8
НСТб, %	14	21	12	17
НСТа, %	43	30	29	36
ИАНб, отн.ед.	0,14	0,21	0,12	0,17
ИАНа, отн.ед.	0,5	0,3	0,32	0,38
SIgA г/л	2,13	2,66	2,66	2,38
РАМ, %	34	39	39	39

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести (K05.3).

Было проведено лечение: в 1-ое посещение: снятие над- и поддесневых зубных отложений с использованием ультразвуковых скейлеров и механических инструментов под антисептической обработкой тканей пародонта 0,05% хлоргексидином, даны рекомендации по рациональной гигиене полости рта; во 2-е посещения проводили контроль гигиены полости рта, гигиенические индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,8 балла; *PHP*=0,4 балла; *OHI-S*=0,3; *PMA*=25%. Проведена инстиляция пародонтальных карманов «Эуфлорином-L», избирательное пришлифование в области 1,1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 зубов с помощью копировальной бумаги в 78 мкм и 8 мкм; после пришлифовывания получены точечные контакты равномерной окраски; проведена коррекция и полировка пломб в полостях II и III классов в 3.7, 3.6, 4.6, 4.7 зубах.

В последующие 3, 4, 5 посещения проведена коррекция окклюзионных контактов и инстиляции пародонтальных карманов жидким синбиотиком - «Эуфлорин-L» в объеме 5мл из шприца с мягкой насадкой, однократно, с закрытием наддесневой защитной повязкой «Репин».

Спустя 7 дней после начала лечения пациентка отметила уменьшение кровоточивости десен (индекс *Muhlemann*=1,2) и неприятных ощущений в полости рта. Объективно: слизистая оболочка десен слабо гиперемирована, зубных отложений нет.

Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,3 баллов; *PHP*=1,2 балла; *OHI-S*=0,4 балла; *PMA*=20%. Суперконтактов нет.

Спустя 3 месяца после проведенного лечения, объективно: слизистая оболочка в области нижней и верхней челюсти бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации, не кровоточит (индекс *Muhlemann*=0). Имеются незначительные мягкие зубные отложения. Индексы составили: *PI, Silness-Loe* =0,8 баллов; *PHP*=0,4 балла; *OHI-S*=0,1 балла; *PMA*=13%.

Спустя 6 месяцев после лечения объективно: слизистая оболочка десен бледно-розового цвета (индекс *Muhlemann*=0), ПК уменьшились по глубине до 2 мм, незначительные мягкие зубные отложения и наддесневой камень. Индексы составили: *PI, Silness-Loe*=0,2 баллов; *PHP*=0,8 балла; *OHI-S*=0,6 балла; *PMA*=14%.

Клинический случай №2:

Больной Б., 1976 г.р., предъявлял жалобы на запах изо рта, кровоточивость при чистке зубов. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает. Считает себя практически здоровым.

Объективно: Прикус ортогнатический. В полости рта: слизистая десен в области 2.4, 2.3, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит (индекс *Muhlemann*=1,2); определяются пародонтальные карманы глубиной до 4 мм в области 1.6, 1.7, 1.3, 1.2, 2.5, 2.6, 2.7, 3.7, 3.6, 3.5, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7. Специфический запах изо рта. На зубах наддесневой и поддесневой твердый зубной камень и мягкий налет.

Индексы составили: *PI, Silness-Loe*=1,0 баллов; *PHP*=1,8 балла; *OHI-S*=0,9 балла; *PMA*=31%. Рентгенологическое исследование показало снижение высоты альвеолярной кости на 1/3 и 1/2 высоты корней (Рисунок 34).

