

ХІРУРГІЯ ДОНБАСУ

Науково – практичний
журнал



том 8, №1, 2019 р.

Головний редактор Іоффе І.В.

Відповідальний секретар

Круглова О.В.

Коректор

Бондаренко Я.В.

Журнал зареєстровано

Державною реєстраційною
службою України.

Свідоцтво про реєстрацію

КВ №18833 – 7633 Р від 26.03.2012 р.

Адреса редакції

Державний заклад

«Луганський державний
медичний університет»

93012, вул. Будівельників, 32

м. Рубіжне, Україна

Телефон/факс (06453) 6–17–32

e-mail: ukrmedalm@gmail.com

Рекомендовано до друку

Вченою радою

ДЗ «Луганський державний
медичний університет»

(протокол №8 від 28.03.2019 р.)

Підписано до друку 29.03.2019 р.

Видавництво ДЗ «Луганський
державний медичний університет»

Формат 60x84,8.

Папір офсетний.

Наклад 100 прим.

Члени редакційної ради:

Вовк Ю.М. (Рубіжне)

Ганжий В.В. (Запоріжжя)

Гоженко А.І. (Одеса)

Зельоний І.І. (Рубіжне)

Іоффе О.Ю. (Київ)

Комаревцев В.М. (Рубіжне)

Постернак Г.І. (Рубіжне)

Пінський Л.Л. (Рубіжне)

Сидорчук І.Й. (Чернівці)

Тамм Т.І. (Харків)

Усатов С.А. (Рубіжне)

**Журнал є фаховим виданням для публікації
основних результатів дисертаційних робіт
у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України
№820 від 11.07.2016 р.)**

ЗМІСТ		CONTENT
ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ		ORIGINAL ARTICLES
Зелёный И.И., Афонин Д.Н., Голий А.А. Послеоперационный гипопаратиреоз у больных прооперированных по поводу заболеваний щитовидной железы в Луганской области	5	Zelenyi I.I., Afonin D.N., Golii A.A. Postoperative hypoparathyroidism, among the population of the Luhansk region, with diseases of the thyroid gland
Кіча Н.В., Бабай О.М. Досвід оцінки клінічної ефективності есенціальних фосфоліпідів за результатами тривалого моніторингу хворих на генералізований патодонтит	9	Kicha N.V., Babay O.M. Evaluation of essential phospholipids clinical effectivity due results of clinical monitoring patients with generalized periodontitis
Комісарова О.С., Люта Ю.Г., Кривцова М.О., Матюха А.Ю. Контент – аналіз методів лікування запальних захворювань носа та біляносових пазух в практиці сімейного лікаря	15	Komisarova O.S., Lyuta Yu.G., Krivtsova M.O., Matyukha A.Yu. Content–analysis of nose and paranasal sinuses inflammatory diseases treatment: in family doctor practice
Коновал Н.С. Дослідження ліпофусцину м’язової тканини у ранньому постмортальному періоді: удосконалення судово–медичної діагностики давності настання смерті	19	Konoval N.S. The study of muscle tissue lipofuscin in the early postmortem period: the improvement of forensic medical diagnosis of the limitation of death
Крылова О.Б. Методические аспекты изучения стадий пубертата у девочек подростков в зависимости от массы тела	38	Krylova O.B. Methodological aspects of investigation pubertate in the femine–teenagers depending of the body weight of the type
Міхєєв А.О., Сидорчук Л.І., Сидорчук І.Й. Імуносупресивна характеристика мікробіоти виділень піднебінних мигдаликів у дітей, хворих на хронічний тонзиліт	46	Mikheev A.A., Sydorчук L.I., Sydorчук I.I. Immunosuppressive characteristics of the microbiota of tonsillar secretions in children with chronic tonsillitis
Пасієшвілі Н.М., Лупояд В.С., Карпенко В.Г., Лазуренко В.В. Лікування звичної втрати вагітності методом підшкірної трансплантації криоконсервованої тканини плаценти людини	54	Pasieshvili N.M., Lupoyad V.S., Karpenko V.G., Lazurenko V.V. Treatment of habitual termination of pregnancy by human cryopreserved placenta tissue subcutaneous transplantation

ДОСВІД ОЦІНКИ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ТРИВАЛОГО МОНІТОРИНГУ ХВОРИХ
НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАТОДОНТИТ

