

- інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків /МОЗ України.- 2007.- С.42-43.
4. Pal D. Study on isolation of Cryptococcus neoformans from human and animals and its correlation with human infection with special reference to HIV/AIDS patients /D.Pal, S.Basak, T.Devi //J. of Mycopathological Res.- 2012.- Vol.50, №2.- P.261-265.
5. Vijaya D. Disseminated cryptococcosis with localized cutaneous lesion in an AIDS patients /D.Vijaya, T.Nagarothamma, B.Leelavathy //J. of The Academy of Clinical Microbiologist.- 2013.- Vol. 18, №1.- P.30-31.

Мартыничук Н.А.

ПЕРВИЧНЫЙ КРИПТОКОККОЗ КОЖИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. *Случай первичного криптококкоза кожи у ВИЧ-инфицированного пациента. Описано клиническое течение первичного криптококкоза кожи у ВИЧ-инфицированного пациента; особенности клинической картины, диагностика, лечения.*

Ключевые слова: *ВИЧ-инфекция, оппортунистические инфекции, криптококкоз.*

Martynchuk N.

PRIMARY CRYPTOCOCCOSIS OF SKIN IN HIV-INFECTED PATIENT: ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Summary. *The case of primary cryptococcosis of HIV- infected patient. The clinical course of the primary skin cryptococcosis of HIV-infected patient; clinical features, diagnosis, treatment were described.*

Key words: *HIV-infection, opportunistic infection, cryptococcosis.*

Рецензент - к.біол.н., доцент Крижановська А.В.

Стаття надійшла до редакції: 25.11.2015р.

Мартыничук Наталья Александровна - лікар вищої категорії, зав. відділення дерматовенерології міської клінічної лікарні №5 (м.Київ) міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом; +38 067 27-72-910

© Береза Б.М., Чепель Л.І., Береза Є.М., Шевчук Н.М.

УДК: 616.314.17-008.1

Береза Б.М., Чепель Л.І., Береза Є.М., Шевчук Н.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ КОМПОЗИЦІЇ З ДЕКАМЕТОКСИНОМ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Резюме. *У роботі вивчалась клінічна ефективність лікувальної композиції з декаметоксином для лікування гінгівіту і пародонтиту. За допомогою загальноприйнятих та спеціальних методів клінічного дослідження доведено, що при застосуванні вищезазначеного засобу порівнянні з традиційними схемами лікування скорочуються строки лікування пацієнтів, подовжується ремісія. Отримані результати дозволяють рекомендувати досліджувану лікувальну композицію для лікування запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонту.*

Ключові слова: *гінгівіт, пародонтит, лікувальна композиція.*

Вступ

Лікування хронічного генералізованого катарально-го гінгівіту(ХГКГ) та хронічного генералізованого пародонтиту(ХГП) відноситься до актуальних питань стоматології, незважаючи на безліч існуючих методів і схем їх лікування [2, 4, 5]. Відповідно сучасним концепціям хронічні запальні захворювання пародонта внаслідок персистенції в порожнині рота пародонтопатогенної мікрофлори відносяться до хронічних запальних інфекційних захворювань. Враховуючи це, невід'ємною умовою їх етіопатогенетичного лікування є нормалізація мікрофлори порожнини рота. Сприяти цьому може місцеве антимікробне лікування [1, 3, 6, 7].

Мета дослідження - вивчити клінічну ефективність лікувальної композиції (ЛК), що складається з карбоксиметилкромалю, оксиметилцелюлози, декаметоксину та полівінілацетатної дисперсії в якості місцевої антимікробної терапії.

Матеріали та методи

Комплексним обстеженням з курсом лікування було охоплено 181 пацієнт з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом(ХГКГ) та хронічним генералізованим пародонтитом(ХГП) I і II ступенів тяжкості.

Після включення пацієнтів в процес досліджень, були сформовані групи пацієнтів в загальній кількості 181. До основних груп входили 92 пацієнти, до контрольних - 89. Розподіл пацієнтів за групами (основна, контрольна), за ступенем тяжкості перебігу процесу та діагнозом представлений у таблиці 1.

Вік пацієнтів з ХГКГ та ХГП I і II ступенів тяжкості був у межах 16 - 45 років (з діагнозом ХГКГ - 16 - 18 років, з діагнозом ХГП - 25 - 45 років).

