

*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**

**АВТОРЕФЕРАТ**

Диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Пермь – 2016

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – д.м.н., профессор Н.С. Стрелков)

**Научный руководитель –**

доктор медицинских наук,  
профессор ФГБОУ ВО «Ижевская  
государственная медицинская академия»  
Минздрава России, зав. каф.  
терапевтической стоматологии

***Рединова Татьяна  
Львовна***

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор  
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный  
медицинский университет»  
Минздрава России,  
зав. каф. пропедевтики и физиотерапии  
стоматологических заболеваний

***Булгакова Альбина  
Ирековна***

доктор медицинских наук, профессор  
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный  
медицинский университет им.В.И. Разумовского»  
Минздрава России,  
зав. каф. терапевтической стоматологии

***Булкина Наталия  
Вячеславовна***

**Ведущая организация:**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Казань).

Защита состоится «8» декабря 2016 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера» Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26); с авторефератом – на сайте [www.pdma.ru](http://www.pdma.ru), [www.vak.ed.gov.ru](http://www.vak.ed.gov.ru).

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор

***Мудрова Ольга Александровна***

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы и степень ее разработанности.** По данным ВОЗ распространенность заболеваний пародонта среди жителей различных стран составляет от 81% до 98% (Л.А. Казеко, 2004; Л.Н. Дедова, 2006), в России – от 81% до 92% (О.О. Янушевич, И.Н. Кузьмина, 2009), а в Удмуртской республике - от 54,04% до 99,33% (Ю.Г. Тарасова, 2009).

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 (А.И. Грудянов, 2007). Однако, установлено, что степень комплаентности пациентов к стоматологическому лечению недостаточно высокая (И.В. Фирсова, 2008; J.A. Vynes, 1993; T.A. Verweij, 1998), а кратность обращения к врачу-пародонтологу в 58,4% ограничивается выраженной стоматофобией (Н.В. Булкина, 2012; Е.А. Савина, 2013; I.N. Aartman, 2000; S.M. Cohen, 2000).

Известно (Т.Н. Модина, 1998; И.В. Безрукова, 2000; А.С. Григорьян и соавт., 2001; П. Феда и соавт., 2003; Л.Ю. Орехова, 2004; X.-П. Мюллер, 2004; Г.М. Барер, 2008; Л.М. Цепов и соавт., 2009; Л.А. Дмитриева и соавт., 2010; Г.С. Пашкова, 2014; С.Л. Блашкова, 2015), 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) (Д.А. Немерюк и соавт., 2014; Л.М. Цепов и соавт., 2015; T. Todkar et al., 2012). Однако, в последнее время появились формы пародонтита, обусловленные нетипичными инфекционными агентами (вирусами, грибами) (А.И. Булгакова, 2015), либо резистентные к антибактериальной терапии (В.Н. Царёв, С.А. Суркова, 2012; О.С. Гилева, 2013; С.В. Мелехов и соавт., 2013; Г.Д. Бейбулатов, 2014), 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 (И.В. Чеботарь, 2012; S. Tomita, 2014).

Разумной альтернативой антибактериальной терапии при пародонтите являются различные методы биотерапевтического воздействия, предполагающие местное и системное применение пробиотиков, фаговых препаратов и других средств (А.И. Грудянов и соавт., 2006; О.С. Гилева, 2011; Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский, 2015; R. Chopra, 2013; A. Morales et al., 2016; M.R. Messori et al., 2016; R. Martin-Cabezas et al., 2016; S. Penala et al., 2016).

Однако, при бактериотерапии воспалительных заболеваний пародонта чаще всего используют сухие культуры штаммов микроорганизмов нормальной микрофлоры человека (Т.П. Вавилова, 2013; Г.Д. Бейбулатов, 2014; М. Vicario, 2013), активность которых в организме человека при приеме внутрь начинает проявляться только через 8 - 10 часов (А.И. Калмыкова, 2001). 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 (Ю.О. Шульпекова, 2012; Э.Г. Ведешина, 2010).

Вместе с тем, такие исследования в отечественной стоматологии единичные (Л.П. Кисельникова и соавт., 2013; Ж.И. Кузьмина, 2014), как и исследования по повышению приверженности пациентов с пародонтитом к лечению (Е.А. Савина, 2013).