Кіча Н.В., Бабай О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Харківський національний медичний університет

Вступ. Проблемним питанням сучасної клінічної стоматології залишається удосконалення лікування та профілактики загострень генералізованого патодонтиту (ГП), оскільки формування складного дистрофічно–запального процесу, розвиток якого пов’язаний з комплексом детермінантів, що діють на різних рівнях, призводить до порушень функціонування елементів зубощелепної системи. За відсутності своєчасного лікування це може призвести до таких наслідків, як рухливість і випадання зубів, формування поширеного вогнища запалення, ослаблення реактивності організму [4, 14]. Незважаючи на те, що існує багато діагностичних методів, які дозволяють виявити патологію ще на доклінічній стадії, клінічна діагностика не втрачає на сьогоднішній день своєї виключної актуальності, тому аналіз показників стану тканин пародонту представляє певний інтерес для дослідників та відіграє важливу роль при виборі терапевтичної тактики. В якості універсального неспецифічного критерію, який має місце при даній патології та визначає напрямок лікування, є структурно–функціональний стан тканин пародонту, який взаємопов’язаний з гемоциркуляторними порушеннями, що можуть призводити до гіпоксії тканин та їх енерго-

дефіциту. Доведено, що для патогенетичної корекції даних змін доцільним є використання ліпосомальних форм есенціальних фосфоліпідів [6, 10]. Відомим представником даної групи препаратів є ліофілізована форма ліпосом з яєчного фосфатидилхоліну (ЛФФ, препарат «Ліпін»), що має високий біоенергетичний потенціал та має антигіпоксичний ефект, пов’язаний з покращенням кисневого забезпечення тканин за рахунок підвищення швидкості дифузії кисню з легенів в кров, та з крові до тканин, покращує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові [7, 13]. Існують переконливі докази ефективності заходів для цілеспрямованої корекції визначених порушень за рахунок місцевого та загального використання ЛФФ; саме включення препаратів цієї групи до терапевтичних стоматологічних комплексів (ТСК) обґрунтовано та запроваджено нами [4, 12, 14].

Мета дослідження полягала у вивченні динаміки змін тканин пародонту на етапах тривалого моніторингу хворих на генералізований пародонтит задля порівняльної оцінки клінічної ефективності ЛФФ.

Матеріали та методи досліджень. В клініці були досліджені 110 пацієнтів хворих на ГП в стадії загострення I–II ступеня

тяжкості. Розподілені на підгрупи ($n_0=55$ осіб, $n_1=30$ осіб, $n_2=25$ осіб), залежно від обсягів ТСК застосованих при їх лікуванні та умовно пацієнти групи контролю ($n=25$ осіб). Лікування пацієнтів проведено з використанням трьох ТСК: ТСК₀ – лікування згідно до клінічного протоколу [1], ТСК₁ – ТСК₀ з додатковим внутрішньовенним застосуванням препарату [5, 8], ТСК₂ – ТСК₀ з додатковим депонуванням препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та пародонтальної пов'язки [4, 12]. Оцінку стану тканин пародонту виконували із використанням наступних клінічних індексних показників: ОНІ-S – індекс гігієни ротової порожнини [9], РМА – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс [11], РВІ – індекс кровоточивості сосочків ясен [4, 11], РІ – пародонтальний індекс [9, 11], ЗВСК – зональна вакуумпресурна стійкість капілярів пародонта [11]. При обробці результатів застосовано методи варіаційної статистики, з розрахунком середніх величин (середнє значення та середня похибка) та статистичною оцінкою достовірності за одностороннім критерієм Ст'юдента [2].

Результати та їх обговорення. Стан гігієни РП (за показником ОНІ-S) на етапах КМ пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався незадовільним її рівнем до початку лікування (ОНІ-S коливався від $(4,61 \pm 0,31)$ б. до $(4,67 \pm 0,33)$ б., достовірно не відрізняючись за групами); безпосередньо після проведення лікування рівень гігієни РП значно і достовірно зріс та, у всіх групах пацієнтів, показник ОНІ-S зареєстровано на достовірно ($p < 0,05$) нижчому рівні, ніж в контрольній групі (контроль – $(0,48 \pm 0,06)$ б., ТСК₀ – $(0,30 \pm 0,06)$ б., ТСК₁ – $(0,23 \pm 0,09)$ б., ТСК₂ – $(0,21 \pm 0,07)$ б.). Аналіз стану гігієни РП на III-му етапі КМ (через місяць після лікування) дозволив з'ясувати, що серед пацієнтів, яким проводилось лікування за ТСК₀ показник ОНІ-S перевищив значення групи контролю, тобто стан гігієни РП погіршився

