

1. Активность протеиназ гранулоцитов и уровень кислотостабильных ингибиторов протеиназ в бронхоальвеолярном секрете детей с бронхопатиями различной этиологии / О. Г. Оглоблина, Л. В. Платонова, Л. В. Мясникова [и др.] // Вопросы мед. химии. - 1980. - № 3. - С. 387-392.
2. Барабаш Р. Д. Энзимологические механизмы в патогенезе воспалительно-дистрофического поражения пародонта: Автореф. дис д-ра мед. наук: 14.00.16: Центр. научн. -иссл. ин-т.стоматологии. - М., 1981.- 40 с.
3. Боровский Е. В., Пасхина Т. С., Пусто- войт Е. В. Оценка эффективности лечения пародонтита на основании показателей активности эластазы нейтрофилов и ее кислотостабильного ингибитора в ротовой жидкости у больных // Стоматология. -1986.- №3.-С.25-27.
4. Волкова С. В. Активність специфічних протепаз та їх інгібіторів у ротовій рідині за наявності хронічного катарального пніппу в дітей // Матеріали 11(IX) зїзду Асоціації стоматологів України (1-3 грудня 2004р.).- Кшв, 2004.- С.89-90.
5. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф.Данилевский, А.В.Борисенко. - Киев, Здоров'я, 2000.-462с.
6. Кринская А. В. Количественное определение калликреина и калликреиногена в сыворотке (плазме) крови человека / А. В. Кринская, Т. С. Пасхина // Современные методы биохимии.- М.: Медицина, 1977. - С. 163-170.
7. Нартикова В. Ф. Очистка и свойства кислотостабильного ингибитора трипсина из сыворотки крови кролика / В. Ф. Нартикова, Т. С. Пасхина // Биохимия. - 1969. - № 2. - С. 282-292
8. Функциональная активность нейтрофилов и эластазно-ингибиторная активность сыворотки крови и тканей пародонта при лимфотропном методе лечения быстропрогрессирующего пародонтита / Модина Т.Н., Леонтьев В.К., Варакина Н.И., Малькова С.С. // Стоматология.-2001.-С.51-54
9. Хоменко Л. А. Ферменты протеолиза и их ингибиторы в диагностике, лечении и профилактике пародонтоза: Автореф. дис докт. мед. наук: 14.00.21 / Киевский мед. ин-т.-Киев, 1980.-36 с.
10. Эластаза нейтрофилов и альфа-протеазный ингибитор в десневой жидкости у больных с заболеваниями пародонта / Боровский Е.В., Пасхина Т.С., Пусто- войт Е.В. и др. // Стоматология.-1988.-№3.-С.25-27.
11. Oral fluid elastase as an indicator of periodontal health/V.J.Vitto, A.Nieminen, J.Coil et all.//J.Clin Perio- dont.-1996.-V.23.-P.30-37
12. Relationship of changes in interleukin-8 levels and granulocyte elastase activity in gingival crevicular fluid to subgingival periodontopathogens following non- surgical periodontal therapy in subjects with chronic periodontitis / Jin LJ, Leung WK, Corbet EF, Soder B//J.Clin.Periodont .-2002.- Vol. 29,N3.-P.604-607

УДК: 616.314.18-002.4:616-018.4-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Камилов Х.П. <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>,

Тахирова К.А. <https://orcid.org/0000-0001-8747-0950>,

Сапаров А.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт,

АННОТАЦИЯ. Проведено комплексное обследование и лечение 50 больных хроническим генерализованным пародонтитом. Пациенты были разделены на две группы. В основной группе (25 пациента) комплексное лечение включало курс остеотропной терапии с использованием нового препарата «Остеовитам» (I-Vita, Узбекистан). В группе сравнения (25 пациентов) проводили лечение с использованием препарата «Кальций D3» (Nikomed, Норвегия). Установлен позитивный эффект лечения, который был выражен в стабилизации патологического процесса в тканях пародонта у пациентов основной группы, в достоверном улучшении клинических и рентгенологических показателей.

Ключевые слова: Хронический генерализованный пародонтит, остеотропная терапия, рентгенологическое обследование.

EFFICIENCY OF TREATMENT PATIENTS WITH PERIODONTITIS USING OSTEOTROPIC DRUGS.

Kamilov Kh.P. <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>,

Takhirova K.A. <https://orcid.org/0000-0001-8747-0950>,

Saparov A.B.

Tashkent State Dental Institut,

ABSTRACT. Complex conducted testing and treatment 50 patient chronic generalized periodontitis. The patients were divided into two groups. In the main group (25 patients), complex treatment included a course of osteotropic therapy using a new drug "Osteovitam" (I-Vita,

Uzbekistan). In the comparison group (25 patients), treatment was performed using the drug "Calcium D3" (Nikomed, Norway). A positive effect of treatment was established, which was expressed in the stabilization of the pathological process in periodontal tissues in patients of the main group, in a significant improvement in clinical and radiological indicators.