#### **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% (И.В. Фирсова, 2008; Е.А. Савина, 2013). Пациенты обращаются к врачу-стоматологу в большинстве случаев при боли, когда требуется применение противовоспалительных и антибактериальных средств (Е.А. Савина, 2011; С.И. Гажва и соавт., 2012; Д.А. Макурдумян, 2013). 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 (Е.В. Фирсова, 2002; М.Ф. Осипенко 2014).

В настоящее время широкое применение в стоматологии получили пробиотики (А.И. Грудянов и соавт., 2004, 2006; Л.П. Кисельникова и соавт., 2010; О.С. Гилева, 2011; E.Isolauri et al., 2000) применяемые чаще всего в сухом виде (Е.И. Дерябин, 2001; К.А. Поляков, 2010; P. Krasse et al., 2005; Ricca et al., 2007; S. Tweetman et al., 2009; M. Keller et al., 2012), активность которых в полости рта при местном применении недостаточная (А.И. Грудянов и соавт., 2004, 2006; Э.Г. Ведешина, 2010). 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 2015 года).

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.

### **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.

#### **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).

### **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.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материалы и методы исследования.** Для осуществления поставленной цели и выполнения сформулированных задач было проведено клинико-социологическое исследование в период с 2013 по 2016 гг. на базе БУЗ «ГКБ№9 МЗ УР» г. Ижевска, включающее анкетирование 427 пациентов стоматологического амбулаторно-поликлинического приема, проходивших на момент опроса плановое стоматологическое лечение и 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 (рис.1). Проведенное исследование является рандомизированным, одноцентровым, проспективным, открытым, контролируемым.

При опросе 427 человек были предложены вопросы для оценки степени информированности и приверженности к лечению, включающие 26 позиций (интеллектуальная собственность, удостоверение № 08.15 от 09 декабря 2015 года). Уровень комплаентности оценивали по методу N.J.Insull (1997).

В динамическом наблюдении находилось 100 пациентов с диагностированным хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в возрасте от 18 до 60 лет, которые получали комплексное лечение, обучались гигиене и получали рекомендации по лечебно-профилактическим мероприятиям в домашних условиях.

*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;