(етап КМ-II – $(0,30 \pm 0,06)$ б., етап КМ-III – $(1,50 \pm 0,17)$ б., $p < 0,001$); при цьому стан гігієни РП пацієнтів інших груп характеризувався відносним погіршенням, однак не сягаючим достовірним відмінностям групи контролю. Контрольне обстеження пацієнтів усіх груп через 6 міс (етап КМ-IV) виявило подальше зростання показника ОНІ-S та збереження цих тенденцій в кожній із груп диференційованої терапії. У разі застосування ТСК₂, показник ОНІ-S виявився найнижчим, та достовірно ($p < 0,05$) відрізнявся від аналогічного показника серед пацієнтів с іншими ТСК (ТСК₀ – $(3,78 \pm 0,29)$ б., ТСК₁ – $(3,00 \pm 0,22)$ б., ТСК₂ – $(2,3 \pm 0,21)$ б.). Отже, вже через 6 міс після лікування (КМ-IV) у всіх групах пацієнтів зареєстровано незадовільний рівень гігієни РП, який на етапі КМ-V продовжував погіршуватися у разі застосування ТСК₀, ТСК₁.

Стан запалення ясен (за показником РМА) на етапах клінічного моніторингу (КМ) пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався середнім рівнем до початку лікування (РМА коливався від $(43,89 \pm 2,47)\%$ до $(44,13 \pm 2,42)\%$, достовірно не відрізняючись за групами); безпосередньо після проведення лікування серед пацієнтів, в яких застосовувалися ТСК₁ та ТСК₂ досягнуто практичної відсутності запалення (відповідно РМА становив $(7,20 \pm 0,96)\%$ та $(6,03 \pm 0,96)\%$), тоді як у пацієнтів групі ТСК₀ мало місце запалення ясен легкого ступеня (РМА становив $(15,04 \pm 1,29)\%$). На етапах КМ-III та КМ-IV зберігалась аналогічна клінічна картина з достовірним зростанням РМА в групі пацієнтів з ТСК₀ (КМ-III – $(15,02 \pm 1,15)\%$, КМ-IV – $(23,29 \pm 1,5)\%$, $p < 0,05$). Через 12 міс в групі з ТСК₀ – зареєстровано середні показники, що відповідають тяжкому ступеню запалення, в групі ТСК₁ – середньому, в групі ТСК₂ – у 6 пацієнтів – легкий ступінь запалення ясен, у 19 пацієнтів – зареєстровано відсутність стійких проявів

гінгівіту. Стан кровоточивості ясенних сосочків (за показником РВІ) на етапах клінічного моніторингу (КМ) пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався до початку лікування практично однаковими показниками (коливався від $(3,58 \pm 0,34)$ б. до $(3,64 \pm 0,27)$ б., достовірно не відрізняючись за

групами) та відображав наявність спонтанної кровоточивості ясенних сосочків. Безпосередньо після лікування (незалежно від застосованих ТСК) серед пацієнтів усіх груп досягнуто ефективності – кровоточивість ясенних сосочків була відсутня.

Таблиця 1. Індикативні показники функціонального стоматологічного статусу на етапах лікування хворих на генералізований пародонтит: стан тканин пародонту

