

«Астана медицина университеті» КеАҚ

УДК:616.31-002-08

МПК:А61К31/728,А61Р1/02,А61Q11/00

Дүйсебаева Перизат Сауерханқызы

**ГИАЛУРОН ҚЫШҚЫЛЫ НЕГІЗІНДЕГІ ПРЕПАРАТТЫ
ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕДЕГІ ПАРОДОНТИТІҢ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМІНДЕ
ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

6М110100-«Медицина»

медициналық ғылымдарының магистр
академиялық дәрежесін беру үшін диссертация

Ғылыми жетекшісі: _____
м.ғ.к., профессор Суманова А.М.

Нұр – Сұлтан 2020 ж.

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	4
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	5
КЕСТЕЛЕР ЖӘНЕ СУРЕТТЕР ТІЗІМІ.....	6
КІРІСПЕ	8
1. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ	12
1.1. Пародонттың қабыну аурулары этиологиясы мен патогенезінің заманауи аспектілері.....	12
1.2 Созылмалы жайылмалы пародонтит ауруының пациенттердің өмір сапасына әсері.....	16
1.3 Гиалудент - гиалурон қышқылы негізінде препарат, оның стоматологияда қолданылатын фармакологиялық және медициналық-биологиялық қасиеттері.....	17
2. МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ	22
2.1 Тексерілген адамдардың жалпы сипаттамасы.....	22
2.2 Созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерді зерттеудің клиникалық әдістері.....	23
2.3 Пародонттың индекстік және арнайы бағалау әдістері.....	24
2.4 Рентгенологиялық зерттеулер.....	26
2.5 Ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес тұрақтылығын зерттеу.....	27
2.6 Созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерді емдеу.....	28
2.7. Пациенттердің өмір сапасын бағалау әдістемесі	31
2.8. Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу.....	31
3. ПАЦИЕНТТЕРДІ БАСТАПҚЫ КЛИНИКАЛЫҚ-ЗЕРТХАНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕРІ.....	33
3.1 Негізгі топ және салыстыру топтары пациенттерінің клиникалық сипаттамасы.....	33
3.2 Ауыз қуысының сілемейлі қабығының қызылиек сұйықтығының және спецификалық емес резистенттілігінің көрсеткіштерін зерттеу нәтижелері	37
3.3 Созылмалы жайылған пародонтитпен жеңіл дәрежедегі пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері.....	39
4 ТАРАУ. СОЗЫЛМАЛЫ ЖАЙЫЛҒАН ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕДЕГІ ПАРОДОНТИТІ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	41
4.1 Емдеуден кейінгі жүргізілген клиникалық көрсеткіштер.....	41
4.2 Қызылиек сұйықтықтың және ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес резистенттілігі көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау.....	46
4.3 Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері.....	49
ҚОРЫТЫНДЫ	51

ТҰЖЫРЫМДАР	56
ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР	57
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	58
ҚОСЫМШАЛАР	66

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі стандарттарға сәйкес сілтемелер қолданылды:

1. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі №193 – IV Кодексі.
2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті төрағасының 2015 жылғы 10 қыркүйектегі № 736 бұйрығымен пародонт ауруларын кешенді емдеуге және алдын алуға арналған «Гиалудент гель» медициналық мақсаттағы бұйымның медицинада қолданылуы жөніндегі нұсқаулық.
3. РИ-МУА-18-12. Жұмыс нұсқаулығы. Магистрлік диссертацияның мазмұнына, ресімделуіне және қоралуына қойылатын талаптар. «Астана медицина университеті» АҚ басқармасының жылғы желтоқсандағы шешімімен бекітілген.

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

- ГАГ - гликозаминогликандар
ГҚ - гиалурон қышқылы
ГИ - ауыз қуысының гигиеналық индексі
ҚС – қызыл иек сұйықтығы
ОЦК – орта цитоморфологиялық коэффициент
ОНИ-S – гигиеналық индекс
ПИ - пародонтальды индексі
РВИ - қанағыштық индексі
РМА - папиллярлық-маргинальдық-альвеолярлық индексі
РФ – Ресей Федерациясы
рН – сутек көрсеткіші
СЖП - созылмалы жайылмалы пародонтит

КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

1 кесте	Қарастырылған науқастарды жынысы және жасына қарай бөлу	22
2 кесте	СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерді емдеуге дейінгі ауыз қуысының жағдайын ($M \pm SD$) индекстік бағалау нәтижелері.....	34
3 кесте	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері ($M \pm SD$).....	39
4 кесте	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттердегі ОНИ-S гигиеналық индекстің өзгеру динамикасы.....	42
5 кесте	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РМА	

	индексінің өзгеру динамикасы.....	43
6 кесте	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РВІ индексінің өзгеру динамикасы.....	44
7 кесте	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ПИ көрсеткіштерінің өзгеру динамикасы.....	45
8 кесте	Бақыланатын топтардың емделушілеріндегі ҚС санының динамикасы.....	46
9 кесте	Бақыланатын топтардың емделушілерінде рН қызылиек сұйықтығының динамикасы.....	47
10 кесте	СЖП жеңіл дәрежедегі бар пациенттерде қызылиектің эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілетілігінің көрсеткіштері.....	48
11 кесте	Емінен 6 және 12 айдан кейін негізгі топ пен салыстыру тобы пациенттерінің өмір сапасы параметрлерінің мән.....	49
1 сурет	Науқастарды жынысы бойынша бөлу, пайыздық көрсеткіштері	23
2 сурет	ҚС мөлшерін сүзгі қағазының жолағын қолдана отырып өлшеу	25
3 сурет	Қызыл иек сұйықтығының рН анықтау үшін индикаторлық жолақтар.....	26
4 сурет	Пациентке ауыз қуысының кәсіби гигиенасы жасалды.....	29
5 сурет	Пациентке жабық кюретаж жүргізілді.....	29
6 сурет	Гиалудент №2 гелі.....	30
7 сурет	Бастапқы тексеру кезінде СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде болатын шағымдарының құрылымы (%)......	33
8 сурет	Емдеуге дейінгі жеңіл дәрежедегі СЖП бар пациенттерде тісжегінің қарқындылық индексінің көрсеткіштері (баллдар).....	34
9 сурет	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде ОНІ-S гигиена индексінің көрсеткіштері (баллдар).....	35
10 сурет	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде РМА гингивиті индексінің көрсеткіштері (%)......	35
11 сурет	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде Расселдің пародонтальдық индексінің көрсеткіштері (баллдар)	36
12 сурет	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежедегі бар пациенттерде РВІ индексінің көрсеткіштері (баллдар).....	36
13 сурет	СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттердің емдеуге дейінгі қызылиек сұйықтығының мөлшері.....	37
14 сурет	СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттердің емдеуге дейінгі қызылиек сұйықтығының рН көрсеткіштері.....	37
15 сурет	Емдеуге дейін СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерде ауыз қуысы сілемейлі қабатының эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілетінің көрсеткіштері.....	38
16 сурет	10-нан 50-ге дейін микроорганизм адсорбцияланған 2-ші топқа жататын ауыз қуысының сілемейлі қабаттың эпителиалды жасушасының микрофотографиясы. Романовский-Гимзе әдісімен боялған	38

17 сурет	Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттердің өмір сапасын бағалау көрсеткіштері (баллмен).....	39
18 сурет	Бақыланатын топтардағы пародонт тіндерінің клиникалық жағдайы қалпына келтірудің салыстырмалы мерзімдері.....	41
19 сурет	Негізгі топ пен салыстыру тобындағы пациенттердегі ОНІ-S гигиеналық индекстің өзгеру динамикасы.....	42
20 сурет	Негізгі топ пен салыстыру тобындағы пациенттерде РМА индексінің өзгеру динамикасы.....	43
21 сурет	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РВІ индексінің өзгеру динамикасы.....	44
22 сурет	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ПИ өзгеру динамикасы.....	45
23 сурет	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ҚС санының өзгеру динамикасы.....	46
24 сурет	Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ҚС рН көрсеткішінің өзгеру динамикасы.....	47
25 сурет	100-ден астам микроорганизмдерді адсорбциялайтын белсенділіктің 4 тобы қызылиектің сілемейлі қабығының эпителиалды жасушасының микрофотографиясы. Романовский-Гимзе бойынша боялған.....	48
26 сурет	Емнен 6 және 12 айдан кейін негізгі топ пен салыстыру тобы пациенттерінің өмір сапасы көрсеткіштерінің динамикасы.....	50

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі.

Пародонт қабыну ауруларының кең таралғаны өршу қарқындылығына байланысты жаңашыл стоматология ғылымының өзекті мәселелерінің бірі бұл аурудың этиологиясын, патогенезін және емдеудің тиімділігін арттыру болып табылады [1,2,3].

Көптеген авторлар пародонттың қабыну ауруларын кешенді терапиямен емдеу қажеттілігін атап көрсетеді [4,5,6]. Қазіргі заманғы ұғымдарға сәйкес, бактериялық агрессия пародонт ауруларының пайда болуының бастамашы факторларының бірі бола отырып, ол ағзаның жауап реакциясының сипаты мен қарқындылығына байланысты пародонтальды кешеннің әртүрлі зақымдануларының және адам организміндегі кері өзгерістердің дамуына себепші болады [7,8,9]. Микрофлора белгілі бір дәрежеде микробқа қарсы терапиямен басылса да, бұл деструктивті процестің тоқталуына кепілдік бермейді, өйткені ол пародонттың зақымдалу аймағында басқа микроағза өкілі қабынулық микроциркуляторлы дегенеративті тізбекті реакциялардың механизмдерімен ұсталып тұруы мүмкін [10,11].

Пародонттың қабыну ауруының патогенезінде ерекше рөлді гиалурон қышқылы атқарады [12,13]. Гиалурон қышқылы жасушалық тіндік рецепторлармен беткей байланыса отырып, фибробластардың миграциясын және клеткалық пролиферацияны ынталандырады [14]. Сондай-ақ, гиалурон қышқылы фагоциттер мен иммунокомпонентті клеткалардың қызметтік жағдайын үлгілейді. Жасушааралық кеңістікті қалыптастыра отырып, гиалурон қышқылы жасушаларға қоректік заттардың түсуін және метаболизм өнімдерін жоюды жеңілдетеді. Гиалурон қышқылы жасушааралық затты тұрақтандыра отырып, пародонт ткандеріне бөгде заттардың вирустардың, бактериялармен олардан бөлінетін токсиндердің енуінен қорғайды. ГҚ қорғаныс әсері, пародонт жасушаларын қоршайтын ГАГ-дармен аққуыздардан түзілген матрикске уақытша еніп, жасушаларға улы зат токсиндерін кіруін қиындатады. Және оның құрамындағы белсенді активті емдік қоспалар микроб өкілдеріне қарсы әсер етеді.

Пародонттың қабыну-деструктивтік ауруларын емдеу әдістерін әзірлеудегі жетекші бағыт пародонттың бұзылған құрылымдарын қалпына келтіру үшін жағдай жасай отырып, жергілікті қабынуға қарсы, микробқа қарсы терапия болып табылады. Жергілікті дәрі-дәрмектердің арасында пародонт ұлпаларында ұзақ уақыт ұстап, емдік әсер ете алатындарға артықшылық береді. Бұл тұрғыда гиалурон қышқылы негізіндегі препараттар антибактериалды дәрілердің қосылуымен қызығушылық тудырады [15,16].

Қазіргі уақытта гиалурон қышқылы – гиалуронидаза (фермент) жүйесінің капиллярлы — дәнекер құрылымдарының өткізгіштігін реттеуде елеулі рөлі туралы даусыз дәлелдер бар. Гиалуронидаза микроорганизмдермен (тканьді гиалуронидаза) өндірілетін гликозаминогликандар деполимеризациясын

тудырады, гиалурон қышқылының ақуызбен (гидролиз) байланысын бұзады, осылайша бөгеттік қасиеттерді жоғалтумен дәнекер тінінің өткізгіштігін күрт жоғарылатады. Демек, гликозаминогликандар пародонт тіндерін бактериялық және уытты агенттердің әсерінен қорғауды қамтамасыз етеді [17].

Гиалурон қышқылының эпидермальды тосқауылдан өтуі пассивті диффузияға қарағанда, белсенді транспорт екендігі дәлелденді. ГҚ өзі пародонт тіндерінің терең қабаттарына еніп, сонымен қатар басқа да биобелсенді компоненттердің тасымалдаушысы бола алады [18].

Осыған байланысты практикалық стоматологияда ГҚ –ң басқа дәрілік компоненттермен бірге аралас препараттары қызығушылық тудырады [19, 20, 21].

«НКФ Омега Дент» компаниясы ГҚ негізінде кең спектрлі материалдарды жасады. Пародонт және ауыз қуысы сілемейлі қабығының ауруларын кәсіби түрде емдеу үшін құрамында жеке ГҚ бар, сонымен қатар ГҚ-ң антисептикалық, қабынуға қарсы компоненттерімен және антибиотиктермен аралас препараттар ұсынылды. Сонымен, халық арасында пародонтит ауруының жоғары деңгейіне байланысты, бірінші жағынан, және ГҚ негізіндегі заманауи стоматологиялық заттардың әзірлеуіне, басқа жағынан, сөзсіз, осы препараттар тиімділігіне зерттеу жүргізу қажеттілік тудырады.

Зерттеудің мақсаты:

Жеңіл дәрежелі созылмалы жайылған пародонтиттің жергілікті емінде гиалурон қышқылына негізделген препаратты қолдану тиімділігін зерттеу.

Зерттеудің міндеттері:

1. Клиникалық тексеру және зертханалық деректер негізіндегі созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтит кезінде пародонт тіндерінің жағдайын бағалау;
2. Гиалурон қышқылы негізіндегі препаратпен емдеуден кейінгі, таяудағы және алыс мерзімдерінде жеңіл дәрежедегі пародонтиты бар пациенттердің пародонт тіндері жағдайы клиникалық өзгерістерінің, қызылиек сұйықтығы (мөлшері, рН) және ауыз қуысы спецификалық емес резистенттілігі көрсеткіштерінің динамикасын зерттеу;
3. Гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты қолдануымен, жеңіл дәрежедегі пародонтитпен пациенттерді емдеу тиімділігіне талдау жүргізу.

Зерттеу нысаны мен пәні:

Зерттеу нысаны - созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар 65 пациент, оларды 2 топқа бөлінді. Олардың негізгі топ - 35 адамға, жергілікті емінде «Гиалудент №2» гелін қолдандық. Ал салыстырмалы топ - 30 адамға, жергілікті емінде «Метрогил Дента» гелін қолдандық.

