

изменяется в сторону несulfатированного 1:1/1.9 у пациентов ББ, в отличие от лиц контрольной группы. Результаты настоящего исследования подтверждает, что за обострением заболевания должно последовать увеличение кислоты ГАГ содержания язвочки и периафталные зоны. Вид структурных повреждений означает, что микроинфильтраты совсем вокруг точных сосудов и внутри места поврежденного участка являются результатом антиреакции организма на собственные клетки.

Исследования этих симптомов являются очень важными для отличия ББ от ХРАС, чтобы предотвратить ББ. Структурный характер ущерб меньше, чем в ББ. Эти данные могут использоваться уже в будущих исследованиях от этой тяжелой болезни.

Выводы. Обострение ББ сопровождается активацией тучных клеток. Переход к процессу активной фазы в ББ приводит к увеличению плотности распределения тучных клеток в слизистой оболочке полости рта, но и напрямую коррелирует с ростом появления биологически активных субстратов. Обострение ББ сопровождается повышением гистохимического содержания кислотный кляп в зонах афт и периафтозных участках слизистой оболочки полости рта. При обострении ББ и формирования новых афт, соотношение sulfатированных и не sulfатной кислоты ГАГ достоверно изменяются в сторону несulfатированных. Состояние тучных клеток и кислотных ГАГ в слизистой оболочке полости рта может иметь прогностическое значение при обострении афтозного стоматита Бехчетовского генеза.

Литература:

1. Калашникова Л.А., Апеkbерова З.С., Решетняк Т.М., Добрынина Л.Д., Сметана Л.В., Коротенкова М.В., et al. Неврологические проявления болезни Бехчета: обзор литературы и собственного наблюдения. Неврологический журнал, No. 6, стр. 8-12
2. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань. Москва, Медицина 2013; pp 62-72,73-83,159-174.
3. Юрина Н.А., Радостина А.И. Соединительные ткани. Развитие, строение и функции клеток и межклеточного вещества. Москва, Издательство УДН 2012; pp 21 -27,39-40.
4. Гасанов И.А в: Материалы конференции, посвященной 80-летию юбилею кафедры Гистологии Медицинского Университета. Баку, 2015, С. 76-78.

УДК: 616.311.2-002.153 - 08:616.276

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ХОЛИСАЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Кучкарова М.К., Абданбекова К.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы. Среди важных проблем современной стоматологии заболевания пародонта занимают одно из лидирующих мест. Большое значение имеет их ранняя диагностика и своевременное лечение, поскольку начальные изменения в тканях пародонта могут трансформироваться в тяжелые деструктивные формы патологии .

Наиболее частой формой поражения околозубных тканей при заболеваниях пародонта является гингивит, который встречается преимущественно у детей, подростков и лиц не старше 35 лет, поскольку в дальнейшем, при отсутствии лечения прогрессирует и переходит в пародонтит .Лечение заболеваний пародонта представляет собой одну из наиболее важных и сложных проблем стоматологии, актуальность которой обусловлена высокой частотой

воспалительных заболеваний пародонта, появлением в организме очагов хронической инфекции, преждевременной потерей зубов, снижением психоэмоционального статуса, работоспособности. Прогрессирующей утрате основных функций пародонта и зубочелюстной системы в целом способствует снижение резистентности организма к действию внешних негативных факторов, его сенсбилизация и интоксикация. В комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта одно из ведущих мест занимает местная лекарственная терапия с использованием средств растительного происхождения, которые лишены недостатков аналогичных по спектру воздействия синтетических средств, имеют меньше нежелательных побочных эффектов и реже вызывают аллергическую реакцию.

Цель работы. Оценка лечебно-профилактической эффективности препарата холисал гель при катаральном гингивите.

Материал и методы

Под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом катаральным гингивитом. Больные были разделены на 2 группы по 14 детей в каждой. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,05% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десна.

У больных 2-й группы помимо раствором 0,05% хлоргексидина, повязок-аппликаций с холисал гелем (препараты также наносили на десна),

У всех пациентов с хроническим катаральным гингивитом определяли пародонтальный индексы (РМА) (Парма С., 1960). До основного лечения у больных проводили санацию полости рта, лечение кариеса и его осложнений и устранение имеющихся дефектов методом реставрации, а также осуществляли профессиональную гигиену полости рта (раз в 3 месяца).

Результаты и обсуждение

У всех обследованных было выявлены признаки воспалительного процесса тканей пародонта: отёк, гиперемия, кровоточивость при зондировании.

Перед проведением профессиональной чистки ГИ у обследованных детей был равен $1,2 \pm 0,006$, ИК – $0,19 \pm 0,05$, пародонтальный индекс (РМА) – $4,21 \pm 0,13\%$, после проведения профессиональной чистки ГИ составил $1,12$, ИК – $1,8 \pm 0,06$, величина РМА увеличилась 2 раза.