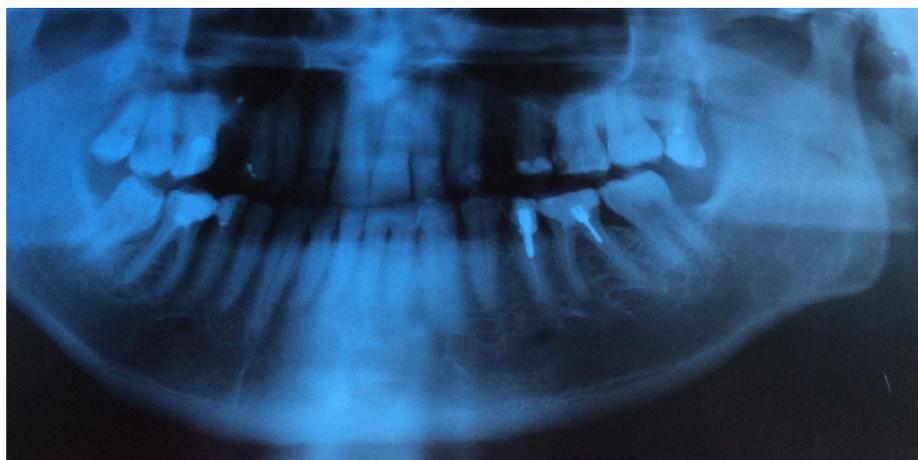


Рис.34. Панорамный снимок пациента Б.

Индексы	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
РМА, %	31	0	5	17
Индекс Кровоточивости (ИК) десен, баллы	1,2	0	0	0
Loe H., Silness J, баллы	1,0	0,2	0,7	0,3
Podshadley, Haley (PHP), баллы	1,8	1,0	1,6	1,2
OHI-S, баллы	0,9	0,4	0,3	0,6
SPITN	3	3	2	2

Иммунологические показатели	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
ФИ, %	22	60	38	54
ФЧ, отн.ед.	1,7	1,5	3,5	1,9
НСТб, %	16	9	9	21
НСТа, %	28	27	25	35
ИАНб, отн.ед.	0,16	0,09	0,09	0,21
ИАНа, отн.ед.	0,3	0,29	0,25	0,35
SIgA г/л	1,61	1,92	2,03	1,76
РАМ, %	48	54	48	57

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (K05.3).

Было проведено лечение: в 1-ое посещение: снятие над- и поддесневых зубных отложений с использованием ультразвуковых скейлеров и механических инструментов под антисептической обработкой тканей пародонта 0,05% хлоргексидином и даны рекомендации по рациональной гигиене полости рта; во 2-ое посещение проводили контроль гигиены полости рта, гигиенические индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,3 балла; *PHP*=0,7 балла; *OHI-S*=0,6; *РМА*=15%. Проведена инстиляция пародонтальных карманов «Эуфлорином-L», избирательное пришлифование в области 1,7, 4.7 зубов (суперконтакты выявлены в области пломб на 1.6, 4.6, 3.6 зубах), с помощью копировальной бумаги в 78 мкм и 8 мкм; после пришлифовывания получены точечные контакты равномерной окраски; проведена коррекция и полировка пломб в полостях I, II, III классов в 1.6, 2.6, 2.5, 3.5, 3.6, 4.5, 4.6 зубах.

в 3-е посещение под аппликационной и инфльтрационной анестезией Ультракаин Д-С 1:200000 1,7ml проведен закрытый кюретаж и удаление поддесневых зубных отложений с помощью кюрет Грейси (5/6, 7/8, 11/12, 13/14) под антисептической обработкой 0,2% водным раствором хлоргексидина в области 2.5, 2.6, 2.7 зубов, наложена защитная повязка «Репин» на сутки.

В последующие 4, 5, 6, 7 посещения проведена коррекция пришлифовывания и наддесневое орошение жидким синбиотиком - «Эуфлорин-L» в объеме 5мл из шприца с мягкой насадкой, однократно, с защитой наддесневой повязкой из «Репина» на 30 минут.

Спустя неделю после начала лечения пациент отметил прекращение кровоточивости десен (индекс *Muhlemann*=0), уменьшение неприятных ощущений в полости рта. Объективно: слизистая оболочка десен слабо гиперемирована. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,2 баллов; *PHP*=1,0 балла; *OHI-S*=0,4 балла; *PMA*=3%. Суперконтактов нет.