Зерттеу пәні – созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежелі пародонтиті бар пациенттердің жергілікті емінде «Гиалудент №2» гелі мен «Метрогил Дента» гелін қолданудағы салыстырмалы тиімділігін зерттеу.

Зерттеу әдістері:

Пациенттердің клиникалық (стоматологиялық) тексеру, пародонт тіндерінің жағдайын индекстік бағалау, қызылиек сұйықтығын, ауыз қуысы

сілемейлі қабығының спецификалық емес резистенттілігін зерттеу, өмір сапасын бағалау.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы:

Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттердің емдеу алдындағы және гиалурон қышқылына негізделген препаратты қолданғаннан кейінгі қысқа және ұзақ мерзімдердегі қызылиек сұйықтығының, ауыз қуысының спецификалық емес резистенттілігінің көрсеткіштері анықталды.

Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттерін жергілікті емдеуде дәстүрлі және гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты қолданудан кейін, ауыз қуысының қызылиек сұйықтығы мен спецификалық емес резистенттілігінің көрсеткіштерімен салыстырмалы тиімділігі зерттелді.

Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежелі пародонтиті бар пациенттердің жергілікті емінде дәстүрлі және гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты қолдануда өмір сапасын салыстырмалы бағалау жүргізілді.

Тәжірибиелік маңыздылығы:

Зерттеу нәтижелері ГҚ негізіндегі гелдің дәстүрлі препаратқа қарағанда тиімділігі жоғарырақ дәрі ретінде жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтиттің жергілікті емінде ұсынуға мүмкіндік береді. Жүргізілген емдеудің тиімділігін бағалау үшін ауыз қуысының қызыл иек сұйықтығының және спецификалық емес резистенттілігінің, өмір сапасының көрсеткіштерін анықтау ұсынылады.

Негізгі диссертацияның қорғауға шығарылатын ұсынылатын тұжырымдар:

1. Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиттің терапиясында гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты қолдану пародонт тіндеріндегі қабыну процесін тез тоқтатуға және емдеу мерзімдерін қысқартуға ықпал етеді.
2. Құрамында гиалурон қышқылы бар «Гиалудент №2» препаратты қолдана отырып, созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтитті кешенді емдеу ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес резистенттілігінің дамуына ықпал етеді.
3. Гиалурон қышқылы негізіндегі препарат пародонт тініне ұзақ қабынуға қарсы әсер етеді, аурудың ремиссия мерзімін ұзартады және жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтитті жергілікті емдеу үшін тиімді құрал ретінде ұсынылуы мүмкін.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы. Диссертациялық зерттеу жұмысы кіріспе, әдебиеттік шолу, негізгі бөлімі, өзіндік зерттеу жұмысының нәтижелері, қорытынды, тұжырымдар, практикалық ұсыныстар және пайдаланылған әдебиеттер тізімі мен қосымшалардан тұрады. Диссертация материалдары компьютерлік терімнің 68 бетінен құралған, 11-кесте, 26-суретті қамтиды, пайдаланылған әдебиеттердің тізімі 98 атаудан тұрады (75 басылым орыс тілінде, 23 – шет тілдерінде).

Диссертация апробациясы. Диссертациялық жұмысының негізгі тұжырымдары «Астана медицина университеті» КеАҚ 55-жылдығына арналған студенттер мен жас ғалымдардың ғылыми-тәжірибелік конференцияда (2 қазан 2019 ж., Нұр-Сұлтан қаласы), «Астана медицина университеті» КеАҚ стоматология және бет-жақсүйек хирургиясы кафедрасының отырыстарында баяндалды және талқыланды.

1 ТАРАУ. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

1.1 Пародонттың қабыну аурулары этиологиясы мен патогенезінің заманауи аспектілері

Ғасырлар бойы адамзат өзінің өмір сүруінде зардап шегетін барлық стоматологиялық аурулардың арасында тіс жегісінен кейін екінші орында пародонт аурулары тұр [22]. Н. Ф. Данилевский және басқа авторлардың айтуы бойынша - жақ-бет аймағында ең кең таралған және күрделі зақым келтіретін (тістен айырылу) патологиялардың бірі - бұл пародонт аурулары [23, 24, 25, 26, 27].

Пародонт ауруларының жоғары таралуы мен қарқындылығы, тістің уақытынан бұрын жоғалуы, жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі, психоэмоционалды саланың бұзылуы, ағзада ошақтық жағдай туғызатын аурулардың пайда болуымен қатар, ғалымдардың әр түрлі дәрілік заттарды пайдалана отырып емдеудің жоғары нәтижелілігі үшін жоғарыда аталған аурулардың кешенді терапиясында неғұрлым тиімді дәрі-дәрмектік заттарды одан әрі іздестіруге итермелейді. Өйткені пародонт аурулары науқастың ас қорыту функцияларына, психоэмоционалдық салаға қолайсыз әсер етеді, ағзаның жұқпалы және басқа да факторлардың әсері сенсбилизацияға әкеледі. Пародонттың қабыну ауруларының жоғары таралуы мен аурудың тіс-жақ жүйесіндегі әкелетін елеулі өзгерістері мен, келтіретін зардабы бұл проблеманы тек әлеуметтік емес, жалпы медициналық етеді [28, 29].

Пародонт аурулары өзінің шығу тегі, даму механизмі және клиникалық ағымы әртүрлі. Кейбір пародонт аурулары көбінесе созылмалы, жіті немесе жеделше түрде өтеді, басқаларға өзгеше дистрофиялық өзгерістер тән. Қазіргі уақытта қабыну сипатындағы созылмалы пародонт аурулары неғұрлым терең зерттелгені, бұл бірінші кезекте олардың кең таралуымен байланысты.

Пародонт тіндерінің созылмалы қабыну аурулары ежелгі уақыттан бері белгілі ауруларға жатады. Адамзаттың өсуі және дамуымен бірге пародонттың қабыну ауруларының таралуы күрт арту үстінде. Егер 80-90 жылдардың басында бұл ауру 40 және одан жоғары жастағы егде адамдарда кездескен болса, онда қазіргі таңда бүкіл әлем бойынша "жасы біршама кішірейгені" байқалады. Бұл пародонт тіндерінің жай-күйін сипаттайтын көрсеткіштерді анықтауды қарастыратын талдау негізінде халықты эпидемиологиялық тексеру нәтижесінде анықталды.

Пародонт тіндерінің созылмалы қабыну ауруларынан зардап шегетін планетаның халық пайызы 70-98% құрайды. Пародонт тіндерінің созылмалы қабыну ауруларынан зардап шегетін адамдардың көп саны Африка өңірі (90%) және Оңтүстік-Шығыс Азия (95%) елдерінде анықталды. Америкада интактілі пародонты ересек халықтың пайызы 18% – ды, ал Еуропалық одақ елдерінде - 20% - ды құрайды [30].

2-ші ұлттық эпидемиологиялық зерттеу мәліметтеріне сәйкес, РФ 47 аймағында гендерлік белгілері мен жасы бойынша пародонт ауруының таралу

жиілігі әр түрлі. Сау пародонт Ресей халқының 10% - да кездеседі. Халықтың 52% - да бастапқы сипаттағы қабыну белгілері байқалады, ал халықтың 24% - да орташа және 14% - да ауыр дәрежедегі көріністер бар.

РФ халқы арасында пародонт тіндерінің созылмалы қабыну ауруларының кездесу жиілігі 89% құрайды. Бұл ОФО (Орталық федералдық округі), СБФО (Солтүстік-Батыс федералдық округі), және СФО (Сібір федералды округі) интактілі пародонт тұрғындарының 15% байқалады [31].

Қазақстан Республикасында пародонт тіндерінің ауруларының ең үлкен тобы - қабыну (гингивит, пародонтит) аурулары. Олар барлық пародонт ауруларының 94-96% құрайды. Гингивит (катаральды немесе гипертрофиялық) және пародонтит бірдей қоздырғыш факторларға ие. Қазақстан Республикасында қазіргі таңда балалардағы пародонтальды ауру кең таралған. ДДСҰ мәліметтері бойынша, балалардың 80% -ында пародонт ауруы кездеседі. Балалық шақта гингивиттің таралуы 80%, пародонтит 3-5% құрайды. Көбінесе пародонт ауруы 9-10 жастан бастап анықталады [32]. Олар қабынулы, дистрофиялық және ісікті болуы мүмкін. Бұл аурудың екі түрі өзара байланысты. Гингивитпен қабыну процесі тек қызылиекпен ғана шектеледі. Қабынудың басқа пародонт тіндеріне таралуы күрделі, ауқымды (периодонт, тіс түбірі цементі, альвеолярлы сүйек) пародонтиттің дамуына әкеледі.

Ересектер ғана емес, балалар мен жасөспірімдер арасында пародонтальды аурулардың проблемалары кең таралған. 7-ден 19 жасқа дейінгі пародонтитпен ауыратын 4028 бала мен жасөспірімді зерттеуге алынып, зерттеу Қызылорда, Маңғыстау және Алматы облыстарында жүргізілген. Пародонтальды тіндердің жағдайын зерттеді. РМА индексін анықтау, Шиллер-Писарев сынамаcы, қан кету (қанағыштық), тіс қағы (бляшка) мен тіс тасының болуы, пародонтальды қалтаның тереңдігі анықталды. Нәтижесінде Маңғыстау аймағында пародонт ауруының таралуы 84% -ға, Қызылорда облысында 82,6% -ға жетеді, бұл балалар мен жасөспірімдер негізінен экологиялық қолайсыз аймақтардағы ауыл тұрғындары жоғары білікті стоматологиялық көмек көрсететін облыстарда пародонт патологиясы тиісті деңгейге қойылмағанымен түсіндіріледі [33].

Пародонттың қабыну ауруларының пайда болуына бактериялық тіс қағы әсер етеді (тіс құтысы). Микроағзалардың көп саны: 1 мг тіс қағында 100-ден 300 млн-ға дейін, онда 500-ден астам микроағзалар түрі табылды. Бірақ, пародонттағы қабыну процесінің дамуымен штаммдардың аз мөлшері байланысты [34, 35].

Алғаш рет қызыл иекте қабыну пайда болған, ауруды тудыртқан тіс қағының ағзаларының рөлі туралы, олардың агрессивті ферментті бөлгенін Зоненверт (1958) өзінің жұмыстарында хабарлады. 1963 жылы Розбери өз әріптестерінің көзқарасын растады. Кейінірек бұл бақылаумен де, экспериментте де дәлелденген [36].

Ауыз қуысы флорасының тұрақты өкілдері, сондай-ақ ауыз қуысында тұрақты өкілдіктері емес микроорганизмдер табылуы мүмкін [37, 38].

Микробтық қақтың пайда болуына ықпал ететін факторлар тістің өздігінен жеткіліксіз тазартылуы, тістерге қанағатанарлықсыз күтім жасау, ауыз сұйықтығы мен сілекейдің сапалық және сандық өзгеруі болып табылады. Пародонттың қабыну қарқындылығы және гигиена индексі көрсеткіштері арасындағы тікелей тәуелділік көрсетілген. Ауыз қуысы гигиенасын елемей тістерде микроорганизмдердің жиналуына әкеледі: төрт сағаттан кейін тіс тазалағаннан кейін, тіс беткейінде 1 мм^2 бактериялардың 10^3 - 10^4 саны анықталады. Олардың арасында *Streptococcus* және *Actinomyces*, сондай-ақ: *Haemophilus*, *Actinobacillus actinomycetcomitans* сияқты грамтеріс, факультативтік анаэробты таяқшалар, *Bacteroides* spp., *B.fragilis*, *B.distassons*, *B.ovatus*, *B.thetaiotamicron*, *B.melaninigenicus*, *B.vulgatus*, *B.caccae*, *B.uniformis*, *Fusobacterium* spp., *Eubacterium* spp, *Clostridium* spp., сонымен қатар *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. [39,40, 41,42]. 3-4 күннен кейін мұндай микробтық массалар гингивиттің пайда болуына әкеледі, бактериялар көбею үшін жаңа қолайлы жағдайлар қалыптастырылады және микрофлораның құрамы өзгереді. Тұрақты гингивит кезінде зақымдалған учаскелерінде облигатты анаэробтар санының артуын анықтайды, әсіресе бактериодтар тобынан және бұрмаланған формалар пайда болады. Тістердегі микробтық жинақтар жиі кальций фосфаттарымен минералданып, тіс тасын қалыптастыруына әкеп соқтырады, кейін ол тіс беткейіне және тереңдігі ұлғая жатқан пародонтальды қалталардың микробтық ретенциясына қолайлы жағдай жасайды [43].

Пародонт ауруы кезінде грам теріс анаэробты флора басым: бактериодтар мен фузобактериялар, көп мөлшерде спирохеталар болады. Көпішілік зерттеулері бойынша пародонт зақымдануын бактериялардың монокультура емес, олардың миксттік түрлері жиі туындайды [26, 44,45,46,47,48,49].

Пародонт тіндерінің жай - күйіне микроорганизмдердің тіршілік ету өнімдері - токсиндер әсер етеді. Экзотоксиндер (грам(+)) оң микрофлораның туындылары) ауыз қуысы үшін әдеттегі және айқын патогенетикалық әлеуетке ие. Эндотоксиндер (грам(-)) теріс микрофлораның туындылары) температуралық әсерлерге төзімді, агрессивті әсер көрсетеді, антиденелердің қалыптастыруын ынталандырады, вазомоторлық бұзылуларды тудырады, жасушалық зат алмасуларды бұзады, ауыз протеолизін жүзеге асырады және анафилактикалық реакциялар дамуына әкеледі. Хемотоксикалық фактор микробтық шабуыл орнына полиморфты-ядролық лейкоциттердің миграциясын тудырады [50].

Микрофлораның агрессивті әсері мембранадағы бактерияның протеолитикалық ферменттер мен эндотоксиндердің бөлуімен байланысты, олар пародонт тіндеріне тікелей зиян келтіреді және дененің спецификалық және спецификалық емес қорғанысы факторларының теріс өзгерістерін тудырады [51,52,53].

Қазіргі заманғы ұғымдарға сәйкес, пародонт ауруларын дамытудағы бастапқы факторлардың бірі болып табылатын бактериялық агрессия, пародонтальды кешеннің зақымдалуының әр түрлі түрлерін ағзаның жауап

реакциясының сипаты мен қарқындылығына байланысты тудырады. Микрофлора белгілі бір дәрежеде микробқа қарсы терапиямен басылса да, деструктивті үдерісті тоқтатуға бұл толық кепілдік емес, өйткені ол зақымдану аймақтарындағы қабынбалы, микроциркуляторлы, дегенеративті тізбекті реакцияларының аутокаталитикалық механизмдерімен сақталуы мүмкін [54, 55].