Для систематики захворювань пародонта ми користувались класифікацією М.Ф.Данілевського, рекомендованою республіканською конференцією (Одеса,

1998) для використання в навчальних та лікувальних закладах України. Згідно цієї класифікації ХГКГ відносяться до групи запальних захворювань пародонта, а ХГП - до групи дистрофічно-запальних.

Комплексне лікування, що включало використання ЛК, було проведене 92 пацієнтам основної групи. У 89 пацієнтів контрольної групи в якості місцевого антимікробного лікування застосовували 0,02% розчин хлоргексидину біглюконату.

Обстеження пацієнтів проводили загальноприйнятими клінічними методами. Характер і локалізацію запальних змін у пародонті вивчали шляхом використання спеціальних методів дослідження.

З метою виявлення запального процесу в яснах використовували пробу Шіллера-Писарева. Наявність та характер ексудації з пародонтальних кишень у хворих ХГП визначали бензидиною пробою.

Гігієнічний статус оцінювали за допомогою індекса Федорова-Володкіної (ІГ), модифікованого Федоровою Л.В. (1992). Ступінь запалення в яснах у пацієнтів з діагнозом ХГКГ визначали також за допомогою гінгівального індексу (J.Sillness, H.Loe, 1963) - Loe(г). Для оцінки наявності та ступеню тяжкості захворювання користувалися індексом захворювання пародонта (ІЗП або індекс Ramfjord).

Лікування гінгівіту і пародонтиту було комплексним. Методика використання досліджуваних засобів в основних групах пацієнтів зводилась до наступного. При наявності клінічних кишень ЛК в вигляді інсталяцій вводилась у кишені. У випадку катарального запалення ЛК за допомогою аплікантив і аплікаційної ложки наносили безпосередньо на ясна. Окрім того, при атрофії міжзубних сосочків і наявності міжзубних проміжків ЛК вводили в останні. При лікуванні пацієнтів контрольних груп використовували 0,02% розчин хлоргексидину біглюконату за описаною методикою. ЛК з декаметоксином та хлоргексидину біглюконат використовували через день.

Ефективність лікування оцінювали через 10-15 днів та 6 місяців. Критеріями через 10-15 днів у ацієнтів з діагнозом ХГКГ були "нормалізація", "покращання", "без змін". Ефективність лікування в цей же термін у пацієнтів з ХГП оцінювали критеріями "ремісія", "покращання", "без змін".

Для оцінки віддалених результатів (через 6 місяців після проведеного лікування) у пацієнтів з ХГКГ користувались критеріями "нормалізація", "без змін", "погіршення". Стоматологічний статус пацієнтів з діагнозом ХГП оцінювали критеріями "ремісія", "без змін" і "погіршення".

Результати. Обговорення

Обстеження пацієнтів з діагнозом ХГКГ та ХГП до лікування дало наступні результати.

Проба Шіллера-Писарева була позитивною у всіх без виключення пацієнтів хворих на ХГКГ.

Величина ІГ в основній групі пацієнтів з ХГКГ була відповідно ступеню (I, II) $2,11 \pm 0,10$ і $2,39 \pm 0,13$ - в ос-

новній групі. В контрольній, відповідно: $2,23 \pm 0,09$, $2,40 \pm 0,14$ ($p > 0,5$). Вказані значення ІГ відповідають незадовільному стану порожнини рота, що, безумовно, і було причиною розвитку ХГКГ.

Показовими були дані про ступінь запалення ясен, що характеризувались індексом Loe(г). В осіб з гінгівітом показник інтенсивності запалення був таким: I ступінь - $1,01 \pm 0,10$, II ступінь - $1,04 \pm 0,09$. У контрольній, відповідно, - $1,1 \pm 0,10$, $1,05 \pm 0,07$ ($p < 0,1$).

У всіх хворих ХГП як основної, так і контрольної груп була проба Шіллера-Писарева була позитивною поза залежністю від тяжкості перебігу процесу. Бензидинова проба на визначення ексудації в пародонтальних кишнях показала наступне. В основній групі у пацієнтів з I ступенем тяжкості розвитку ХГП вище згадувана негативна проба відмічена у $60,87 \pm 7,4\%$ випадків, з II ступенем - у $36,36 \pm 6,4\%$ випадків. У контрольній групі ці показники були відповідно $45,45 \pm 5,1\%$ та $31,82 \pm 3,8\%$ ($p > 0,05$).