Спустя 3 месяца после проведенного лечения у пациента слизистая оболочка в области нижней и верхней челюсти бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации, не кровоточит (индекс *Muhlemann*=0). Имеются незначительные мягкие зубные отложения. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe* = 0,7 баллов; *PHP*=1,6 балла; *OHI-S*=0,3 балла; *PMA*=5%.

Спустя 6 месяцев после лечения объективно: слизистая оболочка десен бледно-розового цвета, индекс *Muhlemann*=0. ПК уменьшились по глубине до 3-4 мм, имеются зубные отложения, покрывающие коронки зубов на 1/4. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,3 баллов; *PHP*=1,2 балла; *OHI-S*=0,6 балла; *PMA*=7%.

Клинический случай №3:

Пациент К., 1988 г.р., предъявлял жалобы на кровоточивость при чистке зубов. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает. Считает себя практически здоровым.

Объективно: Прикус прямой. В полости рта: слизистая десен в области 2.4, 2.3, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит, индекс *Muhlemann*=2,9, определяются пародонтальные карманы

глубиной до 3 мм в области 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 3.5, 4.5, 4.6, 4.7.

На зубах наддесневой и поддесневой твердый зубной камень и мягкий налет.

Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=2,5 баллов; *PHP*=2,4 балла; *OHI-S*=2,0 балла;

PMA=35%. Рентгенологическое исследование показало отсутствие компактной

пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок, расширение

периодонтальной щели в пришеечной области и незначительную убыль кости

(Рисунок 35).

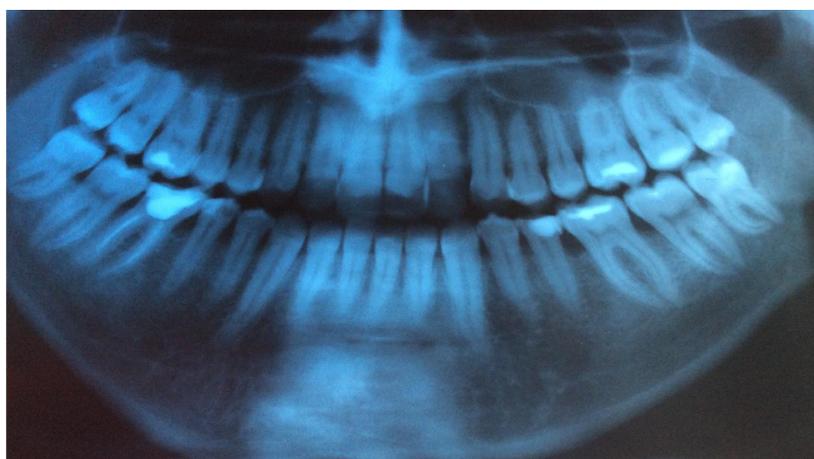


Рис. 35. Панорамный снимок пациента К.

Индексы	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
<i>PMA</i> ,%	39	20	31	32
Индекс Кровоточивости (ИК) десен, баллы	2,9	0,7	1,1	0,5
Loe H., Silness J, баллы	2,5	0,7	1,3	0,8
Podshadley, Haley (PHP), баллы	2,4	1,3	1,6	1,4
OHI-S, баллы	2,0	1,3	1,6	0,9
CRITN	2	2	2	2

Иммунологические показатели	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
ФИ, %	25	29	24	39
ФЧ, отн.ед.	1,0	1,2	1,5	2,2
НСТб, %	5	10	12	14
НСТа, %	14	17	27	44
ИАНб, отн.ед.	0,05	0,1	0,12	0,18
ИАНа, отн.ед.	0,14	0,17	0,36	0,48
SIgA г/л	2,97	2,66	0,38	0,28
РАМ, %	69	54	57	41

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести (K05.3).