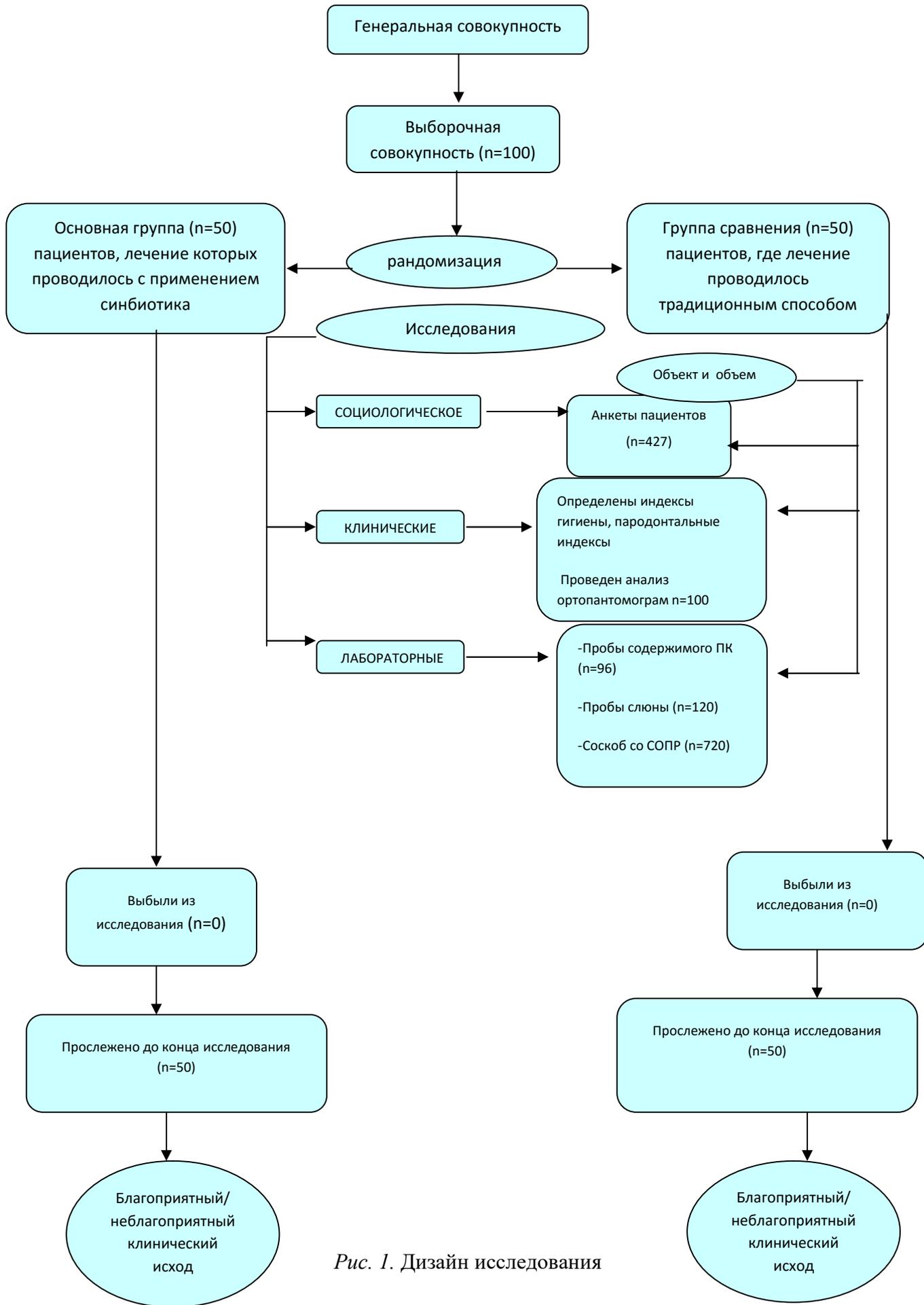


Рис. 1. Дизайн исследования

– 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 тяжей переходной складки);

– тяжелая степень хронического генерализованного пародонтита.

Всем пациентам определялся план лечения, включающий по показаниям терапевтические, ортодонтические, хирургические и ортопедические методы лечения. Обследованные пациенты в зависимости от назначаемого комплекса лечения пародонтита были рандомизированы на две группы.

В основную группу вошли 50 пациентов, 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, проводили антисептическую обработку тканей пародонта 0,05% хлоргексидином и давали рекомендации на дом по рациональной гигиене полости рта, в том числе и о проведении ротовых ванночек «Эуфлорином-L» с первого дня лечения;

во 2-ое посещение проводили контроль гигиены полости рта, избирательное пришлифование (по показаниям), коррекцию и полировку пломб;

в 3-е посещение при пародонтите средней степени тяжести (по показаниям) проводили кюретаж и удаление поддесневых зубных отложений с применением 0,2% водного раствора хлоргексидина и накладывали защитную повязку из «Репина» на сутки;

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 (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 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 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), включающее в себя: профессиональную гигиену полости рта, обучение и контроль за навыками проведения гигиены, закрытый бюндж (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.

Пациентам обеих групп после завершения поликлинического лечения выдавались памятки с правилами проведения гигиенических процедур.

В динамике наблюдения анализировались значения клинических, иммунологических и микробиологических показателей, полученные до начала лечения, сразу после лечебных процедур, спустя 3 месяца и через 6 месяцев. Кроме того, путем анкетирования оценивали изменение уровня комплаентности пациентов к лечению и проведению профилактических мероприятий, опрашивая пациентов наблюдаемых групп до проведения комплексного лечения и спустя 6 месяцев после его проведения. Для оценки комплаентности использовали разработанный опросник (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности № 08.15 от 09 декабря 2015 года), выбрав определенные вопросы. Причем, при сумме баллов, равной от 0 до 8 - уровень комплаентности считали низким, что соответствовало 50% положительных ответов; при 9-12 баллах - средний, что соответствует 51 до 80% положительных ответов; а при 13-16 баллах - высокий, что соответствует 81-100% положительных ответов.