У значної частини хворих страждав догляд за порожниною рота, що підтверджувалось індексом Федорова-Володкіної. При I ступені захворювання ІГ складав $2,24 \pm 0,12$ в основній і $2,48 \pm 0,14$ в контрольній групах ($p > 0,1$). Збільшення цифрового значення індексу відмічалось з прогресуванням захворювання. Так, при II ступені тяжкості пародонтиту ІГ складав $2,71 \pm 0,14$ для осіб основної і $3,10 \pm 0,12$ - для контрольної груп ($p > 0,05$).

Величина індексу Ramfjord в обох групах до лікування при пародонтиті I ступеню в основній і контрольній групах була відповідно $2,97 \pm 0,27$ та $2,91 \pm 0,28$ ($p > 0,1$). Вирахування індексу Ramfjord у пацієнтів з II ступенем захворювання дали наступні значення: $3,81 \pm 0,37$ - основна група і $3,83 \pm 0,34$ - контрольна ($p > 0,1$).

У процесі лікування осіб з діагнозом ХГКГ та ХГП побічних і алергічних реакцій на застосування засобів для місцевого лікування (0,002% розчин хлоргексидину біглюконату та ЛК) не відмічали.

В основній групі хворих ХГКГ запальні явища маргінального пародонта вдавалось ліквідувати на $2,1 \pm 0,3$ дні раніше ніж в контрольній групі. У випадку комплексного лікування пародонтиту з застосуванням ЛК запальні явища в пародонті вдавалось ліквідувати на $2,1 \pm 0,2$ дні раніше, ніж у випадку застосування 0,002% розчину хлоргексидину біглюконату. Як і у випадку лікування гінгівіту, через 2-3 дні після початку лікування хворі основної групи відмічали зменшення або відсутність кровоточивості ясен. У контрольній групі цього вдава-

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за групами (основна, контрольна), заступенем тяжкості перебігу процесу та діагнозом.

Ступені тяжкості клінічного перебігу процесу	Діагноз захворювання пацієнта			
	ХГКГ		ХГП	
	Групи		Групи	
	Основна	Контрольна	Основна	Контрольна
I	24	22	23	22
II	23	23	22	22

Таблиця 2. Результати ефективності лікування хворих ХГКГ згідно визначеним критеріям в наблизені строки спостереження.

Ступені тяжкості ХГКГ	Критерії оцінки ефективності лікування (%)											
	Нормалізація				Покращення				Без змін			
	Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група	
	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.
I	75,00	18	45,46	10	25,00	6	36,36	8	4,35	1	18,18	4
II	73,91	17	39,13	9	26,09	6	39,13	9	9,09	2	21,73	5

Таблиця 3. Результати ефективності лікування хворих ХГП згідно визначеним критеріям в наблизені строки спостереження.

Ступені тяжкості ХГКГ	Критерії оцінки ефективності лікування (%)											
	Нормалізація				Покращення				Без змін			
	Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група	
	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.
I	82,61	19	50,00	11	13,04	3	27,28	6	4,35	1	22,72	5
II	77,27	77,27	36,36	8	13,64	3	36,36	8	9,09	2	27,28	6

Таблиця 4. Результати ефективності лікування хворих ХГКГ згідно визначеним критеріям в віддалені строки спостереження.

Ступені тяжкості ХГКГ	Критерії оцінки ефективності лікування (%)											
	Нормалізація				Покращення				Без змін			
	Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група	
	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.
I	83,33	20	45,46	10	12,50	3	40,90	9	4,17	1	13,64	3
II	78,26	8	39,13	9	13,04	3	39,13	9	8,70	2	21,74	5

Таблиця 5. Результати ефективності лікування хворих ХГП згідно визначеним критеріям в віддалені строки спостереження.

Ступені тяжкості ХГКГ	Критерії оцінки ефективності лікування (%)											
	Нормалізація				Покращення				Без змін			
	Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група		Основна група		Контрольна група	
	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.
I	78,26	18	45,46	10	17,39	4	31,82	7	4,35	1	22,75	5
II	72,73	16	36,36	8	18,18	4	31,82	7	9,09	2	31	7

лося досягти лише через 4-5 днів.