Keywords: Chronic generalized periodontitis, osteotropic therapy, X-ray.

Актуальность. Высокая распространенность и низкая эффективность лечебных мероприятий делает проблему лечения воспалительных заболеваний пародонта одной из основных в современной стоматологии [6]. Известно, что генерализованный пародонтит (ГП) у соматически ослабленных больных отличается специфическими клиническими особенностями, тяжестью течения, частыми обострениями, быстрой потерей костной массы альвеолярного отростка, устойчивости к местному лечению, трудностью в достижении стойкой ремиссии. В очагах воспалительно-деструктивного поражения пародонта способствуют усугублению уже существующей недостаточности костной массы, увеличивая ее потерю [5,7].

Очевидно, что проблема лечения пародонтита у таких больных должна решаться с применением препаратов, воздействующих на основные механизмы патогенеза заболевания. Особую актуальность в этих условиях приобретают лечебные комплексы, воздействующие на возможно большее число звеньев патогенеза генерализованного поражения пародонт[3,4].

Универсальный патогенетический подход в лечении генерализованного пародонтита у этой категории больных должен базироваться на комплексной остеотропной терапии. Основой этих мероприятий должно явиться остеотропное терапия, который наряду с оптимальной кишечной абсорбцией кальция и активно участвующего в метаболизме кальция [1,2]. Поэтому в комплексном лечении ГП представляет интерес применение в качестве средств патогенетического воздействия.

Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности лечения больных пародонтитом с применением остеотропных препаратов.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены на базе Ташкентского государственного стоматологического института (кафедры госпитальной терапевтической стоматологии). Осуществлено комплексное стоматологическое лечение и динамическое наблюдение за 50 больными, страдающими генерализованным пародонтитом средней тяжести (ГПСТ).

Обследование пациентов включало клинические и лабораторные методы исследования. Для получения информации о соматическом статусе использовали заключения врачей-эндокринологов, терапевтов и других специалистов, содержащихся в историях болезни стационарных больных.

Всем больным осуществлялось комплексное лечение, которое начинали с обучения больных с ГПСТ правилам гигиены полости рта, осуществлялась профессиональная гигиена полости рта: удаление на зубных отложений ультразвуком с последующей полировкой поверхности коронок и корня зуба, местная противовоспалительная и антимикробная терапия включала обработку пародонтальных карманов 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата; а под фиксирующую повязку аппликации метронидазола (метрогил-дента гель).

В зависимости от примененной остеотропной терапии выделено 2 группы больных с ГПСТ:

1 группа, 25 больных, получала в дополнение к общепринятому лечению получала системную остеотропную терапию в виде препарата «Кальций D3» (Nikomed, Норвегия) по 1 кап. 2 раза в день 1 месяц;

2 группа, 25 больных, назначался курсовой прием остеотропную терапию в виде препарата «Остеовитам» по 1 кап. 2 раза в день 1 месяц.

О состоянии костной ткани и альвеолярного отростка челюсти судили на основании данных ортопантограмм. Плотность костной ткани челюсти определяли с помощью радиовизиографической панорамной рентгенографии с денситометрическим профилем.

Оценка эффективности восстановления минеральной плотности альвеолярного отростка осуществлялась через 6 месяцев. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета программ "Excel". При обработке материала определялись средние значения, ошибка, доверительный интервал. При сравнении средних показателей между различными группами использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При клинико-рентгенологическом обследовании больных ГПСТ выявлены выраженные деструктивные изменения альвеолярных отростков, снижение высоты межзубных альвеолярных перегородок от 1/3 до 1/2 длины корня. Снижение всей межальвеолярной перегородки (горизонтальная резорбция); у части зубов имело место деструкция перегородки только у одного зуба (вертикальная резорбция).

Сравнительный анализ выявил однородность клинико-рентгенологической картины в сравниваемых группах: от 62,3-64,5% всех ортопантограмм приходилось на убыль альвеолярного отростка на длины корня; 4,6-5,2% - на снижение высоты альвеолярной перегородки на 1/3 длины корня и 33,1-30,3% - на снижение более 2/3 длины корня. Рентгенологическая картина синхронно совпадала с клиникой активного воспалительно-деструктивного процесса в пародонте соответствующего ГПСТ.

В результате лечебных мероприятий наблюдалось клиническое улучшение: уплотнение десневого края, снижение или полное исчезновение кровоточивости, уменьшение подвижности зубов, нормализация показателей гигиены и стоматологических индексов. Необходимо отметить, что максимальный клинический эффект был получен в 2 группе больных.

Можно предположить, что клиническое улучшение состояния пародонта у больных опосредовано ремоделированием костной ткани альвеолярного отростка в результате проведенного лечения. Повторно выполненные рентгенограммы позволили судить об активности течения: ухудшение показателей рентгенограмм, стабилизации (ремиссии) процесса, или улучшении.