Қазіргі уақытта капиллярлы-дәнекер құрылымдарының өткізгіштігін реттеуде гиалурон қышқылы-гиалуронидаза жүйенің маңызды рөл туралы даусыз деректер бар [56,57,58]. Микроорганизмдермен өндірілетін гиалуронидаза (тканьді гиалуронидаза) ГАГ деполимеризациясын тудырады, гиалурон қышқылының ақуызмен (гидролиз) байланысын бұзады, осылайша дәнекер тіннің барьерлік қасиеттерінің жоғалтуымен өткізгіштігін күрт жоғарылатады. Демек, ГАГ пародонт тіндерін бактериялық және уытты агенттердің әсерінен қорғауды қамтамасыз етеді.

Гиалурон қышқылы жасушалық беткей рецепторларымен өзара әрекеттесіп, фибробластардың миграциясын және жасушалық пролиферацияны ынталандырады, фагоциттер мен иммунокомпетенттік жасушалардың функционалдық жағдайын модульдейді.

Жасушааралық кеңістікті қалыптастыра отырып, ГҚ жасушаларға қоректік заттардың түсуін және метаболизм өнімдерін жоюды жеңілдетеді. Барлық осы қасиеттері пародонт тіндерін регенерациялауда өте маңызды.

ГҚ үлкен су ұстағыш қабілеті бар – бір ГҚ молекуласы 200-300 су молекуласын байланыстырады. Сондықтан ГҚ-ң айтарлықтай мөлшері бар тіндер суға толы және олар серпімділік, сыртқы әсерлеріне тұрақтылық қасиеттеріне ие. Басқа протеогликандармен бірге ГҚ жасушааралық матрикс құрамына кіреді. Жасушааралық затты тұрақтандыра отырып, ол пародонт тіндерін микроорганизмдердің, вирустардың, токсиндердің енуінен қорғайды. Оның қорғаныс әсері, бұл ол пародонт жасушаларын қоршайтын гликозаминогликандар мен белоктардан тұратын матриксіне уақытша кіреді және сол арқылы жасушаларға улы заттардың енуін қиындатады.

Пародонт ауруларының негізгі патогенетикалық механизмдері: жасушалардың зақымдануы (полиморфты-ядролық лейкоциттер және т. б.); биологиялық белсенді заттардың - серотониннің, гистамин, брадикининнің, простагландиндердің және т. б. құрамының жоғарылауы; микроциркуляцияның бұзылуы; қан тамырлы-тіндік өткізгіштігінің жоғарылауы, экссудация және клеткалық инфильтрация құбылыстары, қызыл иек дәнекер тіннің негізгі затының деполимеризациясы, коллаген құрылымының бұзылуы, транскапиллярлы алмасудың бұзылуы, эпителий акантозы және қызыл иек сайы эпителийінің ауыз қуысы эпителиймен ауыстырылуы, тіс қызылиек бекітілуінің бұзылуы және қызыл иек қалтасының пайда болуы [59,60].

Белгілі болғандай, кез-келген қабыну реакциясы оның құрамына ақуыз молекулалары қосылған фосфолипидтердің үздіксіз биологиялық қабатын құрайтын биологиялық мембраналардың зақымдануынан басталады [61].

1.2 Созылмалы жайылмалы пародонтит ауруының пациенттердің

өмір сапасына әсері

Пародонт аурулары адамның денсаулығына ғана емес, сонымен бірге адамның эмоционалды және әлеуметтік жағдайларына да әсер етеді. Анамнезінде СЖП бар пациенттердің психоэмоционалды стресстің белгілері анықталады, олар өздерінің күлімсіреу мен келбетке эстетикалық қанағаттанбау, ыңғайсыздықтың болуы, ауыз қуысының жағымсыз иіс, қызыл иекте қанағаштық, ауырсыну, күйдіру сезімдері, тістердің болмауы сияқты көріністер бірге пациенттердің өмір сапасының көрсеткішін азайтады [24].

Бүгінгі таңда осы аспектіні зерттеу медициналық зерттеулердің қажетті құрамдас бөлігі болып табылады. Қоғамның дамуымен адамның өз денсаулығына деген көзқарасы өзгереді. Мұндай өзгерістердің негізі әлеуметтік жағдайға әсер етуі мүмкін аурудың салдары, сонымен қатар медициналық емдеу адамның өмір сүру сапасын жақсартады және сол арқылы оның ұзақтығын арттырады деген түсінік [62].

Науқастарды емдеу тиімділігінің маңызды өлшемдерінің бірі - бұл өмір сапасын зерттеу. Оның зерттеушісі оқып білу үшін үлкен маңызға ие, оның арқасында әртүрлі аурулары бар адамның психоэмоционалды, физикалық және әлеуметтік жағдайын бағалауға болады [63,64].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының пікірінше, өмір сапасы дегеніміз - жеке адамдардың олардың өмірдегі жағдайын мәдениет тұрғысында қабылдауы және олар өмір сүретін құндылықтар жүйесі, өздерінің мақсаттарына, күтулеріне, стандарттары мен мүдделеріне сәйкес, қоғам және оның өз ішіндегі ыңғайлылықтың көрсеткіші. Оны бір адамға да, адамдар тобына да бағалауға болады [65].

Стоматологиялық денсаулыққа байланысты өмір сапасы термині қазіргі отандық және шетелдік медициналық әдебиеттерде кеңінен қолданылады.

Стоматологиялық өмір сапасын бағалау, оған ауыз қуысының күйіне әсер ететін субъективті белгілермен анықталады, сонымен бірге стоматологиялық көмекке қажеттілік бағаланады.

Өмір сапасының стоматологиялық критерийлерін қолдану стоматологиялық денсаулығының жоғалу дәрежесін, психоәлеуметтік және қаржылық-экономикалық салдары сияқты параметрлерді бағалауға мүмкіндік береді [66].

Өмір сапасы көрсеткіштері науқастың жағдайына байланысты әркез өзгеріп отырады, сондықтан оны емдеудің барлық кезеңінде жүргізу керек және қажет болған жағдайда оны түзету қажет. Науқастың оның жағдайын бағалауға қатысуы оның жай-күйінің маңызды және ақпараты көрсеткіші болып табылады [67].

Бүгінгі күні стоматологиялық профилі бар пациенттердің өмір сапасын бағалау үшін әртүрлі индекстік көрсеткіштер қолданылады.

Ресейлік ғалымдардың өмір сапасын зерттеу үшін OHIP-49 RU халықаралық сауалнамасының жеңілдетілген нұсқасы болып табылатын OHIP-14 индексіні қолданған бірқатар зерттеулер бар [68].

Беленова И.А. және Кобзева Г.Б. (2014), Нагорнев С.Н. және т.б. (2018) авторлар бойынша СЖП өмір сапасына тікелей әсері анықталды. Емдеу нәтижелері сауалнамаларға сәйкес көрсеткіштерінің оң динамикасын көрсетті [69, 70].

Буляков Р.Т. және т.б. (2014) зерттеуінде ОНІР-49RU сауалнамасын қолдану арқылы өмір сапасы деңгейінің созылмалы жайылмалы пародонтиттің жасына және ауырлығына тікелей тәуелділігі туралы хабарлады. Процесс күшейген кезде көрсеткіштің күрт төмендеуі байқалады [71].

Меньшикова Ю.В. жұмысында (2011) ОНІР-14 сауалнамасын қолдануға негізделген консервативті терапиядан кейінгі пародонт аурулары бар науқастарда өмір сапасының оң динамикасының мысалын келтіреді. Ақпаратты талдау, алғашқы көрсеткіштермен салыстырғанда дәрілік терапияны қолданғаннан кейін өмір сапасы индексінің төмендеуін көрсетті [72].

Осколкова Д.А. және т.б. бойынша (2013), ауыр пародонтитпен ауыратын науқастардағы анкеталық сауалнаманы талдау барлық өлшемдері бойынша өмір сапасының төмен деңгейін көрсетті [73].

Сонымен қатар, зерттеушілер қабыну пародонт аурулары бар науқастарға бейімделген, арнайы емес SF-36 сауалнамасын кеңінен қолданады. Сауалнама денсаулықтың жай-күйіне әсер ететін адам өмірінің аспектілері мен жалпы әлауқатын көрсетеді. Стоматологиялық тәжірибеде емдеу нәтижелерінің пациенттердің өмір сапасына әсерін бағалау үшін қолданылады [62].

Олардың ең үлкен маңыздылығы субъективті индикаторлар негізінде емдеу қажеттілігін бағалау мүмкіндігі болып табылады, бұл халыққа стоматологиялық қызмет көрсетуді жоспарлау үшін өте маңызды.

Кан В.В. және т.б. (2012), барлық осы анкеталар ұқсас схема бойынша құрылған және келесі бөлімдерді қамтиды: қызметінің бұзылуы, ауырсыну сезімдері, сыртқы эстетика және т.б. Олардың кейбіреулері пациенттің эмоционалды саласына және аурудың оның әлеуметтік әл-ауқатына әсеріне көңіл аударады [63].

Осылайша, отандық және шетелдік әдебиеттердің деректері СЖП-тің өмір сапасына айқын әсерін көрсететінін куәландырады..

1.3 Гиалудент - гиалурон қышқылы негізінде препарат, оның стоматологияда қолданылатын фармакологиялық және медициналық-биологиялық қасиеттері

Қазіргі заманғы заманауи терапиялық және хирургиялық стоматологиядағы созылмалы пародонтитті емдеудің негізгі принциптерімен қатар әртүрлі көмекші әдістемелер, олардың модификациялары, арнайы құралдар, сондай-ақ дәрілік заттар барынша қысқа мерзімде инвазивті тәсілде ең жақсы нәтижеге қол жеткізуге бағытталған. Мұндай дәрілік заттарға гиалурон қышқылы (ГҚ) - d - глюкоурон қышқылы және D-N-ацетилглюкозамин қалдықтарынан тұратын сульфатленбеген

гликозаминогликан-полимер негізіндегі дәрілік заттарды жатқызуға болады [74].

Гиалурон қышқылы негізіндегі препарат репарация мен регенерацияға белсенді қатысады, жасушалардың бөлінуін ынталандырады, қабыну процесін жоюға, жасушалардың жараға қоныс аударуына қатысады. Гиалурон қышқылының жоғары молекулалық фракциялары (500 000-нан 730 000-ға дейін) жасушалардың көбеюі мен көшуін, қан тамырларының және лимфа капиллярларының өсуін басады, сондай-ақ патогендердің әсеріне жауап ретінде ағзаның қабыну реакциясының дамуын тежейді [75,76]. Гиалурон қышқылы қан жүйесі мен тіндердің арасындағы белсенді зат алмасуды қамтамасыз етеді, нутриенттердің жасушаларға түсуін және метаболизм өнімдерінің шығарылуын жеңілдетеді, фагоциттермен өзге де жергілікті иммунокомпетенттік жасушалардың функционалдық жағдайын жақсаруын қамтамасыз етеді [77]. Беткей жасушалық рецепторлармен өзара байланыса отырып, фибробласттардың миграциясын және жасушалық пролиферацияны ынталандырады [78,79].

Жоғарыда аталған қасиеттер тіндердің регенерациясы кезінде өте маңызды, соның арқасында гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты зерттеушілер тарапынан пародонттың зақымдалған тіндеріне репарация және ауыз қуысының шырышты қабығына белсенді емдік әсер ететін зат ретінде таңдалды [80].

Пародонтологияда қолданылатын гиалурон қышқылы негізіндегі препараттар гельдер, ұнтақтар, жгуттар, мембраналар түрінде шығарылады. Тиімділікті арттыру мақсатында олар өз құрамында қосымша антисептикалық және микробқа қарсы дәрілер болуы мүмкін. Бүгінгі күнде пародонтологияда қолдануға бірнеше дәрі-дәрмектер ұсынылған.

Созылмалы гингивитті, пародонтитті емдеу тиімділігін бағалау үшін қызыл иекті антисептикалық өңдеу үшін «Гиалудент» ерітіндісі ұсынылды, құрамында натрий гиалуронаты және хлоргексидині бар [81]. Автор емнің дәстүрлі әдісімен салыстырғанда емделушілерде гигиеналық индекстердің жақсарғанын және ремиссия мерзімінің ұзартылғанын атап өтті.

Гиалурон қышқылы негізіндегі гелді қолдануды зерттеу нәтижелері жайылмалы пародонтитпен ауыратын науқастарды емдеуде пародонттың негізгі клиникалық жағдайының көрсеткіштері оңтайлы динамиканы көрсетті. Пародонт жағдайын мониторингтау кезінде ең жоғары терапиялық әсер емделгеннен кейін 10-шы тәулікке жеткенін көрсетті [82]. Емдеу аяқталғаннан кейін 3 айдан соң кейбір индекстік көрсеткіштердің біршама нашарлауына қарамастан, олар емге дейінгі көрсеткіштермен салыстырғанда және де бақылау тобының ұқсас көрсеткіштерімен салыстырғанда жоғарғы нәтижені көрсете білді. Бұл созылмалы пародонтиттің кешенді терапиясына гиалурон қышқылы негізінде препараттардың қосылуын негіздейді.

Пародонт жасушасына еніп, гиалурон қышқылы оған ковалентті байланысты немесе оның тор құрылымына қосылған заттарды алып кете алады. Антисептикалық және қабынуға қарсы препараттардың комбинациясы да (жеке

түрде, бірге) қолданылған, олар: хлоргексидин биглюконаты, метронидазол, ангиопротектор, антибиотиктер [83]. Өңделетін аймаққа композицияны жағу дәрілердің терапевтік тиімділігін арттырып қана қоймай, жанама әсерлерін және әсер етуші компоненттердің уыттылығын азайтады. Бұл терапиялық әсерді төмендетпей, антисептик, антибиотик және т. б. концентрациясын азайту мүмкіндігімен байланысты. Антисептик концентрациясының төмендеуі пародонт тіндеріне жақсы әсер етеді, өйткені кез келген антисептик уыттылықтың белгілі бір дәрежесіне ие. Зерттеу нәтижесінде құрамында гиалурон қышқылы бар емдік заттардың комбинациясы бар композицияны аппликациялағаннан кейін 3-5 минуттан соң, соңғысының жоқтығына қарағанда, шамамен үш есе көп әсер еткен. Сонымен қатар, қосымша дәрілік зат және гиалурон қышқылы ұзақ уақыт бойы аппликация орнында жинақталады, бұл ем үшін ен жоғары көрсеткіш береді.