Порівнюючи терапевтичну ефективність 0,002% розчину хлоргексидину біглюконату та ЛК в найближчі та віддалені строки спостереження, можна констатувати перевагу останньої при лікуванні як гінгівіту так і пародонтиту. Комплексна терапія, включаючи ЛК, сприяє більш швидкому і повному купуванню процесу. Дані про результати ефективності лікування хворих ХГКГ та ХГП представлені у таблицях 2, 3, 4, 5.

Яскравою ілюстрацією ефективності застосованого лікування є результати відповідних проб та індексів. Динаміка зміни проби Шіллера-Пісарєва у хворих ХГКГ та ХГП представлена на рисунках 1 і 2.

У найближчі строки спостереження негативною проба була у 75,0% осіб основної групи з I ступенем ХГКГ та 73,91% з II. У контрольній групі характерна реакція на глікоген не відмічалась у 45,46% хворих з I ступенем тяжкості та 39,13% з II ($p < 0,001$). В віддалені строки спостереження проба Шіллера-Пісарєва в обстежуваних пацієнтів основної групи негативною була в 83,33% хво-

рих з I ступенем тяжкості ХГКГ та у 78,26% з II. В контрольній групі ясна не профарбовувались в 45,46% обстежених I ступеню та 39,13% II ступеню ($p < 0,001$).

Контрольний огляд пацієнтів з ХГП через 15 днів дозволив відмітити, що у 82,61% хворих основної та у 50,00% осіб контрольної групи, що хворіли пародонтитом I ступеню, було відсутнє характерне забарвлення ясен ($p > 0,1$). Негативна проба на глікоген зафіксована у 77,27% у хворих основної групи з II ступенем пародонтита та в 36,36% випадків у контрольній групі ($p < 0,01$). У віддалені строки спостереження із загальної кількості хворих основної групи тільки у декількох пацієнтів відмічали характерне коричневе окрашування ясен. В осіб з I ступенем захворювання негативна проба Шіллера-Пісарєва відмічена в 78,26% (основна група) і 45,46% (контрольна група) випадків ($p < 0,001$), з II ступенем - 72,73% та 36,36% відповідно ($p < 0,01$).

У процесі лікування покращувався і гігієнічний статус порожнини рота, про що свідчить суттєве зменшення величини ІГ (рис. 3, 4).

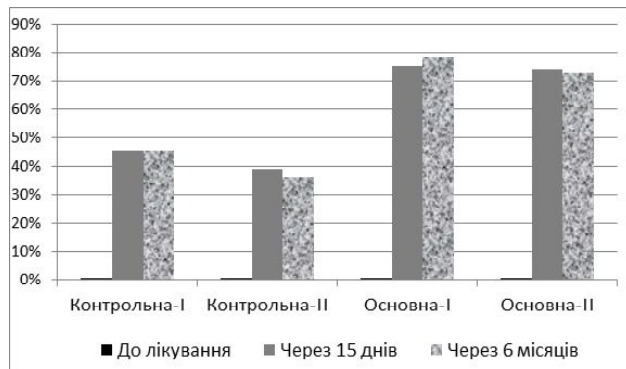


Рис. 1. Динаміка зміни проби Шіллера - Пісарєва в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГКГ.

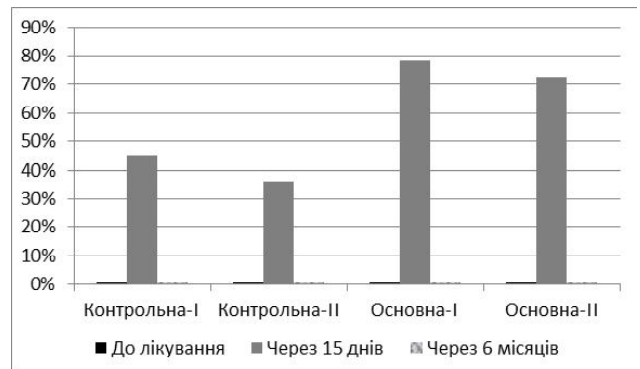


Рис. 2. Динаміка зміни проби Шіллера-Пісарєва в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГП.

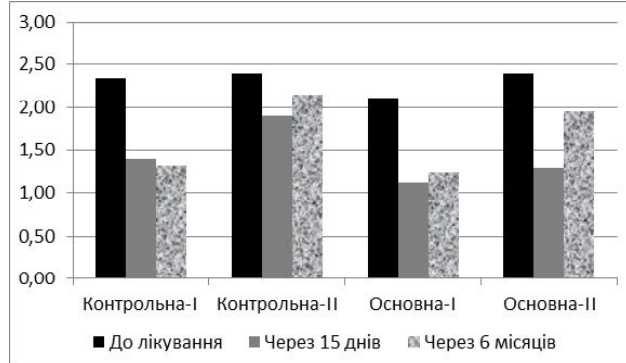


Рис. 3. Динаміка зміни індексу гігієни Федорова - Володкіної в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГКГ.