Показники ФСС та застосовані ТСК		Етапи клінічного моніторингу (КМ)				
		КМ-I	КМ-II	КМ-III	КМ-IV	КМ-V
ОНІ-S _к = 0,48±0,0 6 балів	n ₀ , ТСК ₀	4,67±0,33	0,30±0,06 ^c	1,50±0,17 ^c	3,61±0,27 ^c	3,78±0,29
	n ₁ , ТСК ₁	4,68±0,30	0,23±0,09 ^c	0,43±0,14 ^a	2,57±0,1 ^{a,c}	3,00±0,22 ^a
	n ₂ , ТСК ₂	4,61±0,31	0,21±0,07 ^c	0,34±0,07 ^a	2,1±0,2 ^{a,b,c}	2,3±0,21 ^{a,b}
РМА _к , %	n ₀ , ТСК ₀	43,89±2,47	15,04±1,29 ^c	15,02±1,15	23,29±1,5 ^c	44,73±1,31 ^c
	n ₁ , ТСК ₁	43,64±2,46	7,20±0,96 ^{a,c}	7,56±1,19 ^a	11,4±1,3 ^{a,c}	24,6±1,2 ^{a,c}
	n ₂ , ТСК ₂	44,13±2,42	6,03±0,96 ^{a,c}	6,07±0,69 ^a	8,1±0,9 ^{a,b,c}	10,3±1,0 ^{a,b}
РВІ _к , балів	n ₀ , ТСК ₀	3,63±0,31	–	0,61±0,19 ^c	2,62±0,31 ^c	3,07±0,32 ^c
	n ₁ , ТСК ₁	3,58±0,34	–	0,24±0,1 ^{a,c}	1,4±0,2 ^{a,c}	2,42±0,28 ^c
	n ₂ , ТСК ₂	3,64±0,27	–	–	0,65±0,2 ^{a,b,c}	1,54±0,3 ^{a,b,c}
РІ _к = 0,4±0,4 од	n ₀ , ТСК ₀	4,30±0,39	3,84±0,22	2,75±0,20 ^c	3,16±0,24	3,19±0,21
	n ₁ , ТСК ₁	4,22±0,40	2,14±0,16 ^{a,c}	2,00±0,10 ^a	2,35±0,1 ^{a,c}	2,68±0,14 ^a
	n ₂ , ТСК ₂	4,24±0,31	1,9±0,11 ^{a,c}	1,9±0,13 ^a	1,9±0,15 ^{a,b}	2,2±0,14 ^{a,b}
ЗВСК _к ≥ 60 с	n ₀ , ТСК ₀	5,00±1,87	40,02±5,50 ^c	39,31±5,04	15,0±5,24 ^c	15,93±3,98
	n ₁ , ТСК ₁	5,04±1,97	44,04±4,3 ^{a,c}	56,48±3,9 ^a	39,3±4,0 ^{a,c}	24,1±4,2 ^c
	n ₂ , ТСК ₂	5,20±1,75	45,83±5,54 ^a	55,60±5,5 ^a	51,7±4,5 ^{a,b}	39,7±4,2 ^{a,b,c}

Примітка: ^{a, b} – p<0,05 при порівнянні з відповідною групою n₀, n₁ у відповідному періоді моніторингу, ^c – p<0,05 при порівнянні у межах груп з попереднім періодом моніторингу

Однак, вже через місяць по його закінченні в групах пацієнтів, що отримували ТСК₀₋₁ зареєстровані випадки слабкої кровоточивості. На віддалених етапах КМ зареєстровано: для групи пацієнтів з ТСК₀ – зростання індексу кровоточивості до значного рівня (через 6 міс) та до формування стійких проявів спонтанної кровоточивості (через 12 міс); для групи пацієнтів з ТСК₁ – відповідно формування до 6 міс – слабкої кровоточивості, а в 12 міс – значної. Ці наведені достовірні відмінності на етапах КМ пацієнтів перших двох груп, в меншій мірі стосуються пацієнтів, що отримували

ТСК₂: через 6 міс зареєстровано або відсутність, або прояви слабкої кровоточивості, а через 12 міс – формування слабкої кровоточивості сосочків ясен.

Стан тканин пародонту, оцінюваний за показником РІ на етапах КМ пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався поширеним запаленням ясен довкола зуба з порушенням цілісності зубо-епітеліальної фіксації, початковими проявами резорбції верхівок міжкоміркових перетинки, що підтверджувалось в частині випадків в тому числі і рентгенологічно, а РІ коливався у

межах від $(4,22 \pm 0,40)$ од до $(4,30 \pm 0,39)$ од. На етапах моніторингу з'ясовано, що пацієнти з ТСК₀ характеризувались практично стабільними показниками РІ, за виключенням етапу КМ–ІІІ. Де досягнуто достовірного ($p < 0,05$) зниження показника РІ. Більш виразне зменшення показника РІ зареєстровано на етапах КМ пацієнтів, що отримували ТСК₁, однак всі вони мали поширений запальний процес м'яких тканин без утворення нових пародонтальних кишень, активність якого зростала на етапі КМ–V. Найбільш динамічно змінювався показник РІ в групі пацієнтів з ТСК₂, що проявлялось стабілізацією запального процесу безпосередньо після проведеного лікування ($p < 0,05$) зі збереженням досягнутого ефекту на віддалених етапах КМ (поодинокий чи поширений гінгівіт без формування пародонтальних кишень за відсутності прогресування резорбції кістки).