Жедел және созылмалы гингивит пен пародонтитті кешенді емдеуде доксицилин антибиотигі бар гиалурон қышқылы негізінде «Гиалудент гель» препаратын қолдану тәжірибесі туралы хабар бар [84]. «Гиалудент гель» препаратын жергілікті қолдану қабынуды жоюға ықпал етеді және пародонт тіндерінің қалпына келу процесін тездетеді [85].

«Клипдент» препаратының қабынуға қарсы тиімділігі зерттелді, оның негізін гиалурон қышқылы және синтетикалық кальцийфосфат [86] құрайды. Препаратты ашық кюретаж жүргізу кезінде қолданған. Гиалурон қышқылы жаңа сүйек жасушаларының пайда болуына жағдай жасайды және түйіршіктеу бөлшектерінің байланыс күшін қамтамасыз етеді, жоғары тұтқырлығы арқасында гель биологиялық барьер функциясын орындау арқылы тінге бактериялар мен вирустардың ену процесін баяулатады, бұл емдеу процесіне оң әсер ететін «Клипдент» гелі жақсы емдеу әсерін көрсетті. 3-4 күнде операциядан кейінгі жара фибринмен жабылған және емдеу мақсатына жету үшін орташа $6,40 \pm 0,20$ күн қажет болды.

Соңғы жылдары дәнекер тіннің құрылымы мен функцияларын қалпына келтіру үшін тістерге және мембраналарға іргелес қызыл иек емізікшелерінің ақауларын түзету/жою үшін гиалурон қышқылы препараттарын инъекциялауды қолдануды зерттеу өзекті мәселе болып табылады. Орта дәрежедегі созылмалы жайылған пародонтитті емдеуде «Коллост» 7% және 15%-дық гелін қолданудың клиникалық тиімділігі зерттелді [87].

Препаратты пародонтальды қалта аймағында, қызыл иектің түбіне бір рет енгізілген. 2-3 күні іріңді экссудаттың жоғалуы байқалды, 5-ші күні «Коллост» препараты тағайындалған емделушілерде қабынудың айтарлықтай төмендеуі байқалды, РМА индексі 10% - ды құрады, яғни қызыл иектің қабыну процесі бірнеше есе азайды.

Гиалурон қышқылының инъекциялық түрі «Flex Barrier» пародонт ауруын емдеуде, сондай-ақ хирургиялық стоматологияда тіс жұлынғаннан кейін, цистоэктомия отасында тіс түбірінің үстіңгі бөлігі резекциясында қолданылады [88].

Пародонтка хирургиялық араласудан кейін (ашық кюретаж, құрақ операциялары) емделушілерде операциядан кейінгі кезең ішінде гиалурон қышқылы негізінде «Flex Barrier» (Германия) препараттың әсері зерттелді. Гиалурон қышқылының препараттары операциядан кейінгі жара аймағындағы пародонтопатогенді микроорганизмдердің концентрациясын бастапқы бактериялық ластану кезінде де төмендетуге ықпал ететіні анықталды (пародонттағы операциялар), бұл операциядан кейінгі жаралардың жазылуын оңтайландырады және асқынулардың санын төмендетеді [89].

Ресейде «Flex Barrier»-дің (Германия) - Ревидент және Ревидент+ препараттары аналогтары жасалды [90]. Бұл препараттар хирургиялық стоматологиядағы асқынулардың алдын алуды тиімді жүргізуге және пайда болған асқынулармен күресуге мүмкіндік береді. Сондай-ақ шетелдік аналогтарға қарағанда арзанырақ екендігі тиімді. Бұдан басқа, препараттардың жиынтықтары өте жұқа және өткір инеге ие, бұл оларды стоматологиялық араласулар кезінде тігістер сызығына, сондай-ақ тікелей жұмсақ тіндерге (мысалы, пародонт ауруларында, постимплантациядан кейінгі мукозиттерде, тігістер дәрменсіз болғанда) енгізуге мүмкіндік береді.

Ауыр дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтиті бар емделушілерде кешенді пародонтологиялық емдеу құрамында Revident ГҚ бар стоматологиялық гельді қолданудың нақты тиімділігі туралы авторлар хабарлайды [91]. ГҚ бар Revident стоматологиялық гелін қолдана отырып, терапия орындалған емделушілерде пародонтологиялық денсаулықты жақсартудың субъективті және объективті көрсеткіштерінде неғұрлым ерте жылжулар, қабыну компонентінің жылдам және тұрақты редуциясы пайда болды, пародонт тіндерінің микроциркуляциясына оң әсері байқалды.

Гиалурон қышқылы негізінде терапиялық іс-шаралар кешеніне біріктірілген «Дентал Гиалрипайер-02» препаратын инъекциялық енгізу схемасын қосу жолымен пародонттың қабыну ауруларын емдеу тиімділігіне бағалау жүргізілді [92].

Үш инъекциядан тұратын курстың тиімділігін бағалау 18-30 жастағы созылмалы катаральды гингивитпен және созылмалы жайылмалы пародонтитпен 15 пациентке объективті тексеру және ОНІ, РВІ, РМА пародонтологиялық индекстерінің көмегімен емдеуге дейін және одан кейінгі жақын мерзімде жүргізілді. Алынған нәтижелер препараттың инъекциясын пародонттың қабыну және қабыну-дегенеративтік аурулары бар пациенттерді кешенді емдеуге ауыз қуысының өтпелі қатпарына енгізуді ұсынуға мүмкіндік берді.

Пародонт ауруларын кешенді емдеуде гиалурон қышқылы негізінде бальзам-шаю және дентальды пластиналардың тиімділігі анықталды [93]. Шайғыш бальзамдар мен дентальды пластиналарды пайдалану пародонттың жағдайын жақсартады және ауыз қуысының микрофлорасын қалыпқа келтіреді.

Препараттың тиімділігі қабыну құбылыстарының төмендеуімен және пародонттағы микроциркуляцияның жақсаруымен, сондай-ақ

пародонтопатогендердің төмендеуімен және ауыз қуысының қалыпты микрофлорасының қалпына келтірумен сипатталады.

Осылайша, құрамында гиалурон қышқылы бар препараттарды қолдану тәжірибесі стоматологияда өте қызықты және осы мәселені одан әрі зерттеу өте тиімді болып қалмақ.

2 ТАРАУ. МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

2.1 Тексерілген адамдардың жалпы сипаттамасы

20 жастан 45 жасқа дейінгі жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтит диагнозымен 65 пациент қаралды. Тексеру және емдеу «Астана медицина университеті» КеАҚ – ның стоматология және бет-жақсүйек хирургия кафедрасының базасында жүргізілді.

Әдістер мен нәтижелерді тексеру «Пародонтологиялық науқастың картасында» тіркелді. Диагноз қою үшін пародонт ауруларының халықаралық жіктелуі қолданылды, бұл жүйе стоматологтардың Бүкілодақтық ғылыми қоғамының XVI пленумымен қабылданған (Ереван қ., 1983 ж.). Пародонтқа қатысты емделушілердің тұқым қуалаушылық аурулары жоқ. Емделушілердің аллергостатусы анықталған яғни препарат Гиалудент гель құрамындағы метронидазол иісіне төзбеушілік, емге келісім бермеген науқастар зерттеуден шығарылды.

Эндокриндік аурулармен (қант диабеті, қалқанша безінің аурулары және т.б.), жүрек-қан тамырлары, қан ауруларымен, туберкулезбен және ісік тәрізді процестермен ауыратын пациенттер зерттеуге қатысқан жоқ.

Ауыз қуысын қарау кезінде зерттеуге қатысқан 100% пациенттерде тісжегі мен және оның асқынуы анықталды. Тісжегі емес ақаулар да жеткілікті. Сынатәрізді ақау 15,4%, флюороз – 10,8%, патологиялық қажалуы – 6,2 %, кіреуке гипоплазиясы - 4,6%, тістер жарақаттары – 4,6% жағдайда байқалды. Жеке тұрған тістердің аномалиялары пациенттердің 20% - да және әр түрлі тістеу патологиясының түрлері 23,1% анықталды.

Пациенттердің негізгі шағымдары: тістерді тазалау және қатты тамақ қабылдауда қызыл иектің қанағыштығы, ауыздан жағымсыз иістің шығуына, мойын мен тіс түбірлерінің жалаңаштауы, тістің сезімталдығы, қызыл иекте жағымсыз сезімдердің болуы.

1-ші кестеде тексерілген пациенттердің жынысы, жасы бойынша таралуы көрсетілген.

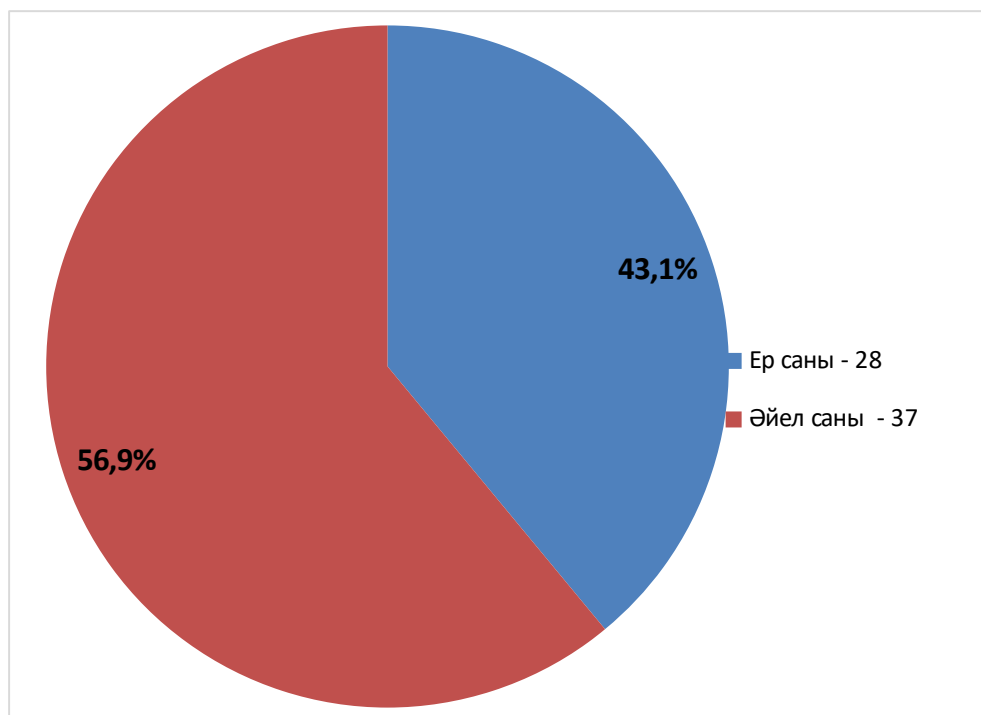
1 кесте - Қарастырылған науқастарды жынысы және жасына қарай бөлу

Топтық жасы	Пациенттердің саны		Жынысы
	абс.	%	
20-29 жастағы	7	10,8	ер
	8	12,3	әйел
30-39 жастағы	11	16,9	ер
	15	23,1	әйел
40-45 жастағы	10	15,4	ер
	14	21,5	әйел
Барлығы	65	100	

Жасы бойынша науқастар келесідей топқа бөлінді: 20-29 жасқа дейінгі - 15 адам (23,1%), 30-39 жасқа дейін – 26 адам (40%), 40-45 жасқа дейін - 24 адамға (36,9%). Орташа жас 38 жасты құрады. Созылмалы жайылмалы жеңіл

дәрежедегі пациенттердің ауруы бар көп адамдар саны 30-39 жас аралығындағы топта кездесті.

Жыныстардың таралуы 1-ші суретте көрсетілген, 65 пациенттің 37-і (56,9%) әйел, ал 28-і (43,1%) ер адам.



1 сурет - Науқастарды жынысы бойынша бөлу, пайыздық көрсеткіштері

2.2 Созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерді зерттеудің клиникалық әдістері

Пародонт патологиясы бар пациентті тексерудің мақсаты ағзаның жалпы жай - күйін объективті бағалау, патологиялық процестің дамуының клиникалық сипаттамасы, аурудың жалпы және жергілікті факторларын анықтау, диагноз қою-ауру ағымының түрін, сатысын және сипатын анықтау болып табылады [24].

Клиникалық тексеру жалпы қабылданған схема бойынша жүргізілді, негізгі және қосымша әдістерді қамтиды.

Сауалнама паспорттық мәліметтерді, шағымдарды, анамнезді қамтиды, аурудың анамнезі.

Аурудың анамнезін жинау кезінде науқастың ауыз қуысында пайда болған процестермен байланысты шағымдары, олардың алғашқы пайда болу уақыты анықталды, даму динамикасы, пайда болу себептері, бұрын жүргізілген емнің болуы, оның сипаты мен тиімділігі, рецидивтердің пайда болу мерзімі.

Өмір анамнезін жинау кезінде қызмет түріне және онымен байланысты кәсіби зияндылық, тамақтану сипаты мен режимі (тұрақтылығы, консистенциясы, рационда көмірсулардың басым болуы), зиянды әдеттер

(темекі шегу және т. б.), тұқым қуалаушылық фактор, соматикалық аурулар, аллергологиялық статус толығымен анықталады.

Ауыз қуысын күту дағдыларын меңгеруге ерекше көңіл бөлінді, науқас тістерді қашан және қанша рет тазалайды, тазалау тәсілі, щеткалармен, оларды қаншалықы жиі өзгертеді, қосымша құралдарды пайдаланады ма яғни ауыз қуысын күту құралдары (тіс жіп - флоссы, тіс ершігі).

Пациенттерді қарауды стоматологиялық құрал-саймандардың стандартты жиынтығы: *айна, түймелі зонд, пинцет көмегімен табиғи және жасанды жарықтандыру кезінде стоматологиялық креслоларда жүргізді.*

Сыртқы тексеру: тері жамылғысының түсі, беттің жоғарғы, орта, төменгі үштен бірі ара қатынасы, ерін жиегі түсі мен жай-күйін бағалаған, ауыз бұрыштары, аймақтық лимфа түйіндері.

Ауыз қуысы алдындағы тексеру: түсіне, шырышты қабықтың ылғалдылығына, патоморфологиялық элементтердің болуына назар аударды. Шырышты қабықтың жылжымалы бөлігінің бекітілу деңгейі- ауыз қуысының тереңдігі. Еріннің үзбесіне, шырышты қабықтың тәжі анықталды (айқындылығы, кернеуі, олардың орны).