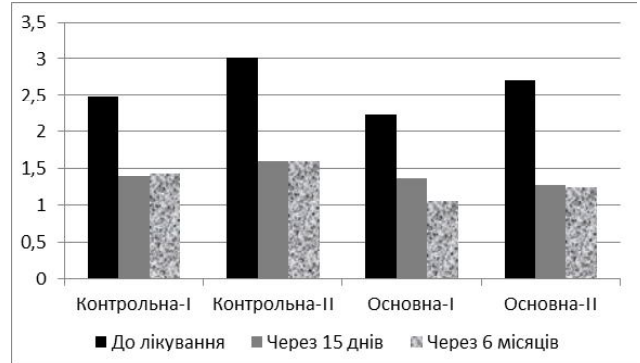


Рис. 4. Динаміка зміни індексу гігієни Федорова - Володкіної в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГП.

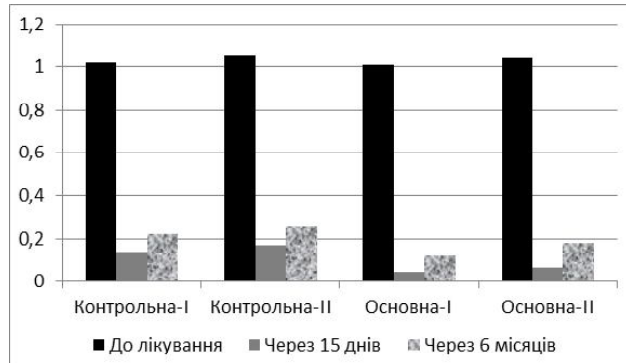


Рис. 5. Динаміка зміни індексу гінгівального індексу Лое(г) в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГКГ.

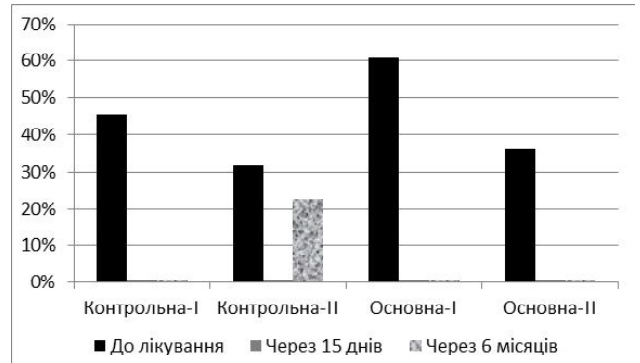


Рис. 6. Динаміка зміни показників бензидинової проби в процесі лікування та контрольного спостереження хворих ХГП.

У пацієнтів основної групи з діагнозом ХГКГ(I ступінь тяжкості) цей показник складав $1,12 \pm 0,23$, з II - $1,30 \pm 0,15$. В контрольній групі показники були відповідно $1,4 \pm 0,26$ та $1,9 \pm 0,25$ ($p < 0,05$). Середнє значення ІГ у пацієнтів основної та контрольної груп з I та II ступенями тяжкості перебігу процесу через 6 місяців після проведеного лікування відповідно знаходилось на рівні: $1,25 \pm 0,14$, $1,95 \pm 0,12$ та $1,32 \pm 0,21$, $2,14 \pm 0,16$ ($p > 0,1$).

Величина ІГ в обох диспансерних групах хворих ХГП у найближчі строки спостереження суттєво знизився і складав $1,37 \pm 0,19$ в основній та $1,40 \pm 0,9$ у контрольній групах хворих I ступенем пародонтиту ($p > 0,05$). В осіб із II ступенем захворювання зменшення ІГ більш зна-

чимо в основній групі ($1,28 \pm 0,047$) у порівнянні з контрольною, де значення ІГ становить $1,60 \pm 0,13$ ($p < 0,05$). Зменшення або повне зникнення запальних явищ позитивно відзначалось на динаміці значення індексу Федорова-Володкіної в віддалені строки спостереження. Він знизився до рівня $1,06 \pm 0,08$ (I ступінь), $1,24 \pm 0,043$ (II ступінь) у хворих основної групи ($p < 0,05$). Значення ІГ в осіб контрольної групи перевищували вказані показники і склали відповідно $1,44 \pm 0,09$ та $1,60 \pm 0,16$ ($p > 0,1$). Таким чином, приведені вище дані свідчили про покращення ІГ у диспансерних хворих.

