

муоинашуда зоҳир карда шуд. Кӯдакони боқимонда дар инкишофи ҳисмонӣ ба инҳироф гирифтаанд, зимнан дар аксари ҳолатҳо - 34,5% ба ҷониби нишондиҳандаҳои манфӣ. Инкишофи равониву асабӣ, ки ба син мувофиқ бошад, ҳамагӣ дар мавриди 78,9%-и синни барвақтӣ ва дар томактабӣ бошад, зимни 87,6% мушоҳида гардид. Таъхир дар инкишоф дар 12,4% ташхис карда шуд. Бемории узвҳои нафас (36,3%) дар синни барвақтӣ ва барои синни томактабӣ бошад, патологияи узвҳои ҳозима (47,8%) бемории асосӣ маҳсуб меёфт. Натиҷаи арзёбии маҷмӯи ҳолати солимӣ дар мавриди

гурӯҳи солимии I зимни 19,4% кӯдак, дар гурӯҳи II ҳангоми 66,1%, зимни гурӯҳи III дар 11,3% ва дар гурӯҳи IV бошад, дар мавриди 3,2% кӯдакон ошкор карда шуд.

Хулоса. Ба мақсади тасхеҳи инфиродии ҳам бемориҳои асосӣ ва ҳам ҳамбаста ба амал овардани муоинаҳои динамикии пешгирикунанда бо ҷалб намудани мутахассисони маҳдудтаҳассус барои то ба муассисаҳои томактабӣ рафтан ва дар давраи он ҷо будан зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: Синни барвақтӣ ва томактабӣ, инкишофи ҳисмонӣ, гурӯҳи солимӣ.

УДК 616.314.18-002.4-036.12-031.8-089.168

Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КОМПЛЕКСНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ СУЛЬФИДНОЙ ГРЯЗИ

Кафедра стоматологических и клинических дисциплин Негосударственное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский медицинский стоматологический институт»

Расулов Ибрагим Магомедкамилович – д.м.н., заведующий кафедрой стоматологических и клинических дисциплин НОУ ВО ДМСИ; тел: +7(903)423-01-71

Цель исследования. Оптимизация лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом с применением аппликаций пародонта сульфидной грязью.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени в возрасте от 20 до 60 лет. Средний возраст больных составил $38,9 \pm 0,16$, из них 47,6% женщин и 52,4% мужчин. Все пациенты практически здоровые. Для оценки эффективности действия лечебной грязи все пациенты были рандомизированы на основную (1) и группу сравнения (2). Группу сравнения составили 15 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, которым проводили стандартное лечение с проведением профессиональной гигиены полости рта (аппликации, полоскание 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата).

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты показывают, что комплексное лечение тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита с использованием курса аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент» способствует более стойкому и длительному противовоспалительному эффекту в тканях десны, превосходящему по большинству показателей стандартное лечение.

Выводы. Включение в комплексное лечение тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита 10 дневного курса пелоидотерапии в виде аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент», способствует более раннему и выраженному, чем в группе сравнения купированию воспаления тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, электрофорез пародонта иловой грязью.

D.M. Abdulmejidova, I.M. Rasulov, M.A. Magomedov, A.R. Gadjiyev

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF SEVERE CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS WITH COMPLEX APPLICATION OF SULFIDE MUD

Department of dental and clinical disciplines of DMSI

Rasulov Ibragim Magomedkamilovich – Doctor of medical sciences; head of the Department of dental and clinical disciplines DMSI; tel: +7(903)423-01-71

Aim. To optimize the treatment of patients with CGP with the sulfide mud application.

Material and methods. The study included 64 patients with CGP aged 20 to 60 years. The average age of patients was $38,9 \pm 0,16$ where 47.6% were women and 52.4% men. All the patients were practically healthy. To assess the effectiveness of the therapeutic mud, all patients were randomized to the main (1) and comparison groups (2). The comparison group consisted of 15 patients with CGP, who received standard treatment with professional oral hygiene (applications, rinsing with a 0.05% solution of chlorhexidine digluconate).

Results and discussion. The results show that the complex treatment of a severe form of CGP using a course of applications and electrophoresis with silt sulfide mud of the "Kayakent" sanatorium contributes to a more persistent and long-lasting anti-inflammatory effect on the gum tissues, which exceeds the standard treatment in most indicators.