Состояние тканей пародонта в наблюдаемых лечебных группах пациентов оценивали с помощью стандартного набора стоматологических инструментов и индексов: Podshadley, Haley (PHP, 1968); Green, Vermillion (OHI-S, 1964); Silness-Loe (*PI*, Silness-Loe, 1963); Mihlemann и Son (ИК, 1971); Massler M., Schour I. (PMA, 1947 в модификации

Parma С., 1960); СРІ (ВОЗ), у всех обследованных проведено рентгенологическое исследование.

Местный иммунитет полости рта определяли в медицинской лаборатории ООО «Центр новых диагностических технологий» г. Ижевска по следующим показателям: РАМ (реакция адсорбции микроорганизмов), фагоцитарной активности (фагоцитарный индекс и фагоцитарное число), НСТ-тесту, ИАН (индекс активации нейтрофилов), секреторному иммуноглобулину А. Адсорбционную активность эпителиоцитов определяли по методике Т.А. Беленчук с соавт. (1985). Всего проведено 1056 иммунологических тестов.

Микробиологическую оценку биотопа десневой области у наблюдаемых пациентов проводили в лаборатории БУЗ УР «Республиканского кожно-венерологического диспансера МЗ УР» г. Ижевска. Степень обсемененности оценивали в баллах по методу С.Д. Бонсор с соавт. (2007). Всего проведено 96 микробиологических исследований.

Статистическую обработку полученных цифровых данных проводили методами вариационной статистики с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel», «Statistica 6.0». Использовали параметрические и непараметрические методы статистического анализа с вычислением средней арифметической (М), стандартной ошибки средней арифметической (m), критерия достоверности Стьюдента (t), уровня значимости (р), критерия Вилкоксона и Вилкоксона-Манна-Уитни. Различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты собственных исследований и их обсуждение.** Результаты проведенного обследования стоматологических пациентов на терапевтическом приеме подтвердили высокую частоту встречаемости воспалительных заболеваний пародонта на амбулаторно-поликлиническом приеме, она составила  $84,5 \pm 1,8\%$ . 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 в возрасте от 18 до 60 лет.

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±3,2% опрошенных знают о правилах чистки зубов), но приверженность к гигиене не превышает 42,8±4,1% и то среди лиц с высшим образованием. Кроме того, 20,9±3,4% пациентов обращаются к стоматологу только при болях.

По нашим данным комплаентность пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к лечению не превышает 20±3,3%, не выполняют рекомендации врача 50±4,2% пациентов. Основными причинами для отказа от медикаментозного лечения в домашних условиях респонденты отмечают: нехватку времени - 29,4±3,8%, высокую стоимость лекарственных препаратов - 23,5±3,6%; “забывчивость” - 23,5±3,6%, у 17,7±3,2% отсутствует желание проводить лечение, а 5,9±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±3,8% пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом обращаются к врачу–стоматологу для поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев, 20,9±3,4% лиц обращаются к врачу только при болях, а остальные 50±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 синбиотики с живыми культурами. Из таких препаратов нами был выбран синбиотик «Эуфлорин-L», который содержит живые культуры лактобацилл и производится в г. Ижевске (Удмуртская республика РФ).

Проведенное комплексное лечение у пациентов наблюдаемых групп (основной группы, в комплекс лечения которой был включен синбиотик «Эуфлорин-L» в виде инстилляций в пародонтальные карманы; и группы сравнения) выявило следующие динамические изменения клинических и лабораторных показателей.

Через неделю после проведенного лечения у пациентов основной группы значительно улучшилось состояние пародонта: снизились индексы гигиены, уменьшились индексы воспаления, а также существенно снизился пародонтальный индекс СРІ (таблица 1).

Таблица 1.

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

№	Сроки исследования	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
	<i>p<sub>1-2</sub></i>	<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
	<i>p<sub>1-3</sub></i>	<0,05	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05
	<i>p<sub>2-3</sub></i>	<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
	<i>p<sub>1-4</sub></i>	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05
	<i>p<sub>2-4</sub></i>	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05
	<i>p<sub>3-4</sub></i>	>0,05	<0,1	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05

В эти же сроки у пациентов основной группы достоверно возросла адсорбционная активность эпителиальных клеток (таблица 2), высокая степень микробной обсемененности десневой области в 4-5 баллов не была выявлена ни в одном проценте случаев, а число высеваемых видов микроорганизмов уменьшилось с 39 до 31, также отсутствовали представители добавочной флоры (таблица 3, 4).