Свідченням нормалізації стану вільних і прикріплених ясен у хворих гінгівітом також слугувала динаміка

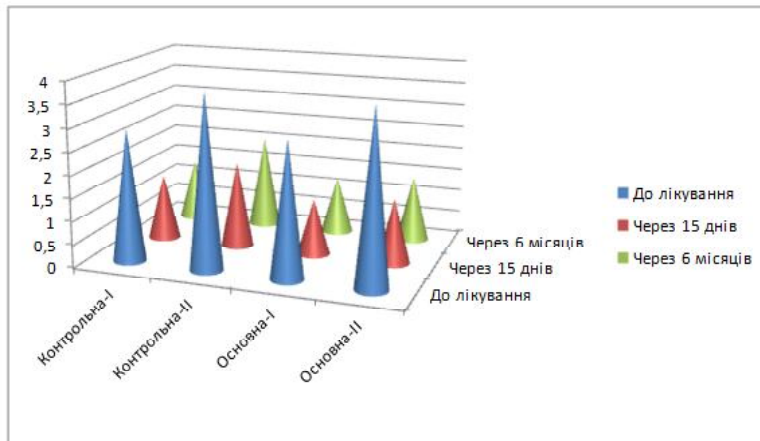


Рис. 7. Динаміка зміни індексу Ramfjord в процесі лікування та контрольованого спостереження хворих ХГП.

зміни індекса Loe(г) (рис. 5).

В основній групі в найближчі строки спостереження індекс Loe(г) мав значення в основній групі при I ступені тяжкості $0,041 \pm 0,030$ і $0,062 \pm 0,023$ при II ступені. У контрольній, відповідно: I ступінь - $0,14 \pm 0,066$, II ступінь - $0,17 \pm 0,093$ та $0,23 \pm 0,087$ ($p < 0,1$). В віддалені строки спостереження визначення індексу Loe(г) показало, що у хворих ХГКГ основної групи: I ступінь тяжкості $0,12 \pm 0,090$ та $0,18 \pm 0,093$ - II ступінь тяжкості. Відповідно в контрольній групі - $0,22 \pm 0,085$ і $0,26 \pm 0,072$ ($p > 0,1$).

Повне зникнення гноетечі, у всіх пацієнтів як основної так і контрольної груп хворих ХГП підтверджено бензидиновою пробою в найближчі строки спостереження та віддалені строки спостереження (рис. 6).

Через 15 днів після проведеного лікування гнійний екссудат в пародонтальних кишнях хворих ХГП основної і контрольної груп був відсутній. Через 6 місяців гнійний екссудат в пародонтальних кишнях зафіксовано за допомогою цієї проби тільки 22,72% випадків в групі контролю при II ступені ХГП. Це свідчить про достатньо високу клінічну ефективність як ЛК, так і 0,002% розчину

хлоргексидину біглюконату.

Зміни, що стосуються динаміки значень індекса Ramfjord представлені на рис. 7.

Його величина в найближчі строки спостереження у хворих з I ступенем пародонтиту в основній групі складала $1,23 \pm 0,22\%$, в контрольній - $1,44 \pm 0,26\%$ ($p > 0,1$). В осіб з II ступенем захворювання індекс Ramfjord в основній групі був $1,41 \pm 0,24$, в контрольній - $1,89 \pm 0,28$ ($p > 0,1$). Аналіз індексу Ramfjord через 6 місяців після проведеного лікування дає право констатувати, що в осіб з пародонтитом I ступеню в основній групі він склав $1,25 \pm 0,23$ проти $1,35 \pm 0,19$ в контрольній ($p < 0,05$). В обстежених з II ступенем пародонтиту індекс був нижчим: $1,43 \pm 0,13$ і $2,03 \pm 0,18$ відповідно ($p < 0,05$).