Меншікті ауыз қуысын тексеру. Осы кезеңде тіс қатарларын тексеру жүргізілді. Тістем түрін немесе оның аномалиясын және тістің статусы анықталды. Тіс қатарын бағалау кезінде өзара қарым-қатынастар ескерілді, тістің жұлынуы және ығысу дәрежесі, тісжегінің болуы және оның асқынулары, пломба жағдайы (жиегі, байланыс пункті), супраконтәкілер, тремалар, диастемалар, тіс мойынның жалаңаштануы. Алғашқы және екінші адентия, ортопедиялық құрылымдар ескерілді. Тістердің қозғалу дәрежесі пинцеттің көмегімен анықталды.

Қызыл иектің жағдайын анықтау: оның вестибулярлы және таңдай немесе тіл жақ жағдайын, консистенциясын, қанағыштық дәрежесін атап өтті. Қызыл иектің рецессиясы бекітілді. Пародонтальды қалтаның болуы, оның тереңдігі ДДҰ ұсынған стандартты әдістеме бойынша анықталды [24]. Пальпация немесе саусақ көмегімен тіс түбірінен мойын бөлігіне қарай жылжытумен қызыл иектің аурушаңдығын анықтауға мүмкіндік берді.

Ауыз қуысын тексеру динамикада: емге дейін, тікелей кешенді емдеуден кейін, 3 ай, 6 ай және 1 жыл (12 ай) өткен соң жүргізілді.

2.3 Пародонттың индекстік және арнайы бағалау әдістері

Пародонттың жағдайы туралы мәліметтер алу үшін көрсетілген жұмыста индекстік бағалар пайдаланылды.

Ауыз қуысының гигиеналық жағдайын гигиеналық индекспен бағаладық. Қызыл иектің қабыну процесін, оның таралуын анықтау үшін Шиллер-Писарев сынамасы қолданылды. Парма модификациясы бойынша папиллярлық-маргиналды-альвеолярлық индекстің көмегімен (РМА) (1960) гингивиттің айқындылығы баллмен бағаланды.

Russel бойынша ПИ - пародонтальды индексі (1956) патологияның пайда болған түрлерін анықтау үшін қолданылды. Қызыл иектің қанағыштығының

дәрежесі барлық тістер аймағында пародонтологиялық зондтың көмегімен РВІ индексі (Muhleman H., Son S., 1971) бойынша бағаланды.

Қызылиек сұйықтығын мөлшерін өлшеу – пародонттың қабыну ауруларының диагностикалық тесттер ішінен ең ақпараттық әдіс болып саналады. Қызылиек науашадан бөлінетін ҚС мөлшерінің ұлғаюы қабынудың клиника алды белгісі болып табылады. Бұл пародонттағы қабыну және қалпына келтіру процестерін диагностикалау үшін ҚС параметрлерін қолдануды негіздейді. ҚС мөлшерінің ені 1-4 мм және ұзындығы 10-15 мм стандартты фильтр қағаз жолақтарымен анықталды.



2 сурет - ҚС мөлшерін сүзгі қағазының жолағын қолдана отырып өлшеу

Қарастырылатын аймақ жер сілекейден мақта валиктерімен мұқият оқшауланған, тіс шөгінділерінен тазартылып, кептірілген. Зерттелетін сұйықтығының механикалық стимуляциясын қоздырмау үшін, фильтр қағазының жолағын тістердің вестибулярлы немесе тісаралық саңылау аймағы жағынан қызылиек науашығына минималды тірелгенге дейін 3 минутқа енгізілді (2-сурет).

ҚС алынған фильтр қағазының жолақтары 0,2 % нингидриннің спирттік ерітіндісімен боялған. Сіндіру аймағы қызғылт-күлгін түске боялды. Жолақтың сіндіру ауданы өлшенді. ҚС саны бойынша, пародонттағы қабыну процестерінің қарқындылығы бағаланды.

Қызыл иек сұйықтығының ортасын анықтау.

Ауыз қуысы гомеостазының ең тұрақты және маңызды көрсеткіші, қышқылды сілтілі тепе - теңдік болып табылады. Оның тепе - теңділігін ақпаратты түрде айқындайтын ең маңызды көрсеткіші сутекті рН көрсеткіші болып табылады. Бұл көрсеткіш сыртқы және ішкі факторлардың есебінен жиі өзгеріске ұшырап отырады. Қалыптыда рН 6,5-7,5 ара қатынасында болады. Бұл қалыпты көрсеткіштерді тепе теңдікте ұстау, ауыз қуысы шырышты қабатының көптеген қабынулы ауруларының алдын алуында өте маңызды болып табылады. Сондықтанда қандай да бір ем шараны қолданбас бұрын, оның ауыз қуысы қызыл иек сұйықтығына тигізетін әсерін тексерген жөн.

Өйткені бұл сұйықтық көрінісі, ауру ремиссиясының уақытымен тура байланысты болып табылады.



3 сурет - Қызыл иек сұйықтығының рН анықтау үшін индикаторлық жолақтар

Ауыз қуысы қышқылды сілтілі тепе - теңдігінің өзгерісі екі түрлі болуы мүмкін, олар: ацидоз немесе алкалоз. Гомеостаздың қандай да болмасын өзгерісінде, бұл процестің патологиялық немесе физиологиялық өзгеріске жататынын айыруымыз қажет. Физиологиялық өзгерістер жедел, қалыпты физиологиялық процестердің бұзылысына әсерін тигізбейді, ауыз қуысы шырышты қабатының тіндерімен құрылымына ешқандай әсерін тигізбейді. Патологиялық өзгерістерге келетін болсақ, қалыптыдан тыс ауыз қуысы шырышты қабатының, құрылымының өзгерістерімен бұзылыстарына әкеліп соқтырады. Олар: тіс жегісі, шырышты қабат десквамациясы, тіс тастарының жиналуы, пародонтит. Сондықтанда қызыл иек сұйықтығының ортасын анықтау ауыз қуысы шырышты қабатының өзгеріске ұшырағанын айқындайтын көрсеткіш болып табылады. Ол фильтр қағазының боялуы арқылы жүзеге асырылады [94].

2.4 Рентгенологиялық зерттеулер

Зерттеудің қосымша әдістерінің ішінде ең маңыздысы рентгенологиялық зерттеу әдісі болып табылады. Зерттеу өткізген кезде ортопантограмма көмегінсіз толық нақты диагноз қойылмайды.

Рентгенограммаларды талдау кезінде белгілі бір рентгенологиялық параметрлердің қатары белгіленді: резорбция аймағы контурының сипаты бойынша жақсүйек деструктивті өзгерістерінің белсенділік дәрежесі және түрі, олардың айқындығы, остеопороз ошақтарының болуы, тіс түбірінің шөгінділерінің болуы, периодонталды саңылаудың жай-күйі, пломбалардың тәуелді шеттерінің болуы, табиғи коронкалар контурына және эмаль-цемент деңгейіне қатысты емделген тіс пломба шеттерінің орналасуы және дистальды жақтары бойынша сүйек тінінің кему дәрежесі.

2.5 Ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес тұрақтылығын зерттеу

Ол пародонтальды тіндеріндегі қабыну процесінің айқындылығын, сондай - ақ созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтитті емдеудің тиімділігін бағалау үшін пайдаланылды.

Ауыз қуысы тіндерінің спецификалық емес иммунитеттің жағдайын орташа цитоморфологиялық коэффициентті (ОЦК) есептеу арқылы ауыз қуысының сілемейлі қабығының эпителиалды жасушалары арқылы микроорганизмдердің адсорбция реакциясы айқындылығы дәрежесімен Е.С. Васильева модификациясы бойынша (1995) Н.Ф. Данилевский және Т.К. Беленчуктың (1988) әдісіне сәйкес бағаланды [95].

Стерильді тампон көмегімен ұрттың ішкі бетінің шырышты қабығының бір бөлігінен қырындыны алып, майсыз әйнекке жағып, ауада кептіріп, оны Романовский-Гимзе бойынша бояп және жарық иммерсионды микроскоппен зерттелді. Жасушаның құрылымы, оның мөлшері, цитоплазма мен ядросының боялу дәрежесі бағаланып, 100 эпителий жасушаларының бетіндегі бактериялардың саны есептелді және оларды 4 топқа бөлінді:

1-топ - эпителий жасушалары, олардың бетінде адсорбцияланған микроорганизмдер жоқ немесе біртұтас кокктар, жасушалары айқын контурлы, дұрыс пішінді (көпбұрышты немесе дөңгелек), цитоплазмасы ашық, ядросы күлгін түстес, дөңгелек, кішкентай, майда, түйіршіктелген болуы мүмкін;

2-топ - 10-нан 50-ге дейін микроорганизмдерді адсорбциялайтын эпителиоциттер, жасушалары айқын контурлы, тұрақты пішінді (көпбұрышты немесе дөңгелек), цитоплазмасы ашық, ядросы қаныққан күлгін түске боялған, үлкен мөлшерде, түйіршіктігі бар;

3-топ - эпителий жасушаларының бетінде 50-ден 100-ге дейін кокктар бар, эпителиоциттер айқын контурларға ие болады немесе аздап деформациялануы мүмкін, цитоплазма мен ядро түс қабылдаудың нашар болуына байланысты жеңіл ашық болады;

4-топ - эпителиоциттер, олардың бетінде 100 немесе одан да көп кокктар адсорбцияланады.

1-ші және 2-ші топ клеткалары микроорганизмдердің адсорбциялану теріс реакциясына, 3-ші және 4-ші топ клеткалары оң реакциясына жатады және бұл болжамды түрде қолайлы [23].

Сандық түрде нәтиже Г.Астальди, Л. Верга формуласы бойынша орташа цитоморфологиялық коэффициентті қолдану арқылы бағаланды:

$$ОЦК = \frac{A \times 1 + B \times 2 + V \times 3 + \Gamma \times 4}{K},$$

мұндағы А, Б, В, Г - 1, 2, 3 және 4-топқа жататын эпителий жасушаларының саны, сәйкесінше К - қаралған эпителий жасушаларының саны (100).

Осылайша, спецификалық емес резистенттілігінің қанағаттанарлықсыз деңгейі кезінде, 1 және 2 топтардың эпителий жасушаларының басым болуынан ОЦК көрсеткіші төмен болды, және жоғары антимикробтық жергілікті қорғаныс болған кезде, 3 және 4 топтардың эпителий жасушаларының басым болуына байланысты ОЦК көрсеткіші үлкен болды.

Ауыз қуысының сілемейлі қабығының эпителий жасушалары арқылы микроорганизмдердің адсорбциялық реакциясы емдеуге дейін, 3, 6 және 12 айдан кейін зерттелді.

2.6 Созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерді емдеу

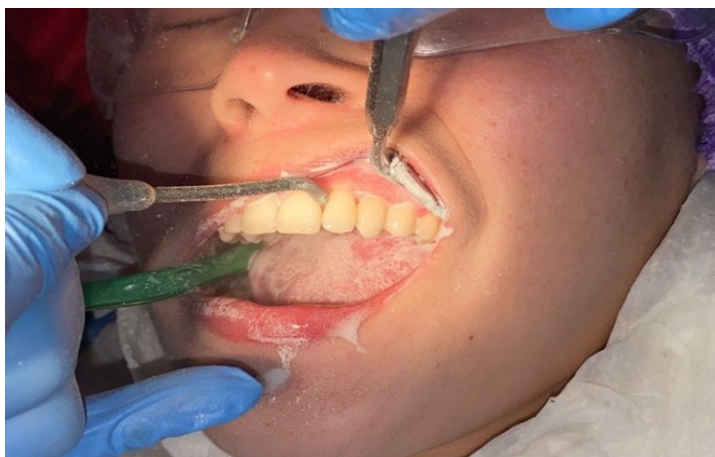
«Астана медицина университеті» КеАҚ – ның стоматология және бет-жақсүйек хирургия кафедрасында әзірленген кешенді терапия схемасына сәйкес жүргізілді. Клиникалық-зертханалық зерттеу мәліметтері негізінде емдеу жоспары жасалды. Емдеу іс-шаралары амбулаторлы жағдайында консервативті, хирургиялық әдістерді қолдана отырып патологиялық ошаққа жалпы және жергілікті әсер ету.

Пациенттің бірінші қабылдауында ауыз қуысы гигиенасының деңгейі бағаланды.

Шиллер-Писарев сынамаcымен арқылы ауыз қуысының гигиеналық жағдайын анықтадық. Науқаста жекелеген тістерді қанағаттанғысыз тазалауды көрсетті. Міндетті түрде ережелер мен тазалау әдістемесінің нұсқаулықтары өткізілді, флоссинг техникасын және басқа интердентальды құралдарды қолдануды көрнекі түсіндіруге мүмкіндік болды. Тістерді күніне екі рет тазалау ұсынылды, гигиена құралдарын пайдаланып, тіс қағына қарсы және пайда болуына кедергі келтіретін антисептикалық шаю тағайындалған.

Пациентті әрбір кейінгі қабылдау кезінде гигиена бақылауы жүзеге асырылды.

Емдеу басталғанға дейін барлық пациенттерге толығымен кешенді ем жүргізілді. Яғни зерттеу барысында барлық пациенттерге ультрадыбысты аппараттық құралды пайдалана отырып ауыз қуысының кәсіби гигиенасын Piezon Master 400 аппараты және AirFlow S1 ауа-абразивті өңдеу жүйесімен (EMS, Швейцария) жасалды (4 сурет). Пациенттерге ауыз қуысын санациялау жүргізілді, оған тек кәсіби ауыз қуысын тазалау ғана емес сонымен қатар терапиялық санация емделетін тістері емделіп, пломба қойылды, тістер эндодонтиялық жолымен емделді. Хирургиялық санация яғни терапиялық емге келмейтін, абсолютті жұлуға көрсекіштері бар тістер жұлынды. Кейінірек консультация берілді жұлынған тістің орнын қалпына келтіру үшін, әр түрлі ортопедиялық конструкциялармен, имплантацияға және де эндодонтиялық тістерге сыртынан ортопедиялық конструкция коронка кигізу туралы нұсқамалар айтылды. Алдын ала антисептикалық өңдеуден кейін пьезоэлектрлік скейлермен үстіңгі және астыңғы жақсүйектерінің тіс шөгінділерін алып тастау жүзеге асырылды және пародонтальды қалталардың кюретаж қасығымен жабық кюретаж жүргізілді.