Таблица 2.

**Динамика показателей местного иммунитета пациентов основной группы (M+m)**

№р	Сроки исследования	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
	<i>p<sub>1-2</sub></i>	>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
	<i>p<sub>1-3</sub></i>	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	<i>p<sub>2-3</sub></i>	<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
	<i>p<sub>1-4</sub></i>	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
	<i>p<sub>2-4</sub></i>	<0,001	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
	<i>p<sub>3-4</sub></i>	>0,05	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	<0,01

Таблица 3.

**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 pyogenes 8,3%(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)			

Таблица 4.

**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

Спустя 3 месяца (таблица 1) 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 ( $p < 0,001$ ). Иммунологические показатели увеличились (таблица 2): в 1,5 раза возрос

фагоцитарный индекс ( $p < 0,01$ ) и фагоцитарное число лейкоцитов ( $p < 0,01$ ). В биотопе десневой области у 50% обследованных преобладали двух-компонентные ассоциации микроорганизмов (таблица 5).

Таблица 5.

**Частота высевания ассоциаций микроорганизмов из биотопа десны обследуемых пациентов в динамике наблюдения**

Число компонентов 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	-	-

Спустя 6 месяцев после лечения наблюдалась положительная динамика в изменении клинических, иммунологических и микробиологических показателей. Так, спустя 6 месяцев 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 в большей степени снизился (в 3 раза) индекс кровоточивости дёсен ( $p < 0,01$ ) по сравнению с исходными данными (таблица 1). Иммунологические показатели полости рта в этот период увеличились (таблица 2): 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 ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ); 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 ( $p > 0,05$ ). Такие микроорганизмы как *Fusobacterium spp.*, *Corinobacterium spp.*, *Enterococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* вообще не были обнаружены в биотопе десны у пациентов данной группы, спустя 6 месяцев после лечения (таблица 3).

У пациентов группы сравнения (леченых по стандартной схеме) через неделю после проведенного лечения значительно улучшилось состояние пародонта: снизились индексы

гигиены, уменьшились индексы воспаления, а также пародонтальный индекс CPI (таблица 6), достоверно снизилась адсорбционная активность эпителиальных клеток (таблица 7).

Таблица 6.

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

№	Сроки исследования	RHR, баллы	ОНИ-S, баллы	PI, Silness-Loe, баллы	РМА, %	ИК, баллы	CPI, 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
	<i>p<sub>1-2</sub></i>	<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
	<i>p<sub>1-3</sub></i>	<0,05	<0,01	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05
	<i>p<sub>2-3</sub></i>	<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
	<i>p<sub>1-4</sub></i>	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,01	>0,05
	<i>p<sub>2-4</sub></i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
	<i>p<sub>3-4</sub></i>	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 7.

**Динамика показателей местного иммунитета пациентов группы сравнения (M+m)**

№р	Сроки исследования	ФИ, %	ФЧ, отн.ед.	НСТб, %	НСТа, %	ИАНб, отн.ед.	ИАНа, отн.ед.	SlgA, 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
	<i>p<sub>1-2</sub></i>	>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
	<i>p<sub>1-3</sub></i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001
	<i>p<sub>2-3</sub></i>	>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
	<i>p<sub>1-4</sub></i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	<0,01
	<i>p<sub>2-4</sub></i>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
	<i>p<sub>3-4</sub></i>	<0,01	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05

При этом выросло число видов микроорганизмов и в составе основной микрофлоры высевался *Enterococcus faecalis* (66,7%), что говорит о дисбиотических изменениях (таблица 8). Спустя 3 месяца после лечения наблюдались уже неблагоприятные изменения в клинике: вернулись к исходным значениям индексы РМА и CPI (таблица 6); показатели местного иммунитета полости рта продолжили дальнейшее снижение: еще в большей степени снизилась адсорбционная активность эпителиоцитов и в 2 раза в слюне уменьшилось содержание секреторного иммуноглобулина А (таблица 7). Степень обсемененности десневой области в 4-5 баллов возросла у 15,4% пациентов вместо 2,4% при первичном исследовании (таблица 4). Кроме того, спустя три месяца после лечения в биотопе десневой области пациентов этой группы в 66,6% случаев присутствовали трех и

более компонентные ассоциации микроорганизмов случаев и появились представители *Escherichia coli* и *Streptococcus pyogenes* (таблица 5, 8).