Conclusion. The inclusion of a 10-day course of peloid therapy in the complex treatment of CGP in the form of applications and electrophoresis with silt sulfide mud of the Kayakent sanatorium contributes to the earlier and more pronounced relief of parodont tissues inflammation than in the comparison group.

Keyword. Generalized periodontitis, periodontal electrophoresis with silt mud.

Актуальность. Проблема профилактики, диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) является актуальной в виду высокой его распространенности (среди взрослого населения в 95-100% случаев с развитием деструктивных изменений в десне, у детей в 90% случаев сопровождается патологию нервной системы, в 61% - ревматизм, в 60% - болезни почек, в 70% - сахарный диабет) и малой эффективности лечения стандартными методами [1-4, 7, 10, 12].

Пусковым механизмом в патогенезе заболевания пародонта является инфекция и плохая гигиена полости рта [1, 3, 7-9, 12]. Воспаление в тканях пародонта под действием микробного агента, кроме противомикробной терапии требует также целенаправленной коррекции [2-4, 9, 10, 13, 14].

При ХГП в тканях пародонта точкой приложения патогенного воздействия микроорганизмов является микроциркуляторное русло, как наиболее мобильное звено трофического обеспечения [1, 5, 6, 8, 11]. Для улучшения кровоснабжения пародонта в комплексной терапии пародонтитов широко применяются физические методы лечения, в том числе пелоидотерапия (грязелечение) и орошения минеральной водой, улучшающие трофики и метаболические процессы в тканях десны, ускоряющие их репарацию [5, 8, 9, 12, 14].

Традиционные хирургические методы лечения ХГП тяжелой степени не лишены недостатков, так как после их использования снижается реактивность тканей пародонта, их метаболизм и регенеративные свойства, а воспаление переходит в подострую фазу, которая часто протекает по гиперэргическому типу с глубокими нарушениями кровообращения, которые требуют коррекции в постоперационном периоде [2, 8, 11].

Цель исследования. Оптимизация лечения больных ХГП с применением аппликаций пародонта

сульфидной грязью.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 пациента с ХГП тяжелой степени в возрасте от 20 до 60 лет, подписавших информированное согласие для участия в исследовании. Средний возраст больных составил $38,9 \pm 0,16$, из них 47,6% женщин и 52,4% мужчин. Все пациенты практически здоровые. Для оценки эффективности действия лечебной грязи все пациенты были рандомизированы на основную (1) и группу сравнения (2). Группу сравнения составили 15 пациентов с ХГП тяжелой степени, которым проводили стандартное лечение с проведением профессиональной гигиены полости рта (аппликации, полоскание 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата). Проводилась антибиотикотерапия со стимулированием иммунитета местного иммунитета. После купирования острого воспаления, проводили открытый кюретаж пародонтальных карманов (ПК) по традиционной схеме, а по показаниям проводили лоскутную операцию. Все пациенты 1 и 2 групп получали общее лечение с применением витаминов и антигистаминных препаратов.

В первой (основной) группе 49 пациентам с ХГП тяжелой степени после аналогичного комплексного лечения, применялся курс пелоидотерапии пародонта сульфидной иловой грязью в течении 10 дней, с чередованием аппликации и электрофореза через день [8].

Все пациенты с ХГП тяжелой степени в 1 и 2 группы обследовались клинически до и после курса лечения через 10 дней и 1 год. Определялись глубина пародонтальных карманов (ПК), ретракция десны, количественная характеристика клинического состояния пародонта с помощью индексов: ИГИ-интердентальный индекс, пародонтальный индекс (ПИ), РВИ для оценки кровоточивости, под-

вижности зубов (ПЗ).