4 сурет – Пациентке ауыз қуысының кәсіби гигиенасы жасалды

Ауыз қуысының кәсіби тазалау гигиенасында "Пьезон-мастер" ультрадыбыстық аппаратының көмегімен тіс сауыт бетін жұмсақ қақтан жылтырату және тіс түбірлерінен қақ, тас механикалық жолмен алынды, тазалау жылтырату пастасы арқылы щеткамен тазалау жүзеге асырылды, абразивті жұмсақ головкалармен тістердің бетік сауыттық бөлігі тегіселді. Тіс штрипстері және экскаватор құралымен тіс арасы тастары және қалталар арқылы тіс тастарынан тазартылды. Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пациенттерге міндетті түрде ауыз қуысын санациядан, кәсіби тазалаудан кейін жабық кюретаж жасалды (5 сурет). Кюретаж пародонталды қалталарда 3,5 мм терең емес тазалау жүргізілді. Профессиональды тіс тазалаудан кейін пациенттер, кәсіби гигиенаны өткізгеннен кейін дайын ұсыныстар берілді. Онда ескі щеткаңызды жаңасына ауыстырыңыз. Бұдан әрі тіс щеткасын әр үш ай сайын ауыстыру қажеттілігі. Ең бастысы тісті щеткамен дұрыс тазалау инструкциясы бар брошюркасы беріледі.



5 сурет – Пациентке жабық кюретаж жүргізілді

Ауыз қуысының гигиенасын сақтау: флосс (тіс жіпті) және тіс щеткасын, сапалы тіс щеткасы мен пастаны қолданып тазалау. Гигиеналық

процедураларды әрбір ас ішкеннен кейін күніне кемінде екі рет жүргізген жөн. Гигиенадан кейінгі алғашқы күндері тістерді жұмсақ тіс щеткасымен (Soft) тазалау ұсынылды, 7 күннен кейін тістерді орташа қаттылық щеткасымен тазалауға көшуге кеңес берілді. Алғашқы бірнеше күн әр тамақтан кейін тістерді тазалау маңызды. Жұмсақ тіс щеткасын және сапалы тіс пастасын пайдаланып кемінде күніне ауыз қуысын 2 рет тазалау және дұрыс әдіспен. Щеткамен тым қатты қысып, қатты барынша ысқылап жуу маңызды емес, мұнда тұрақтылық маңызды, дұрыс тіс жуу әдісі. Зиянды әдеттермен әуестенбеу.

Барлық пациенттер 2 топқа бөлінді - негізгі (35 адам) және салыстыру тобы (30 адам).

Негізгі топтың пациенттері кешенді емдеуден өтті, оның ішінде ауыз қуысының кәсіби гигиенасы, антисептик - хлоргексидин биглюконаты және антибактериальды препарат метронидазол қосылған гиалурон қышқылына негізделген дәрі-дәрмек және де көрсеткіштер бойынша терапевтік, ортопедиялық, хирургиялық емдеу жасалды.

«Гиалудент №2» гелі шприц-тюбик түрінде шығарылады және оны пародонтитің жеңіл дәрежесінде қызыл иекке аппликация түрінде қолданылды (6 сурет). Қолданар алдында қалпақшаны шприцтен бөліп, оның орнына канюльді отырғызады. Өңделетін учаскені сілекейден оқшаулайды. Баяу сығып, оны өңделетін аймаққа жағылады. Гельдің жоғары ағуы бар, ол қызыл иектің сілемейлі қабығына жақсы жабысады және жұқа қабық түрінде қатады. Гельді 3-4 сағатқа қалдырады. Кейін ауыз қуысын хлоргексидин ерітіндісімен немесе сумен шайылады. Емдеу курсы – 10 күн.



6 сурет - Гиалудент №2 гелі

Салыстыру тобының пациенттері кешенді емдеуден өтті, оның ішінде ауыз қуысының кәсіби гигиенасы, антисептик - хлоргексидин биглюконаты және метронидазолы бар жергілікті «Метрогил-Дента» гелін тағайындау,

көрсеткіштері бойынша - терапиялық, ортопедиялық, хирургиялық емдеу. «Метрогил-Дента» гелі нұсқаулыққа сәйкес тіс қағын алып тастағаннан кейін, пародонтальды қалтаға жабық кюретаж жасалғаннан кейін вестибулярлық және таңдайлық немесе тілдік жақтарынан аппликациялау жүргізілді. Экспозиция уақыты - 30 мин. Емдеу курсы - 10 күн.

Барлық пациенттер 10 сеанс емнен кейін, 3 айдан кейін, 6 айдан кейінгі және 12 айдан кейінгі көрсеткіштері диспансерлік есепке алынды, пациенттердің емдік динамикасы амбулаторлық пародонтологиялық картаға тіркелді.

2.7. Пациенттердің өмір сапасын бағалау әдістемесі

Созылмалы жайылған жеңіл дәрежелі пародонтитпен ауыратын пациенттердің өмір сапасын бағалау үшін OHIP - 14 RU мамандандырылған сауалнаманың жеңілдетілген нұсқасы «Стоматологиялық денсаулығының әсер ету профилі» (Oral Health Impact Profile - «Стоматология денсаулығының маңыздылық деңгейі» Slade GD, Спенсер А.Ж., 1994) [96,97].

Сауалнама тамақтану, қарым-қатынас және күнделікті өмірдегі (жұмыс және демалыс) проблемаларды сипаттайтын үш блоктан тұрады, сұрақтарда көрсетілген көріністің жиілігіне байланысты 0 (ешқашан) мен 4-тен (көбінесе) бес балдық шкала бойынша бағаланатын 14 сұрақтан тұрады. Сауалнаманың нәтижесі жалпы балға байланысты анықталды: жақсы сапа деңгейі 0-14 цифрлық диапазонына сәйкес келді, қанағаттанарлық 15-28 балл, қанағаттанарлықсыз 29-42 және пациенттің өмір сапасы 42 баллдан жоғары болды (1-қосымша).

2.8. Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу

Алынған материалды статистикалық өңдеу жұмысы IBM SPSS Statistics Professional 21,0 және де MS Excell бағдарламасының өнімі арқылы жүзеге асырылды.

Барлық біріншілікті медициналық ақпарат (науқас картасы, рентгенологиялық суреттемелер, цитологиялық зерттеу нәтижелері, ақпараттық келісімі) тексеріліп, компьютер базасына сақталынып жұмыс жүргізілді.

Алынған сандық көрсеткіштер келесі вариациялы статистикалық әдістер арқылы өңделіп санау жүргізілді

- барлық зерттелетін көрсеткіштердің М ортақ мәнін анықтау арқылы жүргізілетін вариациялы анализ, қалыпты қателік орталық көрсеткіші m ;
- салыстырмалы жиілік арасындағы ерекшеліктердің дұрыстылығы Стьюдент критериясы арқылы жүзеге асырылды.

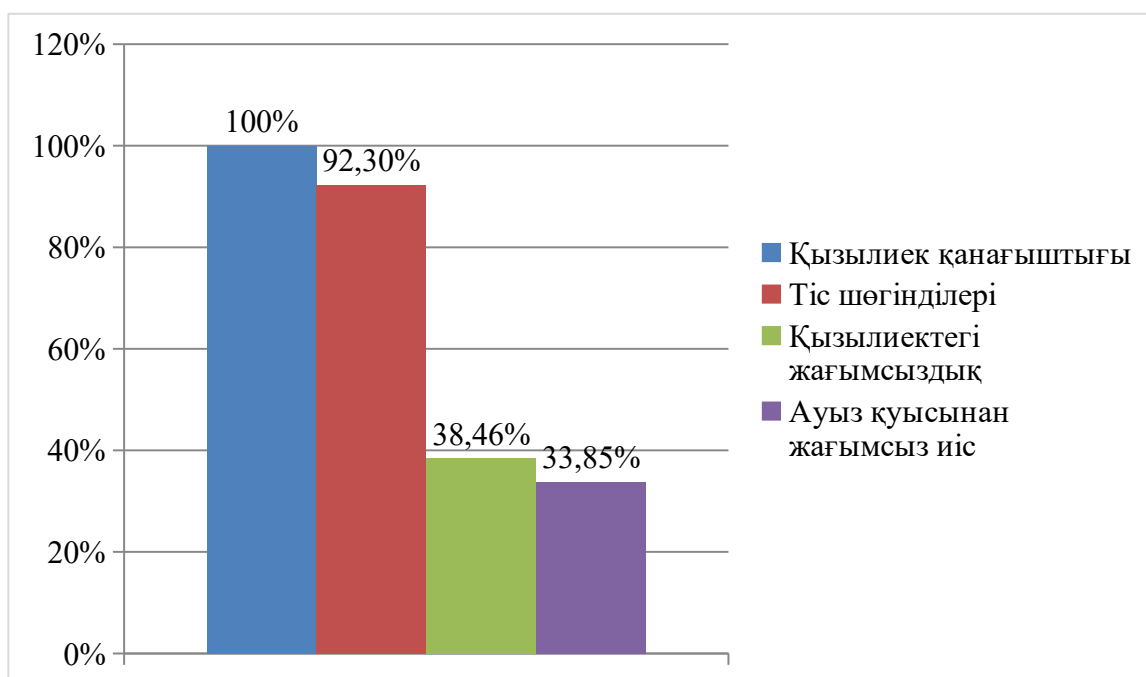
Сандық ақпараттар салыстырмалы көрсеткіштер (P), салыстырмалы көрсеткіштердің ерекшеліктерінің дұрыстылығының деңгейін бағалау мақсатында статистикалық мән ретінде –р белгіленді.

Математикалық әдісті таңдау берілген мақсатпен, әрбір жүргізілген зерттеу сұраныстарына байланысты таңдалып отырды.

3 ТАРАУ. ПАЦИЕНТТЕРДІ БАСТАПҚЫ КЛИНИКАЛЫҚ- ЗЕРТХАНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕРІ

3.1 Негізгі топ және салыстыру топтары пациенттерінің клиникалық сипаттамасы

СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерді бастапқы клиникалық тексеру кезінде тістерді тазалау кезінде қызылиектің қанағыштығына (100%), тіс шөгінділерінің болуына (92,3%) сияқты шағымдар басым болды, сонымен қатар аз дәрежеде қызылиектің жайсыздығына (35,46%), ауыздан иіс (33,85%) шығуына (7 сурет) шағымданды.



7 сурет - Бастапқы тексеру кезінде СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде болатын шағымдарының құрылымы (%)

Анамнестикалық деректерді жинау кезінде пациенттердің 18,46% бұрын стоматологиялық көмекке жүгінгені және 78,46% 1 аптадан 3 айға дейінгі мерзімде жүргізілген пародонтологиялық емдеуден кейін жақсарғаны байқалды. Пародонттың қабыну аурулары симптомдарының ұзақтығы 5 жылға дейін 46,15% емделушілерде, 5 жылдан 10 жылға дейін – 44,62% және 10 жылдан астам 9,23% - да анықталған.

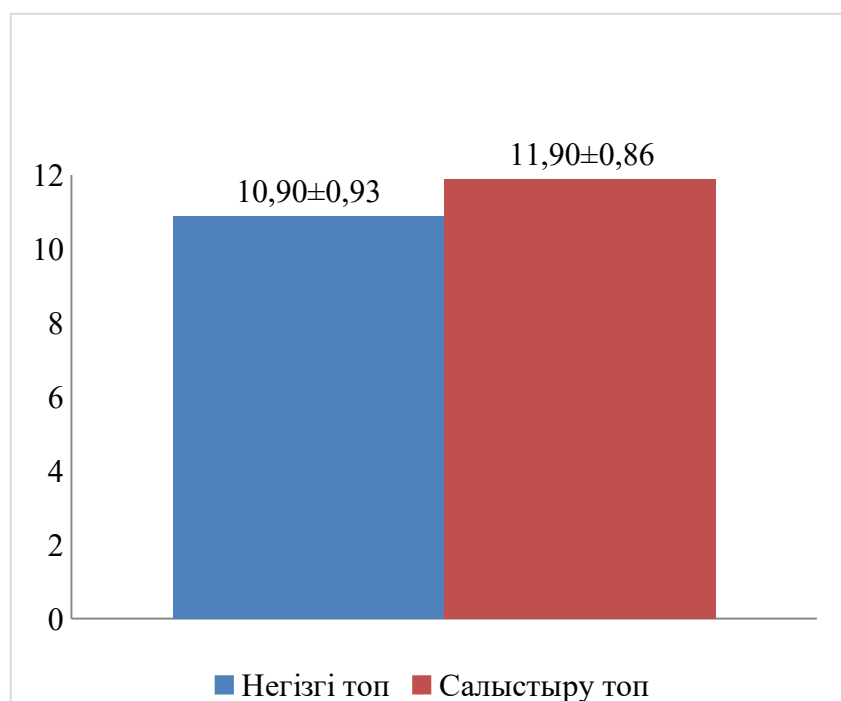
Жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерді емдеуге дейінгі ауыз қуысының жай-күйін индекстік бағалау нәтижелері кестеде көрсетілген (2 кесте).

2 кесте - СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерді емдеуге дейінгі ауыз қуысының жағдайын (M±SD) индекстік бағалау нәтижелері

Көрсеткіштер	Негізгі топ	Салыстыру тобы	P*
КПУ (баллдар)	10,90±0,93	11,90±0,86	0,585
ОНИ-S (баллдар)	2,30±0,03	2,08±0,06	0,346
РМА (%)	38,10±1,01	41,17±1,21	0,338
ПИ (баллдар)	2,17±0,02	2,25±0,06	0,863
РВИ (баллдар)	1,95±0,06	1,99±0,07	0,714

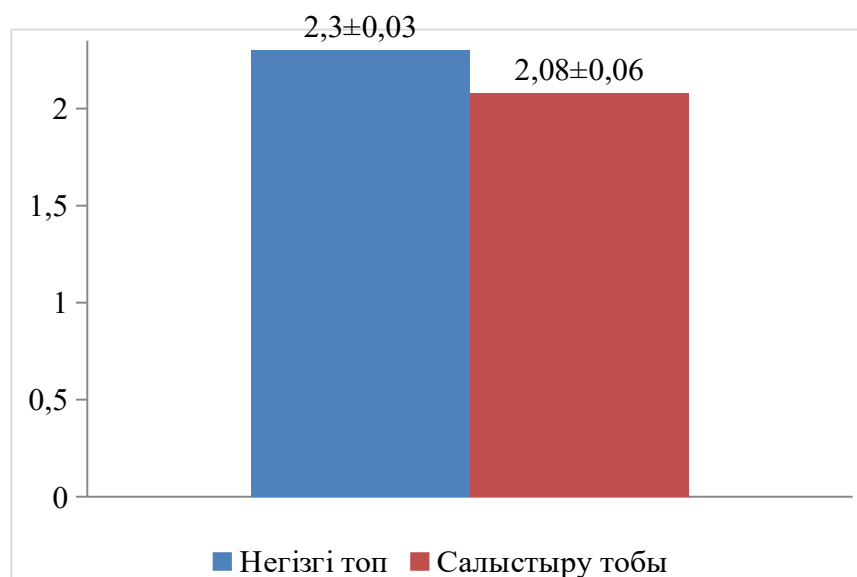
Ескертпе: * - 0,05 критикалық мәні бар тәуелсіз іріктеулер үшін Стьюденттің екі жақты өлшеміне сәйкес келетін айырмашылықтардың маңыздылығы.