Было проведено лечение: в 1-ое посещение: снятия над- и поддесневых зубных отложений с использованием ультразвуковых скейлеров и механических инструментов, антисептическая обработка 0,05% хлоргексидином, даны рекомендации по рациональной гигиене полости рта;

во 2-е посещения проводили контроль гигиены полости рта, гигиенические индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,2 балла; *PHP*=0,4 балла; *OHI-S*=0,9; *PMA*=25%. Проведено орошение пародонтальных карманов 0,05% хлоргексидином, избирательное пришлифование в области 1,7, 2.7, 2.8, 3.7, 3.8, 4.7 зубов (суперконтакты выявлены в области пломб на 1,6, 4.5 зубах), с помощью копировальной бумаги в 78 мкм и 8 мкм; после пришлифовывания получены точечные контакты равномерной окраски; проведена коррекция и полировка пломб в полостях I и II классов в 2.6, 3.6, 3.5, 4.6 зубах.

В 3-е посещение проведена проверка окклюзионных контактов и орошение пародонтальных карманов 0,05% хлоргексидином.

Спустя 7 дней после начала лечения пациент отметил уменьшение кровоточивости десен (индекс *Muhlemann*=0,7). Объективно: слизистая оболочка десен слабо гиперемирована, зубных отложений нет.

Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,7 баллов; *PHP*=1,3 балла; *OHI-S*=1,3 балла; *PMA*=20%. Суперконтактов нет.

Спустя 3 месяца после проведенного лечения, объективно: слизистая оболочка в области нижней и верхней челюсти слабо гиперемирована, незначительно кровоточит при зондировании (индекс *Muhlemann*=1,1), имеется мягкий зубной налет, покрывающий коронки зубов на 1/4. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,3 баллов; *PHP*=1,6 балла; *OHI-S*=1,6 балла; *PMA*=31%.

Спустя 6 месяцев после лечения слизистая оболочка гиперемирована, кровоточит при зондировании (индекс *Muhlemann*=0,5), имеются мягкие зубные отложения, покрывающие коронки зубов на 1/3. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,8 баллов; *PHP*=1,4 балла; *OHI-S*=0,9 балла; *PMA*=32%.

Клинический случай №4:

Больная О., 1975 г.р., предъявляла жалобы на запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает. Считает себя практически здоровой.

Объективно: Прикус ортогнатический. Слизистая десен в области 1.3, 1.4, 1.5, 2.4, 2.3, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит (индекс *Muhlemann*=2,0); определяются пародонтальные карманы глубиной до 4 мм. в области 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7. Специфический запах изо рта. На зубах наддесневой и поддесневой зубной камень. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,5 баллов; *PHP*=2,2 балла; *OHI-S*=1,7 балла; *PMA*=47%.

Рентгенологическое исследование показало снижение высоты альвеолярной кости на 1/3-1/2 высоты корней, вертикальный тип деструкции костной ткани альвеолярных отростков, остеопороз губчатого вещества (Рисунок 36).

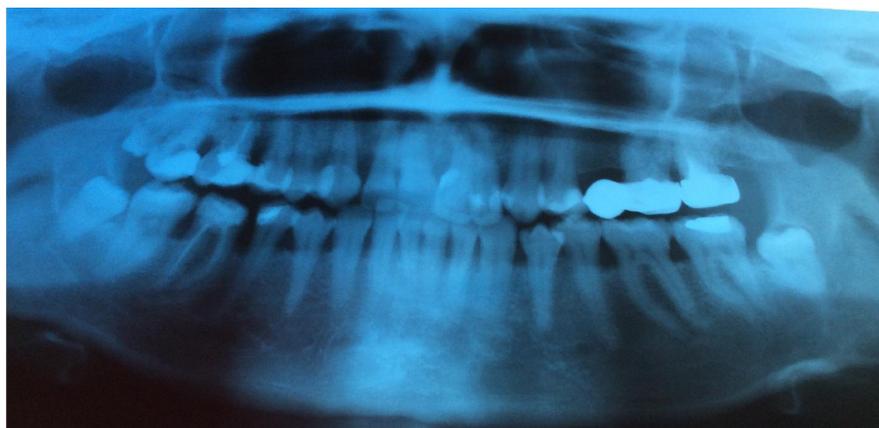


Рис. 36. Панорамный снимок пациентки О.