Для исследования региональной гемодинамики и локальной микроциркуляции, характеризующие патологические изменения, происходящие в десне при пародонтитах и реагирующих на лечение воспалительного процесса, использовали лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) десны [9] с использованием лазерного анализатора капиллярной крови («ЛАКК-01») (Россия). Измерялись: показатель микроциркуляции (ПМ) и среднее квадратичное отклонение эритроцитов (σ). Состояние регионарного кровообращения десны оценивалось реопародонтографией верхней челюсти (РПГ) с помощью реоплетизмографа (РПГ-2-02) (Россия) по тетраполярной методике в области фронтального отдела верхней челюсти. Реопародонтограммы (РГ) анализировали с учетом качественных и количественных показателей: форма, характер восходящей и нисходящей части кривой, форма и расположение дикротического зубца, определялись количественные индексы: эластичности сосудов (ИЭ); периферического сопротивления сосудов (ИПС); показатель тонуса сосудов (ПТС) и реологический индекс-РИ [2, 8, 11].

Всем пациентам первой и второй группы проводилась панорамная рентгенография с оценкой степени активности костных деструкций, наличия поддесневых зубных отложений, величины периодонтальной щели и др.

Проводились микробиологические исследования микрофлоры содержимого ПК с применением фазово-контрастной микроскопии (ФКМ) по методу Загнат В.Ф. и метода секторных посевов по Gold, с подсчетом количества аэробных микроорганизмов, расчетом соотношения их подвижных и неподвижных форм и определением коэффициента устойчивости (КУ) [8, 11].

Местное лечение пациентов с ХГПТст в 2 группе (сравнения) проводилось после профессиональной гигиены в виде аппликаций, ваночек в 0,05% растворе хлоргексидина. После купирования острого воспаления проводили открытый кюретаж ПК. По показаниям проводили лоскутную операцию. На 10-й день лечения проводили стандартное лечение путем нанесения на десневой край повязок со смесью гепариновой мази и водного дентина, замешанных до консистенции пасты, в течении 2-3 часов. Курс лечения 10 дней.

В первой (основной) группе пациентов местное лечение проводили сочетанием аппликаций и пелоид-электрофореза пародонта иловой сульфидной грязью через день в течении 10 дней. Для

проведения грязевых процедур изготавливалась индивидуальная назубно-десневая каппа, которая позволяет удобно расположить лечебную грязь на альвеолярной, маргинальной и папиллярной десне, обеспечивает её плотный контакт с тканями и изолирует пелоид от слюны пациента [1]. При этом грязь располагалась внутри каппы, что дольше сохраняло её температуру и лечебный эффект. Непосредственно перед процедурой грязь подогревалась в микроволновой печи до 40°C и примерно объёмом в 50мл. закладывалась в углубления каппы, которая накладывалась на соответствующий участок десны в течении 20 минут. После процедуры пациент полоскал рот теплой кипяченной водой и отдыхал в течении 30 минут. Для проведения пелоид-электрофореза электрод на каппе подключали к положительному полюсу аппарата гальванизации «Поток-1», а индифферентный электрод накладывали на наружную поверхность правого предплечья. Интенсивность воздействия дозировали по субъективным ощущениям пациента (покалывания, слабого жжения в десне под электродом), при этом плотность тока соответствовала 0,05-0,1 мА/см². Курс лечения состоял из 10 процедур по 20 минут, проводимых через день в чередовании с аппликациями пелоида.

Все полученные цифровые результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием пакета прикладных программ (Excel, 2000; Microsofting, 1999; Statistica for Windows 5.0 (Stasofting, 1995); Biostatistics v 4.03. (M.C.Gawitill, 1988). Определялись средняя арифметическая и её стандартная ошибка (M+m). Для определения статистически значимых различий между парами значений до и после лечения использовался парный критерий Стьюдента. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический осмотр полости рта у пациентов с ХГПТст до лечения выявил высокий уровень поражения зубов кариесом. ИГ соответствует 3,89±0,33 (ХГПС) баллов (табл.1); ПИ при этом соответствует 6,44±0,10 баллов; ПМА составил 55,0±1,5%; глубина ПК составила 7,2±0,17 мм.

У пациентов с ХГПТст до лечения обнаружено ухудшение биоценоза пародонтальной жидкости в виде высокой концентрации (коэ/мл) как стрептококков, так и стафилококков (табл. 1).

Проведенный во 2-й группе курс стандартного лечения ХГПТ (группа сравнения) через 10 дней выявил определенную положительную динамику клинического состояния пародонта. Так ИГИ через

Таблица 1

Средние величины индексов клинического состояния десны у пациентов с ХГПТст до и после лечения (M±m; n=132).

