

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 протезаз та їх інгібіторів у ротовій рідині за наявності хронічного катарального пніпву в дгтей // Матеріали 11(IX) зїзду Асоцацї 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» (Nikomед, 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 отягощенных 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 назубных 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 1кап. 2раза в день 1 месяц;

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

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