Барлық пациенттерде емдеу басталғанға дейін тісжегінің қарқындылық индексі анықталып, орташа мәні негізгі топта 10,90±0,93 және 11,90±0,86 салыстыру тобында құрады, бұл ДДСҰ жіктелуі бойынша тісжегінің жоғары қарқындылық деңгейіне сәйкес келеді (8 сурет).



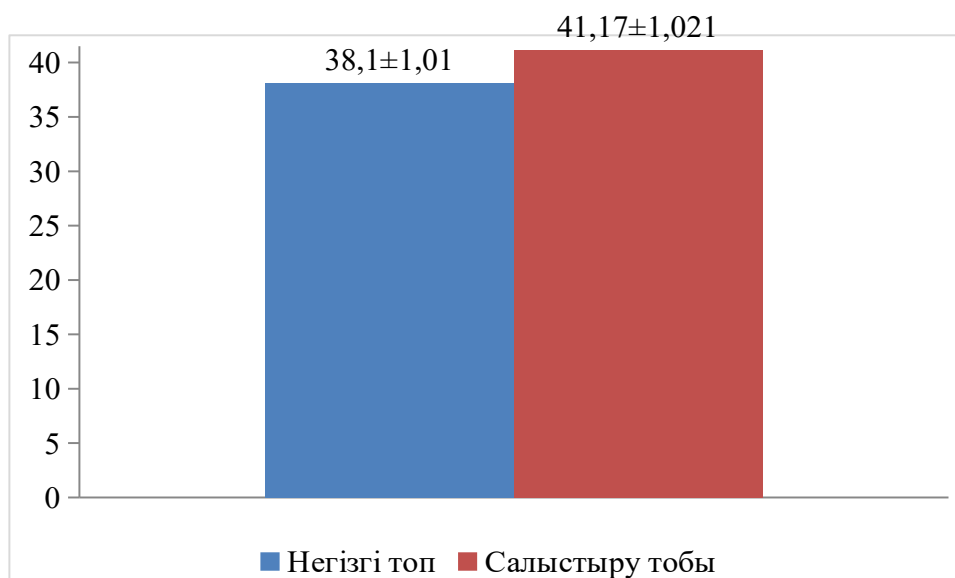
8 сурет - Емдеуге дейінгі жеңіл дәрежедегі СЖП бар пациенттерде тісжегінің қарқындылық индексінің көрсеткіштері (баллдар)

Гигиенаның жеңілдетілген индексін (ОНИ-S) есептегенде негізгі топтағы емделушілерде орташа мән 2,30±0,03 балл, салыстыру тобындағы емделушілерде 2,08±0,06 балл құрады (9 сурет). Индекстердің осы көрсеткіштері топтар арасында статистикалық жағынан айтарлықтай айырмашылығы жоқ және емделгенге дейінгі барлық емделушілерде ауыз қуысының қанағаттанарлықсыз гигиеналық жай-күйі туралы дәлелдейді.



9 сурет - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде ОНІ-S гигиена индексінің көрсеткіштері (баллдар)

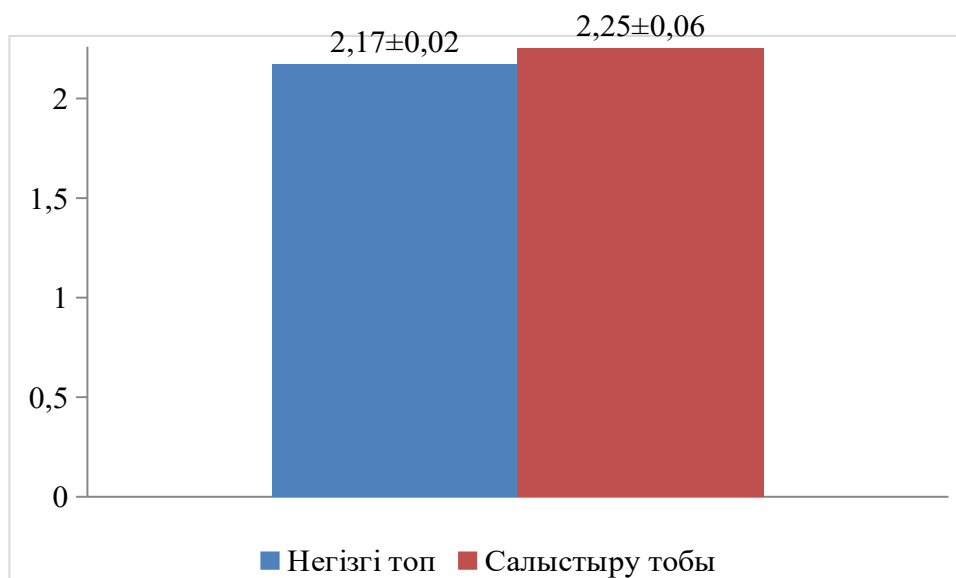
Барлық емделушілерде гингивит индексінің (РМА) мәні кешенді емге дейін қызыл иектің жеңіл дәрежесіне сәйкес келеді. Папиллярлы-маргиналды-альвеолярлы индекс негізгі топта $38,10 \pm 1,01\%$, салыстыру тобында $41,17 \pm 1,21\%$ құрады (10 сурет).



10 сурет - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде РМА гингивиті индексінің көрсеткіштері (%).

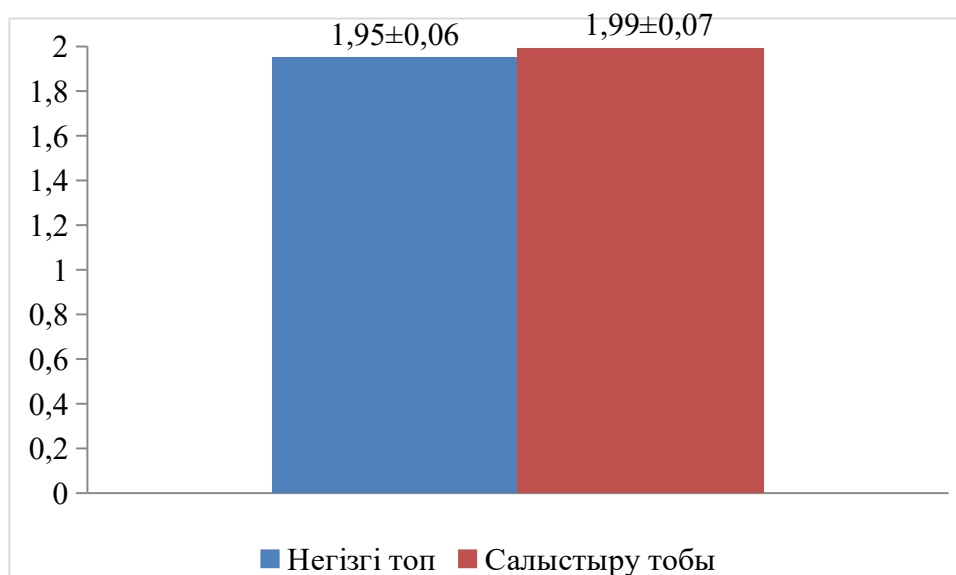
Расселдің пародонтальды индексі негізгі топта $2,17 \pm 0,02$ балл, салыстыру тобында $2,25 \pm 0,06$ баллға ие болды, бұл кешенді емге дейін барлық

пациенттерде пародонт патологиясының жеңіл ауырлығының болуын көрсетеді (11 сурет).



11 сурет - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттерде Расселдің пародонтальдық индексінің көрсеткіштері (баллдар)

PVI индексінің негізгі топта көрсеткіші $1,95 \pm 0,06$ балл, салыстыру тобында $1,99 \pm 0,07$ балл болды. Бұл мәндер жеңіл дәрежесінің қабынуына сәйкес келеді (12 сурет).



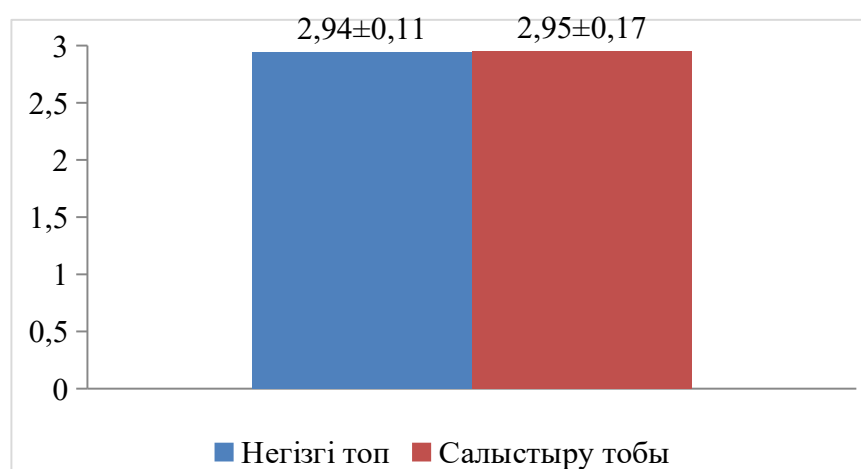
12 сурет - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежедегі бар пациенттерде PVI индексінің көрсеткіштері (баллдар)

Негізгі топта және салыстыру тобында емдеуге дейін жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылған пародонтиті бар пациенттерде пародонтальды

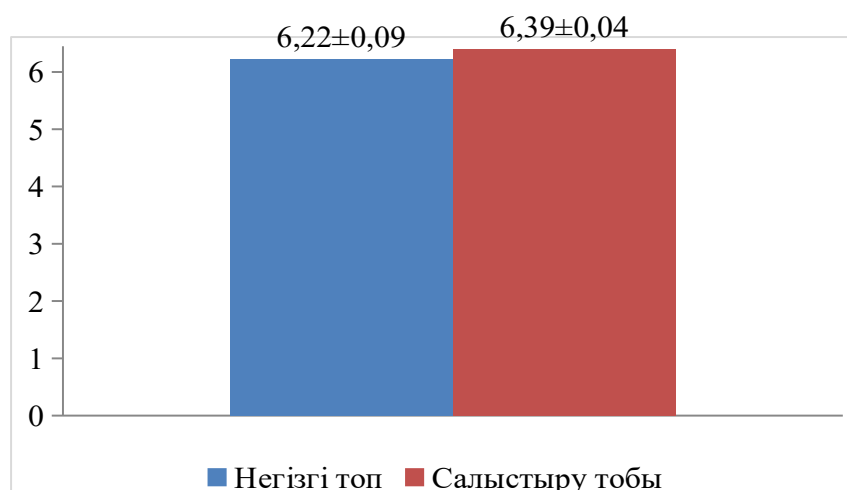
калталардың тереңдігі $3,8 \pm 0,5$ мм құрады. Бастапқы стоматологиялық тексеру кезінде пациенттердің 40% - ында тістің қозғалуының I дәрежесі байқалды.

3.2 Қызылиек сұйықтығының және ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес резистенттілігінің көрсеткіштерін зерттеу нәтижелері

Пародонт тіндерінде қабыну процесстің болуын анықтайтын көрсеткіштеріне қызылиек сұйықтықтың мөлшері мен оның рН болып табылады. Аталған көрсеткіштерді анықтаған кезде салыстырмалы топтарда бірдей нәтижелер алынды. Қызылиек сұйықтығының мөлшері негізгі топта $2,94 \pm 0,11$, салыстыру тобында – $2,95 \pm 0,17$ болды, сутек көрсеткіші $6,22 \pm 0,09$ және $6,29 \pm 0,04$ сәйкесінше (13,14 сурет).



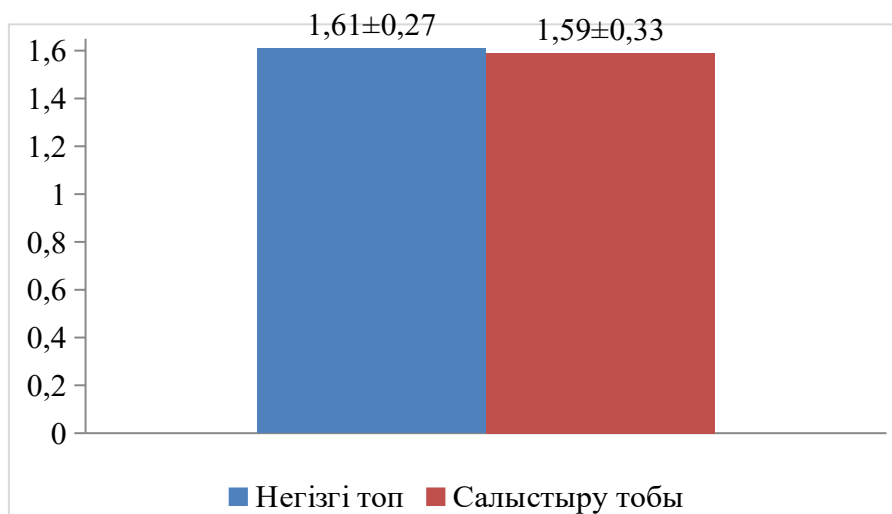
13 сурет - СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттердің емдеуге дейінгі қызылиек сұйықтығының мөлшері



14 сурет - СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттердің емдеуге дейінгі қызылиек сұйықтығының рН көрсеткіштері

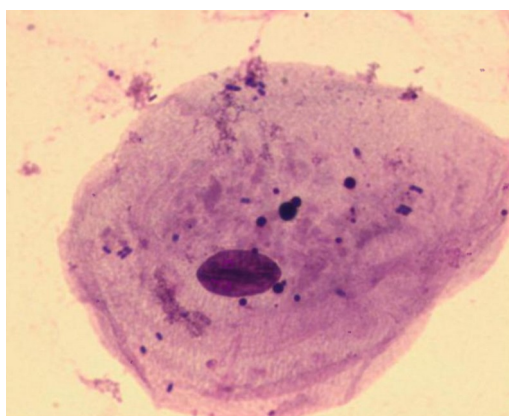
Ауыздың сілемейлі қабығының спецификалық емес иммунитеті қызылиек эпителиоциттерінің адсорбциялық қабілетін көрсететін орташа

цитоморфологиялық коэффициенттің көрсеткіші бойынша бағаланды (15 сурет). ОЦК негізгі тобында $1,61 \pm 0,27$, салыстыру тобында $1,59 \pm 0,33$ мәнге тең болды. Бұл көрсеткіштер өзара статистикалық айырмашылығы жоқ ($P=0,618$).