Группы наблюдения		До лечения	Стандартное лечение			Грязелечение	
Иссл-е индексы	Ед. измер-я		Сроки наблюдения	Через 10 дней	Через 1 год	Через 10 дней	Через 1 год
		ХГПТст., n=64	ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=49	ХГПТст., n=49	
ИГИ	%	50,2±1,30	43,3±0,25*	47,0±0,8*	39,5±0,50*	40,9±0,30*	
ИГ	балл	3,89±0,33	2,93±0,12*	2,81±0,10*	2,30±1,0*	2,60±0,27*	
ПИ	балл	6,44±0,10	5,90±0,32*	6,61±0,17*	2,50±2,02*	5,80±0,40*	
ПМА	%	55,0±1,5	49,0±0,10*	61,3±0,15*	45,0±0,16*	51,2±0,66*	
Pbi	балл	3,44±0,18	3,27±0,30*	3,51±0,3*	3,0±0,10*	3,14±0,12*	
ПЗ	степ	3,41±0,03	2,40±0,012*	3,63±0,020	2,0±0,04*	2,59±0,02*	
ПК	мм	7,2±0,17	6,72±0,20*	7,7±0,23*	3,7±0,30*	5,5±0,23*	

Примечание: *p<0,05 – при сравнении значений до лечения и группой сравнения.

10 дней после стандартного лечения снизился на 14% (по сравнению со значениями до лечения); ПМА-на 10,7%; Pbi уменьшился на 4,94%. Глубина ПК при ХГПТ уменьшилась на 6,9% (по сравнению с показателями до лечения p<0,05) (табл.1).

Показатель уровня микроциркуляции (ПМ) составлял при ХГПТ-13,2±0,6 усл.ед., а интенсивность его, соответственно 0,95±0,20 усл.ед. (табл.2).

У пациентов с ХГПТст до лечения РПГ выявила достоверное снижение показателей регионарного кровотока пародонта по сравнению с нормой за счёт: увеличения ПТС 27%; ИПС 49%, при этом индекс эластичности (ИЭ) сосудов снижался на 28% (табл. 2).

В основной группе наблюдений, 10 дневный

курс аппликаций пелоида в сочетании с электрофорезом, способствовал более выраженному, чем в группе сравнения, уменьшению признаков воспаления пародонта. Так количественные показатели клинического состояния полости рта у пациентов первой группы с ХГПТ после курса 10 дневного лечения достоверно снизились, по сравнению с показателями до лечения на: ИГИ – 39%; ИГ-39%; ПМА – 18%; Pbi- на 13%; глубина ПК-48,6% (табл. 1). У пациентов ХГПТ визуально улучшилась по сравнению с показателями до лечения характеристики РПГ, а её количественные показатели ИЭ, ПТС и ИПС сместились в сторону нормализации: ИЭ – на 2%; ПТС – на 43%; ИПС – на 20,5%, РИ на 75% (табл. 2).

Показатели РПГ также имели тенденцию к

Таблица 2

Изменение показателей микроциркуляции пародонта и регионарного кровообращения верхней челюсти до и после лечения ХГПТст (по данным ЛДФ и РПГ; M±m).

Группы наблюдения		До лечения	Традиционное лечение		грязелечение	
Иссл-е индексы	Ед. измер-я		Сроки наблюдения, n=64	Через 10 дней, n=15	Через 1 год, n=15	Через 10 дней, n=49
		ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.
ПМ	усл.ед.	13,2±0,6	12,8±0,50*	12,0±0,30*	15,3±0,40	13,5±0,40*
G	усл.ед.	0,95±0,20	1,70±0,30*	1,80±0,35*	2,0±0,50	2,51±0,13*
ИПС	%	151±3,10	137,0±2,81	148±2,31*	134,0±1,11	135,0±1,91*
ИЭ	%	75±2,20	77,0±1,0	76,0±0,10*	76,5±1,0	76,3±0,81*
ПТС	%	28,3±1,3	22,3±0,8*	20,1±0,5*	16,1±0,7	17,9±2,30*
РИ	Ом	0,08±0,002	0,08±0,001	0,06±0,002*	0,02±0,03	0,04±0,002*

Примечание: *p<0,05 – при сравнении с показателями до лечения и группой сравнения.