Индексы	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
РМА, %	47	30	37	7
Индекс Кровоточивости (ИК) десен, баллы	2,0	1,4	1,2	0,5
Loe H., Silness J, баллы	1,8	1,5	1,3	1,0
Podshadley, Haley (PHP), баллы	2,2	1,0	2,1	1,8
OHI-S, баллы	1,7	0,9	2,0	1,5
SPITN	3	3	2	3

Иммунологические показатели	Исходные	Спустя неделю	Спустя 3 мес.	Спустя 6 мес.
ФИ, %	34	23	47	29
ФЧ, отн.ед.	2,3	1,8	2,6	1,7
НСТб, %	16	23	29	24
НСТа, %	36	30	42	45
ИАНб, отн.ед.	0,16	0,25	0,32	0,28
ИАНа, отн.ед.	0,44	0,36	0,46	0,5
SIgA г/л	2,35	2,53	0,33	0,68
РАМ, %	97	41	32	49

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (K05.3).

Было проведено лечение: в 1-ое посещение: снятия над- и поддесневых зубных отложений с использованием ультразвуковых скейлеров и механических инструментов, антисептическая обработка 0,05% хлоргексидином, даны рекомендации по рациональной гигиене полости рта;

во 2-ое посещение проводили контроль гигиены полости рта, гигиенические индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=0,8 балла; *PHP*=0,6 балла; *OHI-S*=0,7;

PMA=39%. Проведено орошение пародонтальных карманов 0,05% хлоргексидином, избирательное шлифование в области 1,1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 3.5, 3.6, 4.7 зубов (суперконтакты выявлены в области пломб на 1.6, 1,7, 3.7, 4.5, 4.6 зубах) с помощью копировальной бумаги в 78 мкм и 8 мкм; после шлифования получены точечные контакты равномерной окраски; проведена коррекция и полировка пломб в полостях I, II, III классов в 1.7, 1.6, 1.5, 2.2, 2.4, 3.7, 4.5, 4.6 зубах.

В 3-е посещение под аппликационной и инфильтрационной анестезией Ультракаин Д-С 1:200000 1,7ml проведен кюретаж и удаление поддесневых зубных отложений с помощью кюрет Грейси (5/6, 7/8, 11/12, 13/14) под антисептической обработкой 0,2% водным раствором хлоргексидина в области 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 зубов, наложена защитная повязка «Репин» на сутки; в 4-е и 5-е посещения проведена коррекция окклюзионных контактов, наддесневое орошение 0,05% хлоргексидином.

Спустя 7 дней после начала лечения пациентка отметила уменьшение кровоточивости десен (индекс *Muhlemann*=1,4) и неприятных ощущений в полости рта. Объективно: слизистая оболочка десен слабо гиперемирована.

Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,5 баллов; *PHP*=1,0 балла; *OHI-S*=0,9 балла; *PMA*=30%. Суперконтактов нет.

Спустя 3 месяца после проведенного лечения объективно: слизистая оболочка в области нижней и верхней челюсти слабо гиперемирована, незначительно кровоточит при зондировании (индекс *Muhlemann*=1,2) имеются мягкие зубные отложения, покрывающие коронки зубов на 1/3. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,3 баллов; *PHP*=2,1 балла; *OHI-S*=2,0 балла; *PMA*=37%.

Спустя 6 месяцев после лечения слизистая оболочка бледно-розового цвета, при зондировании не кровоточит (индекс *Muhlemann*=0), имеются мягкие и твердые зубные отложения, покрывающие коронки зубов на 1/3. Индексы составили: *PI*, *Silness-Loe*=1,0 баллов; *PHP*=1,8 балла; *OHI-S*=1,5 балла; *PMA*=7%.