Таким чином, дані об'єктивного обстеження, що підтверджуються перерахованими індексами та пробами, свідчать про високу лікувальну ефективність ЛК при лікуванні ХГКГ і ХГП в найближчий та віддалений терміни спостереження.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікувальна композиція, що складається з карбоксиметилкрохмалю, оксиметилцелюлози, декаметоксину та полівінілацетатної дисперсії володіє вираженою антимікробною дією і є ефективним засобом при лікуванні гінгівіту і пародонтиту.

2. Використання цього засобу вдосконалює комплексне лікування запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонта, скорочуючи строки лікування та здешевлюючи його вартість.

Враховуючи результати отриманих досліджень раціонально вивчити ефективність використання ЛК для лікування інших захворювань пародонту та захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Список літератури

- Богданова В.О. Клинические возможности использования метаболитов микрофлоры в диагностике и лечении воспалительных заболеваний пародонта // В.О. Богданова, В.В. Свирин, М.Д. Ардатская // Стоматология для всех. - 2009. - №4. - С.46-50.
- Луцкая И.К. Болезни пародонта // Луцкая И.К. - М.: Медицинская литература, 2010. - 256с.
- Чепуркова О.А. Особенности микробиоценоза пародонтального кармана при генерализованном пародонтите средней степени тяжести / О.А.Чепуркова, М.Г.Чеснокова, В.Б. Недосеко // Институт стоматологии. - 2007. - №3. - С.86-88.
- Эффективность современной терапии заболеваний тканей пародонта / Г.Г.Манашев, Л.И.Лазаренко, Э.В. Мутаев [и др.] // Сибирское мед. обозрение. - 2012. - №5. - С.7-11.
- Lamster I.B. Antimicrobial mouthrinses and the management of periodontal diseases: introduction to the supplement // I.B.Lamster // JADA. - 2006. - Vol. 137, №11. - P.5-9.
- Rizzo A. Effect of metronidazole and modulation of cytokine production on human periodontal ligament cells / A.Rizzo // Intern. Immunopharmacol. - 2010. - Vol.10 (7). - P.744-750.
- Singh S. Evaluation of two local drug delivery systems as adjuncts to mechanotherapy as compared to mechanotherapy alone in management of chronic periodontitis: A clinical, microbiological, and molecular study // S.Singh, S.Roy, S.K.Chumber // J. Indian Soc. Periodontol. - 2009. - Vol.13(3). - P.126-132.

Береза Б.Н., Чепель Л.И., Береза Е.Н., Шевчук Н.Н.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ КОМПОЗИЦИИ С ДЕКАМЕТОКСИНОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Резюме. В работе изучалась клиническая эффективность лечебной композиции для лечения гингивита и пародонтита. С

помощью общепринятых и специальных методов клинического исследования доказано, что при использовании вышеупомянутого средства в сравнении с традиционными методами лечения сокращаются сроки лечения пациентов, увеличивается ремиссия. Полученные результаты позволяют рекомендовать изучаемую лечебную композицию для лечения воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, лечебная композиция.

Bereza B.M., Chepel L.I., Bereza Ye.M., Shevchuk N.M.

THE STUDY OF THE CLINICAL EFFICACY OF THERAPEUTIC COMPOSITIONS WITH DECAMETHOXINE IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED CATARRHAL GINGIVITIS AND CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Summary. *The goal of clinical trials was to study the clinical efficacy of the therapeutic compositions with decamethoxine to treat gingivitis and periodontitis. Using the conventional and special methods of clinical research proved that the application of the aforementioned is more efficient than traditional treatment, it has reduced term of treatment of patients and prolonged remission was achieved. The results allow to recommend investigated therapeutic composition for the treatment of inflammatory and dystrophic inflammatory forms of periodontal diseases.*

Key words: *gingivitis, periodontitis, therapeutic composition.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Палій Г.К.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2015 р.

Береза Богдан Миколайович - асистент кафедри хірургії з курсом стоматології факультету післядипломної освіти ВНМУ ім.М.І.Пирогова; bogdan.bereza@gmail.com

Чепель Лілія Іванівна - доцент кафедри хірургії з курсом стоматології факультету післядипломної освіти ВНМУ ім.М.І.Пирогова; zivalanh@gmail.com

Береза Євгеній Миколайович - лікар-інтерн комунального закладу "Хмельницька обласна стоматологічна поліклініка"; +38 0432 57-03-79

Шевчук Наталя Миколаївна - к.мед.н., доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології ВНМУ ім. М.І.Пирогова; ndivin@ukr.net