Таблица 3

Концентрация облигатно анаэробных бактерий в содержимом ПК у пациентов с ХГПТст до и после лечения (M±m; в коэ/мл)

Группы наблюдения	До лечения	Традиционное лечение		грязелечение	
Степень ХГП	ХГПТст., n=64	Через 10 дней	Через 1 год	Через 10 дней	Через 1 год
Виды Микроорг-ов		ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=49	ХГПТст., n=49
1. Стрептококки					
Средняя величина концентрации	7,30±0,20	5,70±0,31*	7,91±0,44	4,10±0,12*	6,10±0,18*
2. Стафилококки					
Средняя величина концентрации	6,25±0,50	6,0±0,6*	7,30±0,12	5,13±0,10*	6,20±0,14*

Примечание: *p<0,05 – при сравнении с показателями до лечения и группой сравнения.

ухудшению, с одновременным возрастанием значений концентрации стафилококков и стрептококков в содержимом ПК, приближаясь к таковым до лечения (табл. 1-3), что, по-видимому, говорит о низком качестве проводимых в домашних условиях гигиенических мероприятий.

По данным ЛДФ показатель микроциркуляции (ПМ) возрос на 16% (по сравнению с показателями до лечения; p<0,05). Улучшилась активная регуляция кровотока, снизились явления венозного застоя, о чём свидетельствует возрастание в 1,5 раза показателя (σ) интенсивности кровотока (табл. 2).

Функциональные методы обследования после курса стандартного лечения выявили определенное улучшение локальной микроциркуляции десны, с коррекцией как визуальных, так и количественных характеристик РПГ и ЛДФ (табл. 2). Повысилась эластичность сосудов и снизились тонус и периферическое сопротивление сосудов, выросли объем кровотока и вазомоторная активность сосудов, с уменьшением явления венозного застоя. Оценка микробиоценоза содержимого ПК у пациентов с ХГПТст. Через 10 дней после стандартного лечения показала уменьшение концентрации (коэ/мл) как стрептококков, так и стафилококков на 59% и 4% (по сравнению с показателями до лечения, p<0,05 (табл. 3).

Через 12 месяцев во второй группе пациентов после стандартной терапии лишь у 36,0% больных с ХГПТ, лечебный эффект сохранялся, индексы: ИГИ-имели достоверное повышение в среднем на 8,5%; ИГ на 4%; ПИ-на 12%, Pbi – 7% (по сравнению с 10 дн. сроком); ПМА-на 25,0%; однако глубина ПК-возрастала в среднем на 14,5% (p<0,05).

Проведенный курс аппликаций и электрофо-

реза грязью способствовал уменьшению воспаления десны, что подтверждается и достоверным снижением концентрации стрептококков и стафилококков в содержимом ПК (табл. 3). Так после пелоидетерапии коэ/мл стрептококков у пациентов с ХГПТ уменьшился на 43,8% (по сравнению с показателями до лечения; p<0,05), а концентрация стафилококков на 2,6% (p<0,05).

Через 12 месяцев после курса пелоидетерапии лишь 20% пациентов с ХГПТ предъявляли жалобы на кровоточивость десен. У них сохранялась незначительная гиперемия десны в области отдельных жевательных зубов. У 98,3% пациентов отсутствовали жалобы, десна плотно прилегала к шейке зубов. Показатели клинического состояния десны в большей части близки к аналогичным значениям после 10 дн. курса лечения и имеют тенденцию к большему, чем в группе после стандартного лечения улучшению (табл. 1). Показатели РПГ, ЛДФ и состояния биоценоза ПК также максимально близки к таковым после курса 10 дневной пелоидетерапии, чем в группе сравнения, что свидетельствует о выраженности и длительности лечебного эффекта (табл. 2, 3).

Таким образом, полученные результаты показывают, что комплексное лечение тяжелой степени ХГП с использованием курса аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент» способствует более стойкому и длительному противовоспалительному эффекту в тканях десны, превосходящему по большинству показателей стандартное лечение. Об этом свидетельствуют изменения симптоматики, улучшение показателей клинического состояния десны и результатов функциональных, бактериологических

методов диагностики.