Через 2 месяца после проведения профессиональной чистки и лечения показатели у пациентов обеих групп снижались: ГИ составил $0,4 \pm 0,12$, ИК – $0,1 \pm 0,06$, РМА снизился в 2 раза.

Очевидно, что симптомы воспаления были вызваны не только плохой гигиеной полости рта, но и имевшими место у подростков гормональными изменениями, которые усугубляли воспалительный процесс в ткани пародонта. Так, отечная форма хронического гипертрофического гингивита диагностирована у 4 (%) пациентов; отечная форма хронического локального гипертрофического гингивита II степени – у 3 (10%). Кроме того, наши наблюдения показали, что, наряду с плохой гигиеной и гормональными изменениями, на усиление воспалительных процессов в пародонте заметное влияние оказывает скученность зубов.

Признаки воспаления в ткани пародонта у наблюдаемых нами больных были купированы благодаря проведению терапевтически-профилактических мероприятий. После лечения десна приобрела бледно-розовую окраску, уменьшилась отечность, при зондировании десна не кровоточит.

В результате лечения в течение 7 дней наблюдалось уменьшение признаков воспаления: ГИ составил $0,6 \pm 0,05$ ($p < 0,012$), ИК – $0,13 \pm 0,17$, РМА – $3,4 \pm 0,21$ ($p < 0,01$).

Через 2 месяца после повторного обследования у пациентов основной группы ГИ был равен $0,4 \pm 0,08$ ($p < 0,02$), ИК – $0,1 \pm 0,02$, РМА – $3,1 \pm 0,17$ ($p < 0,01$).

Нужно отметить, что в сохранении хорошего результата лечения заболеваний тканей пародонта важную роль сыграл раствор антисептический лоробен.

У пациентов контрольной группы положительный результат наблюдался только через 4 месяца после ($p < 0,01$). Гигиенический индекс у них составил $0,2 \pm 0,08$, кровоточивость при зондировании $0,05 \pm 0,15$, пародонтальный индекс $-3,1 \pm 0,17$.

Выводы

1. ГИ составил до лечения $1,2 \pm 0,01$; и после лечения через 4 месяцев $0,2 \pm 0,08$. Таким образом, ГИ после лечения снижается, а воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов детского возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.

2. При применении холисал геля на фоне комплексной противовоспалительной терапии при лечении катарального гингивита значительно уменьшает проявления заболевания, при этом, ИК до лечения был $0,19 \pm 0,12$ и после лечения 2 раза снижается $0,05 \pm 0,1$; и индекс РМА до лечения $4,21 \pm 0,12$ и после лечения $-2,1 \pm 0,08$.

Список литературы

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии / пер. с англ. М.: Медицина. 2005. 680 с.
2. Луцкая И.К. «Болезни пародонта». Москва .2010. 256 с
3. Цинеккер Д.А. Хронический гипертрофический гингивит у подростков 13-15 лет. Комплексный подход в профилактике и лечении /Цинеккер Д.А. //Медико-фармацевтический Вестник Татарстана. - Казань, 2012. - №32 (550). - С. 17.
4. Гринин В.М., Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - зеркало организма (Клиническое руководство для врачей).Москва 2012 ,23-25стр.
5. Мамаева Е.В. Chronic hypertrophic gingivitis in adolescents: the choice of preventive and therapeutic measures /Мамаева Е.В., Цинеккер Д.А. //The DPPP Symposium under the EPMA. - Voronezh, 2012. -S.70-76.6.
6. Уильям Р. Профит Современная ортодонтия / пер. с англ. под ред. Персина Л.С. М.: МЕДпресс-информ. 2008. 560 с.
7. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. 3-е изд. испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ. 2008. 272 с.
8. Алексеев Ф.И. Состояние тканей пародонта перемещенных зубов верхней челюсти при действии дозированных нагрузок: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1972. - 23 с.
9. Хавкина Е.Ю., 2011; Vadiakas G., 2012.Альхаш А.А. Профилактика кариеса и заболеваний пародонта в период ортодонтического лечения: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2002. - 24 с.
10. Есаян З.В., 2004. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантатов с модифицированным покрытием / Пародонтология. 2009.N 3. С. 45-50.
11. Бондаренко О. С., Бондаренко А. Н, Рисованная О. Н. Влияние различных методов лечения хронического катарального гингивита на показатели стоматологического здоровья и качества жизни пациентов // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2011. - № 4. - С. 27-29.
12. Доменюк Д. А., Порфириадис Л. Э, Зеленский И. В., Иванчева Е. Н., Рисованный С. И., Рисованная О. Н. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры у детей и подростков // Кубанский научный медицинский вестник. - 2012. -№ 4. - С. 129-133.
13. Darling M, Daley T, Wilson A, Wysocki G. Juvenile spongiotic gingivitis. J Periodontology. 2007;78(7):1235-1240.