Таблица 8.

**Частота высеивания 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	<i>neisseria</i> spp. 83,3%(10)	<i>neisseria</i> spp. 91,6%(11)	<i>streptococcus</i> spp.75%(9)	<i>streptococcus</i> spp.100%(12)
	<i>streptococcus</i> spp. 66,7%(8)	<i>streptococcus</i> spp.75%(9)	<i>neisseria</i> spp. 58,3%(7)	<i>neisseria</i> spp. 58,3%(7)
Добавочная	<i>enterococcus</i> spp. 33,3%(4)	<i>Lactobacillus</i> spp. 41,7%(5)	<i>Lactobacillus</i> spp.33,3%(4)	<i>Lactobacillus</i> spp. 41,7%(5)
	<i>Lactobacillus</i> spp. 25%(3)	<i>Staphylococcus epidermidis</i> 25%(3)	<i>enterococcus faecalis</i> 25%(3)	<i>candida</i> spp.25%(3)
	<i>candida</i> spp. 25%(3)			
	<i>corinobacterium</i> spp. 25%(3)			
Случайная	<i>streptococcus pyogenes</i> 16,7%(2)	<i>fusobacterium</i> spp. 16,7%(2)	<i>candida</i> spp.8,3%(1)	<i>escherichia coli</i> 8,3%(1)
	<i>fusobacterium</i> spp.16,7%(2)	<i>enterococcus</i> spp. 16,7%(2)	<i>streptococcus pyogenes</i> 8,3%(1)	
	<i>enterococcus faecalis</i> 16,7%(2)	<i>corinobacterium</i> spp. 8,3%(1)	<i>escherichia coli</i> 8,3%(1)	
	<i>leptotrix</i> spp. 8,3%(1)	<i>candida</i> spp. 8,3%(1)		

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 (таблица 6). Иммунологические показатели в эти сроки продолжили отрицательную динамику (таблица 7): в слюне в 7 раз снизился уровень секреторного иммуноглобулина А ( $p < 0,001$ ) и значительно уменьшилась адсорбционная активность эпителиоцитов по сравнению с исходными значениями ( $p < 0,01$ ). Однако, несколько возрос ФИ, показатель функциональной активности лейкоцитов - НСТ в активированных условиях и ИАН в активированных условиях, что свидетельствует, по-видимому, о бактериальной нагрузке. Так как в составе основной микрофлоры в биотопе десны снова появились *Enterococcus faecalis* (50%) (таблица 8), трех-компонентные ассоциации присутствовали уже в 75,0% (таблица 5).

Можно сделать заключение, что традиционный метод лечения пародонтита позволил получить стойкий период ремиссии только в течение 3 месяцев после лечения. Хотя пациенты не предъявляли жалоб и не было диагностировано клинических обострений, но ухудшились клинические показатели, обнаружилось отрицательные изменения в составе микрофлоры и имела место тенденция к снижению показателей мукозального иммунитета полости рта.

Приверженность к профилактическим мероприятиям и пародонтологическому лечению у пациентов групп исследования (основной и сравнения) в начале наблюдения была практически одинаковая, соответственно:  $9,3 \pm 0,58$  баллов и  $9,0 \pm 0,44$  баллов ( $p > 0,05$ ), что соответствовало среднему уровню, по нашим расчетам. 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),  $p > 0,05$ .