Выводы: 1. Включение в комплексное лечение ХГПТ 10 дневного курса пелоидотерапии в виде аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент», способствует более раннему и выраженному, чем в группе сравнения купированию воспаления тканей пародонта, за счёт улучшения клинического состояния, локальной микроциркуляции, регионарного кровотока тканей пародонта и биоценоза ПК.

2. Установлено, что сочетанное применение аппликаций и электрофореза лечебной иловой грязью в комплексной терапии ХГПТ оказывает лучший, чем при стандартном лечении противовоспалительный эффект, сохраняющийся в течении 12 месяцев, что позволяет рекомендовать его как предпочтительный и доступный способ профилактики и комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний полости рта в поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8, 9 см. REFERENCES)

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г.М. Барер // М., GEOTAR-Медиа, 2010.3. -148-156с.
2. Грудьянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта /А.И. Грудьянов, Е.В. Фоменко //М.: МИА,2010-96с.
3. Джураева Ш.Ф. Эффективность лечения хронического пародонтита у больных сахарным диабетом / Ш.Ф. Джураева, Ш.С. Анварова // Вестник Авиценны. - 2009. - № 2 (39). - С. 119-123.
4. Кречина Е.К. Нарушения микроциркуляции в тканях пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с метаболическим синдромом /Е.К. Кречина и др //Стоматология. -2016,-Т.36.-№1-С.27-30.
5. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии / Н.К. Логинова, С.Н. Ермолаева, М.А. Белоусова // Практическое руководство. -М.,2014.-164с.
6. Царев В.Н. Лабораторная диагностика анаэробной инфекции / В.Н. Царев // М. Бином -2013. Кн.3-Т.1. -с.239-454.
7. Цепов Л.М. Роль микрофлоры в возникновении воспалительных заболеваний пародонта/Л.М. Цепов, Н.А. Голева. // Пародонтология. -2009.-№1 с.

REFERENCES

1. Barer G. M. Terapevticheskaya stomatologiya. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta [Therapeutic dentistry. Diseases of the oral mucosa]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 148-156 p.

2. Grudyanov A. I. Etiologiya i patogenez vospalitelnykh zabolevaniy parodonta [Etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases]. Moscow, MIA Publ., 2010. 96 p.

3. Dzhuraeva Sh. F. Effektivnost lecheniya khronicheskogo parodontita u bolnykh sakharnym diabetom [The effectiveness of treatment of chronic periodontitis in patients with diabetes mellitus]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2009, No. 2 (39), pp. 119-123.

4. Krechina E. K. Narusheniya mikrotsirkulyatsii v tkanyakh parodonta u patsientov s khronicheskim generalizovannym parodontitom v sochetanii s metabolicheskim sindromom. [Microcirculation disorders in periodontal tissues in patients with chronic generalized periodontitis in combination with metabolic syndrome]. Stomatologiya - Dentistry, 2016, Vol. 36, No. 1, pp. 27-30.

5. Loginova N. K. Metody funktsionalnoy diagnostiki v stomatologii. Prakticheskoe rukovodstvo [Methods of functional diagnostics in dentistry. A practical guide]. Moscow, 2014. 164 p.

6. Tsarev V. N. Laboratornaya diagnostika anaerobnoy infektsii [Laboratory diagnostics of anaerobic infection]. Moscow, Binom Publ., 2013, 239-454 p.

7. Tsepov L. M. Rol mikroflory v vozniknovenii vospalitelnykh zabolevaniy parodonta [The role of microflora in the occurrence of inflammatory periodontal diseases]. Parodontologiya - Periodontics, 2009, No. 1.

8. Mondel J. D. Oral infections: impact on human health/Well-being, and health – care costs. Compendium of continuing education in dentistry, 2002, Vol. 23(5), pp.-403-6,408.

9. Williams R. S. Periodontal disease (gingivitis juvenile periodontitis, adult periodontitis). Current clinical topics in infectious diseases, 1992, Vol. 13, pp. 146-163.