Аналіз стану гемоциркуляції пародонту за показником ЗВСК виявив, що на етапах КМ досягнуто ефекту від усіх застосованих ТСК, однак лише за умов застосування ТСК₂ цей ефект був найбільш стійким. Так, в групі ТСК₀ досягнуте на етапі КМ–ІІ зростання тривалості проби (з $(5,00 \pm 1,87)$ с до $(40,02 \pm 5,50)$ с, $p < 0,001$), достовірно зменшилось вже на етапі КМ–IV та залишалось на цьому ж рівні через 12 міс після лікування (відповідно, $(15,0 \pm 5,24)$ с та $(15,93 \pm 3,98)$ с). Аналогічною, але менш виразною, тенденцією характеризувались пацієнти, які отримували ТСК₁. Достовірно більш ефективним способом відновлення гемоциркуляції пародонту виявився ТСК₂: тривалість ЗВСК відновилась до референтних значень контрольної групи

практично після лікування, зберігалась впродовж 6 місяців, а достовірно знизилась до помірних значень лише на етапі КМ–V (через 1 міс після лікування – $(55,60 \pm 5,5)$ с, через 12 міс – $(39,7 \pm 4,2)$ с, $p < 0,05$).

Висновки

1. Тривалий клінічний моніторинг груп пацієнтів з ГП, що отримували лікування за диференційованими ТСП дозволив виявити закономірності перебігу захворювання та визначити найбільш інформативні показники ФСС, зокрема стану тканин пародонту і удосконалити лікувальну тактику за рахунок добору ефективних ТСП.

2. Клінічна ефективність комплексного лікування ГП з використанням різних ТСК, що містять препарат ліпосомальної форми фосфатидилхоліну визначається позитивним впливом на тканини пародонту, що проявляється достовірним ($p < 0,05$) зменшенням виразності та поширеності запального процесу, достовірним ($p < 0,05$) та стійким (до 12 міс) покращенням гемоциркуляції, зменшенням частоти проявів гінгівіту за відсутності утворення нових пародонтальних кишень та прогресування резорбції кістки.

3. Розширення ТСК за рахунок депонування препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та накладання пародонтальних пов'язок [12] дозволяє досягати достовірно більш тривалих термінів ремісії ГП та гальмувати генералізацію процесу.

Перспективи подальших досліджень з цієї проблематики пов'язані з вивченням змін властивостей ротової рідини та імуно-метаболических особливостей пацієнтів на етапах КМ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонов С.В. Стоматологія: нормативно-правові акти та документи / Упор. та автор коментаря С.В. Антонов // Київ: ЦМП. – 2009. – 696 с.

2. Артаментова Л.А. Статистические методы в биологии: учебник для студ. высших учебных заведений / Л.А. Артаментова, О.М. Утелевская // Горловка: Лі-

хтар. – 2008. – 248 с.

3. Бабай О.М. Эффективность применения «Липина» в комплексном лечении генерализованного пародонтита / О.М. Бабай, Ю.М. Краснополяский / Стоматолог. – 2003. – №5. – С. 32–38.

4. Данилевский Н.Ф. Терапевтическая стоматология: ученик в 4-х томах. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун / под ред. А.В. Борисенко // Київ: Медицина. – 2008. – 616 с.

5. Інструкція для медичного застосування препарату Ліпін-Біолік: Затв. наказом №655 Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2010.

6. Каплун А.П. Липосомы и другие наночастицы как средство доставки лекарственных веществ / А.П. Каплун, Ле Банг Шон, Ю.М. Краснополяский // ВМХ. – 1999. – №3. – С. 3–13.

7. Килимниченко О.І. Застосування ліпину в комплексному лікуванні гіпоксії різноманітної етіології: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30 / Донецький держ. мед. університет. – Днепропетровськ. – 1998. – 17 с.

8. Корда М.М. Використання ліпосом у клінічній медицині / М.М. Корда, С.В. Бродін, Я.С. Стравський, Я.Й. Крижанівський // Ліки. – 1997. – №5. – С. 61–71.

9. Кузьмина И.Н. Профилактическая

стоматология / И.Н. Кузьмина // Москва: Медицина. – 2009. – 188 с.