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

## 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 высевается 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 работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Биктимерова О.О. Изменение клинических и иммунологических показателей полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести при лечении пробиотиками / О.О. Биктимерова, Т.Л. Рединова, А.Ю. Зорин // Тихоокеанский медицинский журнал. -2014.- №3(57).- С.34-36 (из перечня ВАК).
2. Биктимерова О.О. Эффективность пробиотиков в лечении и профилактике стоматологических заболеваний / Т.Л. Рединова, А.Ю. Зорин, О.О. Биктимерова, А.А. Тимофеева, О.В. Третьякова // Проблемы стоматологии. – 2016.- Т. 12, № 1. – С. 50-56 (из перечня ВАК).
3. Биктимерова О.О. Влияние пробиотиков на состояние мукозального иммунитета полости рта / Т.Л. Рединова, А.Ю. Зорин, А.А. Тимофеева, О.В. Третьякова, О.О. Биктимерова // Стоматология для всех. – 2016.- № 1(74). – С. 46-51 (из перечня ВАК).
4. Биктимерова О.О. Динамика клинических, иммунологических и микробиологических показателей полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести при лечении пробиотиками / О.О. Биктимерова, Т.Л. Рединова // Пародонтология. -2016.- №2(79).- С.10-15 (из перечня ВАК).
5. Биктимерова О.О. Анализ обращаемости с заболеваниями пародонта /О.О. Биктимерова, Л.А. Иванова, В.М. Глазков, С.Н. Гереева // Современная стоматология: проблемы решения, материалы 16 межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященная 85-летию почетного академика ИГМА доцента А.И. Пантюхина.- Ижевск, 2013.- С.29-30.
6. Биктимерова О.О. Применение пробиотического препарата «Эуфлорин-Л» при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. / О.О. Биктимерова, Т.Л. Рединова // Материалы XX международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» - Омск, 2014.– С.29-30.
7. Биктимерова О.О. Оценка эффективности применения пробиотиков в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / О.О. Биктимерова, В.М. Глазков, С.М. Пантелеева, науч.руков. Т.Л. Рединова // Научная сессия пермской государственной медицинской академии им. академика Е.А. Вагнера. Навстречу 100-летию высшего медицинского образования на Урале. Научные работы молодых ученых.– Пермь, 2014. – Т.1– С.8-11.
8. Биктимерова О.О. Изменение клинических и микробиологических показателей полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести при лечении пробиотиками / О.О. Биктимерова // «Фарматека» Стоматология, специальный выпуск. – 2015.- С. 35-38.
9. Биктимерова О.О. Нуждаемость и приверженность к пародонтологическому лечению пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // Т.Л. Рединова, О.О. Биктимерова // Труды Ижевской медицинской академии.- Ижевск, 2015. – Т.53. – С.121-123.
10. Биктимерова О.О. Заболеваемость тканей пародонта, нуждаемость в лечении и приверженность к его проведению пациентов: по данным поликлинического обследования / О.О. Биктимерова, С.Н. Колесников // Стоматология большого Урала на рубеже веков к

100-летию Пермского государственного медицинского университета академии им. академика Е.А. Вагнера. Материалы XI Всероссийского конгресса.- Пермь, 2015. – С.68-72.

11. Биктимерова О.О. Изучение нуждаемости и обращаемости с воспалительными заболеваниями десен. / О.О. Биктимерова, В.М. Глазков, С.М. Пантелеева, С.Н. Гереева, И.А. Кулеев, Д.В. Корниенко, И.А. Вильмон, Л.Е. Чувакина, Р.Е. Кострова, В.Г. Шнайдерман, Т.Е. Камашева // «Консилиум» Материалы XVIII научно- практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Великой победы и 35-летию стоматологического факультета Ижевской государственной медицинской академии, «Современная стоматология: образование, наука и практика».- Ижевск, 2015. - №1-С. 26.

12. Биктимерова О.О. Применение пробиотиков при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести / О.О. Биктимерова, Т.Л. Рединова, Т.В. Назарова, М.Г. Молдовану, С.Г. Наговицына // «Консилиум» Материалы XVIII научно- практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Великой победы и 35-летию стоматологического факультета Ижевской государственной медицинской академии, «Современная стоматология: образование, наука и практика».- Ижевск, 2015. - №1-С. 27.

13. Биктимерова О.О. COMPLAINTNESS OF PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES / О.О. Биктимерова, О.Г. Федорова // КГМУ МЗ РТ VIII-я Российская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье человека в XXI веке».- Казань, 2016. – С. 73-78.

### **Рационализаторские предложения**

1. «Определение степени мотивации и приверженности к лечению пациентов с заболеваниями пародонта» информационное письмо (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности РП № 08.15 от 09.12.2015 Рединова Т.Л., Биктимерова О.О., Федорова О.Г.).
2. «Способ лечения пародонтита пробиотиками» (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности РП № 35.15 от 09.12.2015 Биктимерова О.О., Рединова Т.Л.).

**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> ;
СPI	– коммунальный периодонтальный индекс.