Увеличение четкости трабекулярного рисунка, снижение остеопороза, усиление четкости резорбированных альвеолярных перегородок, склерозирование края альвеолярного отростка челюстей, а также появление контурности ранее выявленных очагов остеопороза и появление очагов склерозирования в альвеолярной кости свидетельствовало о положительной динамике процесса и расценивалось нами как улучшение.

Более высокой клинической эффективности комплексного лечения ГПСТ в 2 группе соответствовал более высокий удельный вес ортопантограмм, оцениваемых как «стабилизация» или «улучшение». Так, через 6 месяцев после лечения удельный вес ортопантограмм, оцениваемых как «улучшение», составил в 2 группе -15,79%; против 31,58% во 1 группе соответственно. Удельный вес ортопантограмм, оцениваемых как «стабилизация» процесса составил в 2 группе 36,84%; и 44,44%- в 1 группе. Необходимо отметить, что в 1 группе через 6 месяцев после лечения отсутствовали ортопантограммы, динамика которых оценивалась как «улучшение»; во 2 группе их удельный вес составил - 47,37%.

Результаты денситометрических исследований свидетельствуют о том, что до лечения в сравниваемых группах регистрируются низкие показатели минеральной плотности альвеолярной кости. До лечения в сравниваемых группах не установлено значимых различий в минеральной насыщенности костной ткани альвеолярного отростка.

Через 6 месяцев после комплексного лечения ГПСТ повторно выполненными денситометрическими исследованиями отмечены изменения изучаемых параметров денситометрии. При этом происходит значительное увеличение минеральной плотности альвеолярной кости челюсти, статистически достоверно более выраженные в 2 группе

Так, в 1 группе денситометрические показатели лишь незначительно увеличиваются (3,43% - 7,3%), не имея достоверных различий с величинами до лечения. Соответствующее

увеличение в 3 группе минеральная плотность увеличивается на 28,1% - 30,3%, что статистически значимо ($P < 0,05$) выше соответствующих значений 1 группы.

Заключение. Через 6 месяцев после лечения у больных ГПСТ при динамическом клинико-рентгенологическом наблюдении обнаружены качественные изменения показателей состояния альвеолярной кости.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что на фоне комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта восстановление минерализации костной ткани челюсти коррелирует с клиническим купированием воспаления в тканях пародонта.

Полученные результаты являются основанием для разработки оптимальной схемы терапии воспалительно-деструктивного поражения пародонта.

Литература/References

1. Boutaga K., Savelkoul P. H. M., Winkel E. G., van Winkelhoff A. J. Comparison of subgingival bacterial sampling with oral lavage for detection and quantification of periodontal pathogens by real-time polymerase chain reaction/ J. Periodontol.-2007.- №78.- P.79–86.
2. Haririan H., Andrukhov O., Bertl K., Lettner S., Kierstein S., Moritz A., et al. Microbial analysis of subgingival plaque samples compared to that of whole saliva in patients with periodontitis/ J. Periodontol.-2013.-№ 85.-P. 819–828.
3. Kamilov K.P., Takhirova K.A. Analysis of the state of microcirculation in patients with chronic generalized parodontitis. // EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY, 72-74. 2019
4. Арутюнов С.Д., Верткин А.Л., Зайратьянц, Плескановская А.М. Две стороны одной проблемы: остеопороз в практике врача стоматолога, пародонтит в практике врача терапевта // Ортодонтия. – 2007. - №4. - С.8-12.
5. Белоусов Н.Н. Причины широкого распространения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2005. - Т.36, №3. - С.26-29.
6. Леонова Л.Е., Ковтун А.А., Павлова Г.А. Сравнительная оценка эффективности лечения больных пародонтитом с применением остеотропных препаратов. // Пародонтология, 2013 - elibrary.ru
7. Соколова И.И., Томилина Т.В., Воропаева Л.В., Скидан К.В., Герман С.И. Клинические результаты применения стимулятора репаративного остеогенеза в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №3. – С. 137-138.

УДК: 616.311-616.916.5-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА

Камилов Х.П. <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>,

Тахирова К.А. <https://orcid.org/0000-0001-8747-0950>,

Номуродова Ф.Л.

Ташкентский государственный стоматологический институт

АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты исследований заболеваемости и диагностики многоформной экссудативной эритемы. Нами были изучены разнообразные клинические проявления у пациентов с данным заболеванием. Установлено, что основными пораженными участками являются губы (36%), слизистая оболочка щеки (31%), язык (22%) и слизистая оболочка нёба (19%). В 39 % случаев заболеванию МЭЭ наиболее подвержены молодые люди в возрасте 21-40 лет, а также высокой частотой сопутствующих заболеваний