ХУЛОСА

**Д.М. Абдулмачидова, И.М. Расулов,
М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев**

МУВОФИҚ ГАРДОНИИ МУОЛИЧАИ ПАРОДОНТИТИ ПАҲНШУДАИ МУЗМИНИ ДАРАҶАИ ВАЗНИН ТАВАССУТИ ИСТИФОДАИ МАЧМУИИ ГИЛИ СУЛФИДДОР

Мақсади таҳқиқот. Мувофиқ гардонии муолиҷаи беморони мубтало ба ПММ бо истифодаи апликасияи пародонт ба воситаи гили сулфиддор.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 64 бемори гирифтор ба ПММВ дар синни аз 20 то 60 сола шомил карда шудааст. Синни миёнаи беморон $38,9 \pm 0,16$ ва аз ин миён мардҳо 47,6% ва занҳо бошанд, 52,4%-ро ташкил медоданд. Тамоми беморон амалан солиманд. Барои арзёбии самаранокии таъсири гили шифобахш беморон ба гурӯҳи

асосӣ (1) ва мукоисавӣ (2) чудо карда шуданд. Гурӯҳи мукоисавӣ аз 15 бемори гирифтори ПММ дараҷаи вазнин иборат буд, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи стандартӣ бо иҷрои беҳдошти профессионалии ковокии даҳон (аппликатсия, ҷақондан ӯо маҳлули 0,05% биглюконати хлоргексидин) ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз он далолат мекунанд, ки муолиҷаи маҷмӯии дараҷаи вазнини ПММ бо истифода аз даври аппликатсия ва электрофарези гили иловии сулфидии осоишгоҳи «Каякент» ба таъсири нисбатан усту-

вор ва зиддиилтиҳобии бофтаҳои милки дандон мусоидат намуда, аз рӯйи аксари нишондодҳо аз муолиҷаҳои стандартӣ афзалтар аст.

Хулоса. Ба муолиҷаи маҷмӯии ПММВ ворид кардани даври 10 рӯзаи пелондодармонӣ дар шакли аппликатсия ва электрофарез тавассути гили иловии сулфиддор аз осоишгоҳи «Каякент», дар нисбат ба гурӯҳи мукоисавӣ, барои барвақтар ва ба таври зухурёфта бартараф кардани илтиҳобии бофтаҳои пародон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ. Пародонтити мунташир, электрофарези пародонт ба воситаи гили иловӣ.

УДК 61.616-08-06

Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхуллоев

ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Достиев Латиф – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Цель исследования. Сравнительное изучение результатов лечения острой послеоперационной боли после абдоминальных вмешательств

Материалы и методы. Обследовано 96 пациента (средний возраст $42,13 \pm 2,1$ года), перенесших операции на органах брюшной полости, находившихся в раннем послеоперационном периоде на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского центра РТ за период 2014-2018гг.

Результаты исследования. Критерием эффективности проводимой послеоперационной анальгезии считают снижение интенсивности болевого синдрома более 3 баллов из 10. При исходной оценке силы боли по ВАШ после экстубации в покое и при кашле не было выявлено достоверных межгрупповых отличий.

Заключение. Метод перидуральной анальгезии позволяет быстрее сформировать и поддерживать адекватное обезболивание на необходимом уровне по сравнению с традиционными методиками перидуральной анальгезии и способствует снижению риска развития опиоиды обусловленных побочных эффектов (избыточной седации, кожного зуда и диспепсических явлений) по сравнению с инфузионной и болюсной ПА.

Ключевые слова: Боль, перидуральная анальгезия, послеоперационный период, интенсивная терапия.

L.R. Dostiev, Z.N. Nabiev, Z.K. Fathulloev

PERIDURAL ANALGESIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD WITH ABDOMINAL INTERVENTIONS

SI “Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children’s Surgery”

Aim: A comparative study of the results of treatment of acute postoperative pain after abdominal interventions based on epidural analgesia.

Materials and methods: 96 patients (mean age 42.13 ± 2.1 years) who underwent surgery on the abdominal organs who were in the early postoperative period under treatment in the intensive care unit of the National Medical Center of the Republic of Tatarstan for the period 2014-2018 were examined.

Results and its discussions. A criterion for the effectiveness of postoperative analgesia is considered to be a decrease in the intensity of the pain syndrome of more than 3 points out of 10. At the initial assessment of the strength of the pain according to YOUR after extubation at rest and during coughing, no significant intergroup differences were revealed.