10. Кушніренко С. Властивості ліпосом і їх застосування у клінічній медицині / С. Кушніренко // Ліки України. – 2003. – №1. – С. 18–20.

11. Мащенко И.С. Болезни пародонта / И.С. Мащенко // Дрогобич: Коло. – 2003. – 272 с.

12. Пат. № 55454 Україна, С2:A61K6/00, A61K31/685, A61K31/07, A61K31/355. Спосіб лікування запальних та запально-деструктивних процесів у пародонті / О.М. Бабай, Ю.М. Краснополяський, А.М. Бабай (UA); власник: О.М. Бабай, Ю.М. Краснополяський, А.М. Бабай (UA) // Заявка №99126560 від 02.12.1999; опубл. 15.04.2003, Бюл. №4.

13. Перова Г.І. Експериментально-клінічне обґрунтування застосування лецитин-антиоксидантного комплексу при лікуванні генералізованого пародонтиту: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 – стоматологія / Одеський національний медичний університет. – Одеса. – 2002. – 21 с.

14. Babay O.M. Comparative clinical and morphological analysis of the periodontitis of different genesis» / O.M. Babay, U.V. Merkulova, T.V. Deieva // Експериментальна та клінічна медицина. – 2015. – №2 (67). – С. 60–63.

Кіча Н.В., Бабай О.М. Досвід оцінки клінічної ефективності есенціальних фосфоліпідів за результатами тривалого моніторингу хворих на генералізований пародонтит.

При тривалому клінічному моніторингу груп пацієнтів з генералізованим пародонтитом, що отримували лікування за диференційованими терапевтичними стоматологічними програмами виявлені закономірності перебігу захворювання та визначено позитивний вплив на тканини пародонту: достовірно ($p < 0,05$) зменшенням виразності та поширеності запального процесу, достовірно ($p < 0,05$) та стійке (до 12 міс.) покращенням гемоциркуляції, зменшенням частоти проявів гінгівіту за відсутності утворення нових пародонтальних кишень та прогресування резорбції кістки. Доведено, що розширення терапевтичних стоматологічних комплексів за рахунок депонування препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та накладання пародонтальних пов'язок дозволяє досягати достовірно більш тривалих термінів ремісії та гальмувати генералізацію процесу.

Ключові слова: генералізований пародонтит, тканини пародонту, комплексне лікування, клінічний моніторинг.

Кича Н.В., Бабай О.М. Опыт оценки клинической эффективности эссенциальных фосфолипидов по результатам длительного мониторинга пациентов с генерализованным пародонитом.

При длительном клиническом мониторинге групп пациентов с генерализованным пародонитом, получавших лечение по дифференцированным терапевтическим стоматологическим программам определены закономерности течения заболевания и выявлено положительное влияние на ткани пародонта: достоверное ($p < 0,05$) уменьшением выраженности и распространенности воспалительного процесса, достоверное ($p < 0,05$) и устойчивое (до 12 мес) улучшением гемодинамики, уменьшением частоты проявлений гингивита при отсутствии образования новых пародонтальных карманов и прогрессирования резорбции кости. Доказано, что расширение терапевтических стоматологических комплексов за счет депонирования препарата путем инфильтрационных инъекций и наложения пародонтальных повязок позволяет достичь достоверно более длительных сроков ремиссии и тормозить генерализацию процесса.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, ткани пародонта, комплексное лечение, клинический мониторинг.

Kicha N.V., Babay O.M. Evaluation of essential phospholipids clinical effectivity due results of clinical monitoring patients with generalized periodontitis.

The groups of patients with generalized periodontitis was monitored clinically. They treated according to the differentiated therapeutic dental program. As a result, we determined the rules of the disease and found a positive effect on periodontal tissue: veracious ($p < 0,05$) decrease of denotation and prevalence of inflammation, veracious ($p < 0,05$) and steady (to 12 month) upturn of haemocirculation, decrease the frequency of manifestations of gingivitis without formation of parodontal pockets and progression of resorbition of the bone. It is proved that the expansion of therapeutic dental complexes allows for significantly longer periods of remission and slow down the process of generalization. This is due to the deposit of the drug by infiltrating injection and imposabing a periodontal bandage.

Key words: generalized periodontitis, periodontal tissue, complex treatment, clinical monitoring.