15 сурет - Емдеуге дейін СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерде ауыз қуысы сілемейлі қабатының эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілетінің көрсеткіштері

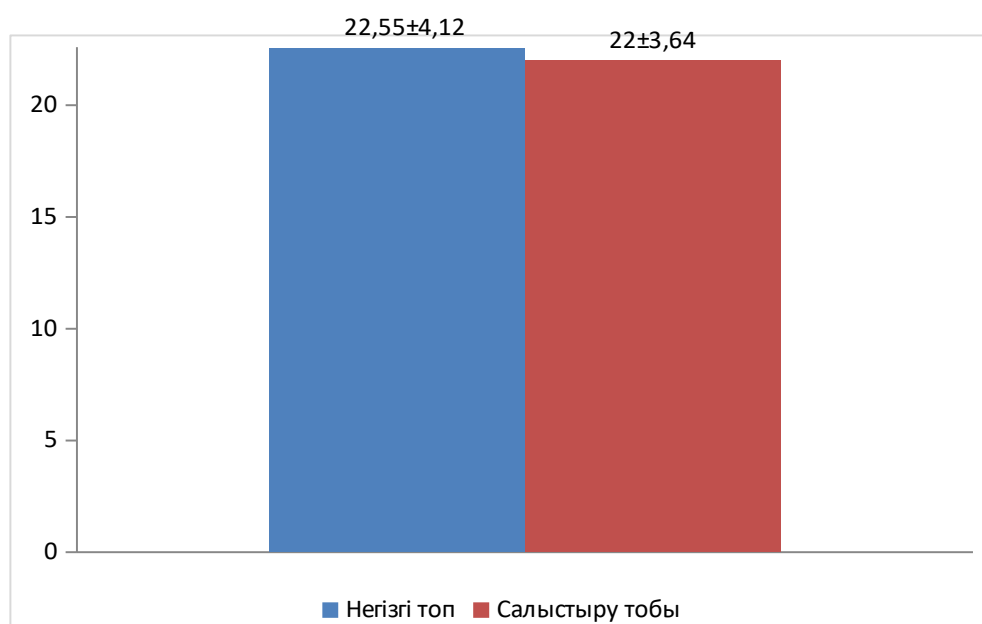
Созылмалы жайылған пародонтиттің жеңіл дәрежесінде қызылиектің эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілеті 1 және 2 топтағы эпителиоциттердің басым болуымен сипатталады (16 сурет): жасушалардың бетінде 10-нан 50-ге дейін адсорбцияланған микроорганизмдерді немесе олар мүлдем көре алмаймыз, пішіндері дұрыс (полигоналды немесе дөңгелек пішінді), контуры айқын, цитоплазмалары ашық түсті, ядролары дөңгелек, өлшемдері шағын, қою күлгін түске боялған, түйіршіктігі бар.



16 сурет - 10-нан 50-ге дейін микроорганизм адсорбцияланған 2-ші топқа жататын ауыз қуысының сілемейлі қабаттың эпителиалды жасушасының микрофотографиясы. Романовский-Гимзе әдісімен боялған

3.3 Созылмалы жайылған пародонтитпен жеңіл дәрежедегі пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері

Зерттеуге енгізілген барлық пациенттерде стоматологиялық денсаулығының әсерінен өмір сапасының едәуір төмендегенін көрсетеді. Негізгі топта «Стоматологиялық денсаулығының әсер ету профилі» сауалнама көрсеткіші Σ OHIP – 14 – RU $22,55 \pm 4,12$, салыстыру тобында – $22,0 \pm 3,64$ құрады, бұл созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттердің емдеуге дейінгі өмір сапасының қанағатанарлықсыз деңгейін сипаттайды (17 сурет).



17 сурет - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттердің өмір сапасын бағалау көрсеткіштері (баллмен)

Зерттелген топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар болған жоқ. Сондай-ақ, жеке блоктарды сипаттайтын көрсеткіштер: «тамақтану кезіндегі проблемалар», «қарым-қатынас кезіндегі мәселелері», «күнделікті өмірдегі мәселелері» айтарлықтай статистикалық сенімді ерекшеленбеді (3 кесте).

3 кесте - Емдеуге дейінгі СЖП жеңіл дәрежесі бар пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері (M ± SD)

Өмір сапасының көрсеткіштері	Негізгі топ	Салыстырмалы топ	P*
Тамақтану кезіндегі проблемалар	8,4 ± 1,37	8,75 ± 1,1	0,216
Қарым-қатынас кезіндегі	8,47 ± 1,95	8,92 ± 1,71	0,187

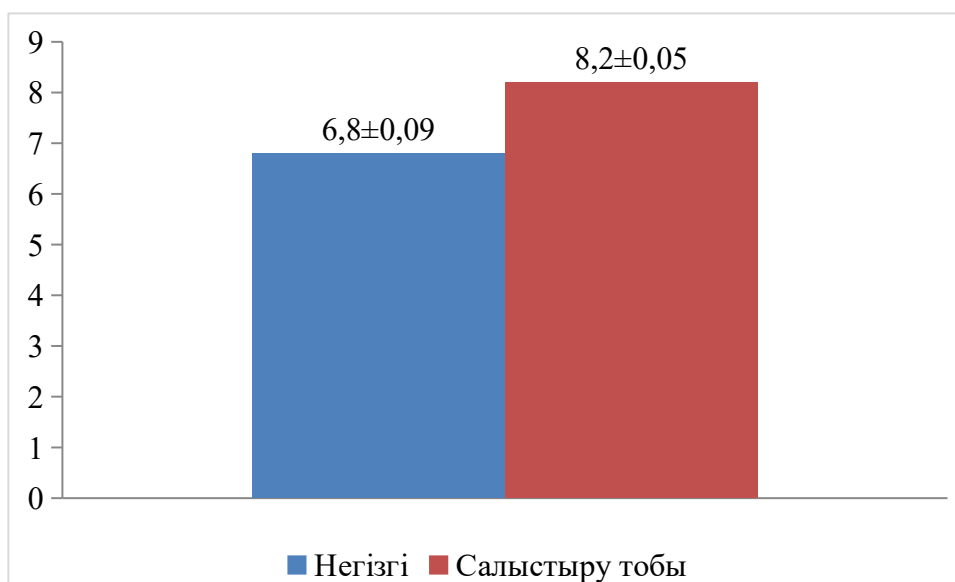
мәселелері			
Күнделікті өмірдегі мәселелері (жұмыс және демалыс кезінде)	5,75±2,0	5,32±2,14	0,386
ΣОНIP-14-RU	22,55±4,12	22,0±3,64	0,530

Ескертпе: * - 0,05 критикалық мәні бар тәуелсіз іріктеулер үшін Стьюденттің екі жақты өлшеміне сәйкес келетін айырмашылықтардың маңыздылығы.

4 ТАРАУ. СОЗЫЛМАЛЫ ЖАЙЫЛҒАН ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕДЕГІ ПАРОДОНТИТІ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

4.1 Емдеуден кейінгі жүргізілген клиникалық көрсеткіштер

Жүргізілген емдеу іс-шараларының нәтижесінде екі бақылаудағы топта оң нәтижелерге қол жеткізілді. Пародонттың клиникалық жай-күйін жақсаруының алғашқы белгілері негізгі топта «Гиалудент № 2» гельді қолдану нәтижесінде емдеу басталғаннан бері $2,3 \pm 0,3$ тәулікке қарай байқалды: пациенттерде қызылиек емізікшелерінің ісінуінің, гиперемиясының азаюы, қызылиек ауырсыну сезімталдығының төмендеуі байқалды. Пародонт тіндерінің клиникалық жай-күйінің қалыпқа келуі (қабыну құбылыстарының жоғалуы) $6,8 \pm 0,09$ тәулікке қарай байқалды. Салыстыру тобының «Метрогил-Дента» гелімен емделушілерінде қызыл иек тінінің жай-күйін жақсаруының алғашқы белгілері $2,6 \pm 0,3$ тәулікке қарай байқалды ($p \geq 0,05$). Бұл топтағы ісіну, гиперемия және қызылиектегі ауырсыну сезімдерінің толық жоғалуы негізгі топқа қарағанда ұзақ болды, ол $8,2 \pm 0,05$ тәулікті құрады ($p \leq 0,05$).



18 сурет - Бақыланатын топтардағы пародонт тіндерінің клиникалық жағдайы қалпына келтірудің салыстырмалы мерзімдері

Емдеуден 3 айдан кейін екі топтың емделушілері шағымы болмады. 6 айдан кейін салыстыру тобындағы пациенттердің 56,7% -ында тіс тазалау кезінде қан кету және ауырсыну туралы шағымдар болды, ауыз қуысын тексергенде, маргинальды қызылиек гиперемиясы байқалды.

12 айдан кейін салыстыру тобындағы пациенттердің 90% (27 адам) тіс шөгінділерінің, қызыл иекте ыңғайсыздық сезімдерінің, тістерін тазалау кезінде қанағыштығының болуына шағымданды. Клиникалық тексергенде 7 адамда (23,3%) пародонталды қалталардың болуы, қалған 20 адамда – қызыл иек қабынуының белгілері байқалды. Осы бақылау кезеңінде «Гиалудент №2» гельді қолдану арқылы жүргізілген негізгі тобының 8 пациентте (22,86%) маргинальды қызылиек гиперемиясы және жұмсақ шөгінділерінің болуы

көрінді, бірақ пародонталды қалталар анықталмаған, қалған пациенттерде (77,14%) объективті қабыну белгілері байқалмады, бұл осы топтағы ремиссияның тұрақты кезеңін көрсетеді.

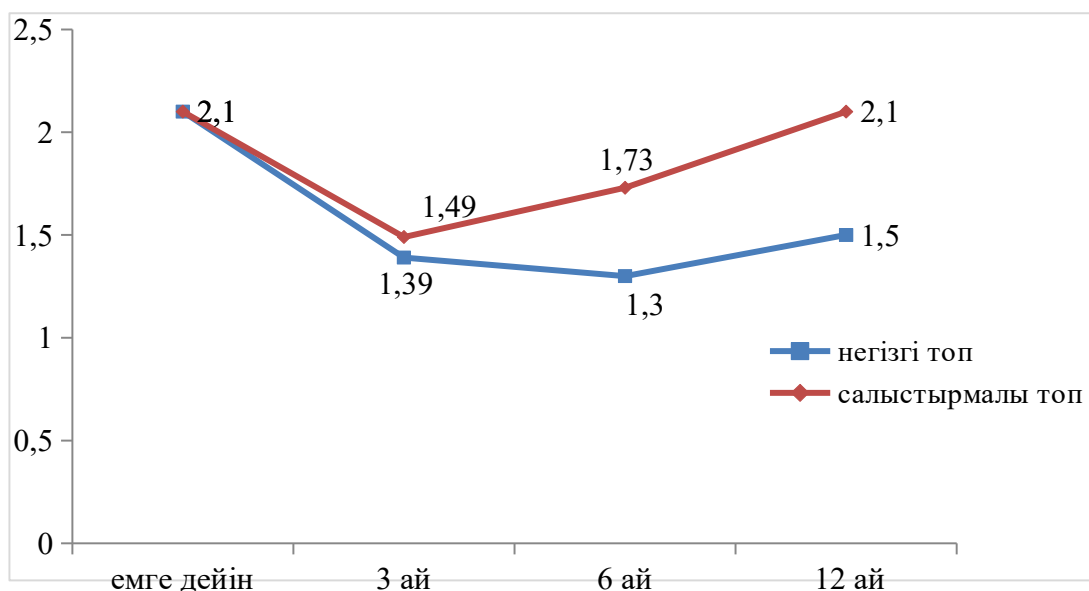
ОHI-S гигиеналық индексінің өзгеру динамикасы 19 суретте және 4 кестеде келтірілген.

Емдеуге дейін бақыланатын топтардағы GI 2,1 балл шегінде болды, бұл ауыз қуысының гигиеналық жағдайына қанағаттанарлық емес көрсеткіш. 3 айдан кейін екі топтағы GI көрсеткіштері ауыз қуысының оңтайлы гигиеналық жағдайына сәйкес келді.

4 кесте - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттердегі ОHI-S гигиеналық индекстің өзгеру динамикасы

Зерттеу мерзімдері	ОHI-S индекстің көрсеткіштері (балл)	
	Негізгі тобы	Салыстыру тобы
Емге дейін	2,1±0,12	2,1±0,11
3 айдан кейін	1,39±0,12*	1,49±0,09*
6 айдан кейін	1,3±0,04*	1,73±0,09
12 айдан кейін	1,8±0,04*	2,1±0,12

* $p \leq 0,05$ - айырмашылықтар емделуге дейін алынған мәліметтерге қатысты статистикалық маңызды.



19 сурет - Негізгі топ пен салыстыру тобындағы пациенттердегі ОHI-S гигиеналық индекстің өзгеру динамикасы

Салыстыру тобында 6 айдан кейін GI көрсеткіштері төмендеді және 1,73±0,09 баллды құрады, бұл ауыз қуысының гигиенасының қанағаттанарлық деңгейін көрсетеді. Негізгі топта GI 1,3±0,04 балл құрады, бұл ауыз қуысының

гигиеналық жағдайын, сондай-ақ осы топтағы емдік шаралардың тиімділігін көрсетеді. 12 айдан кейін, салыстыру тобында ГИ $2,1 \pm 0,12$ баллды құрады, бұл емдеуге дейінгі көрсеткіштерге сәйкес келеді және жүргізілген терапияны жеткіліксіз тиімді деп сипаттайды. Негізгі топта ГИ $1,5 \pm 0,04$ балл құрайды, бұл ауыз қуысының гигиенасының қанағаттанарлық деңгейін көрсетеді.

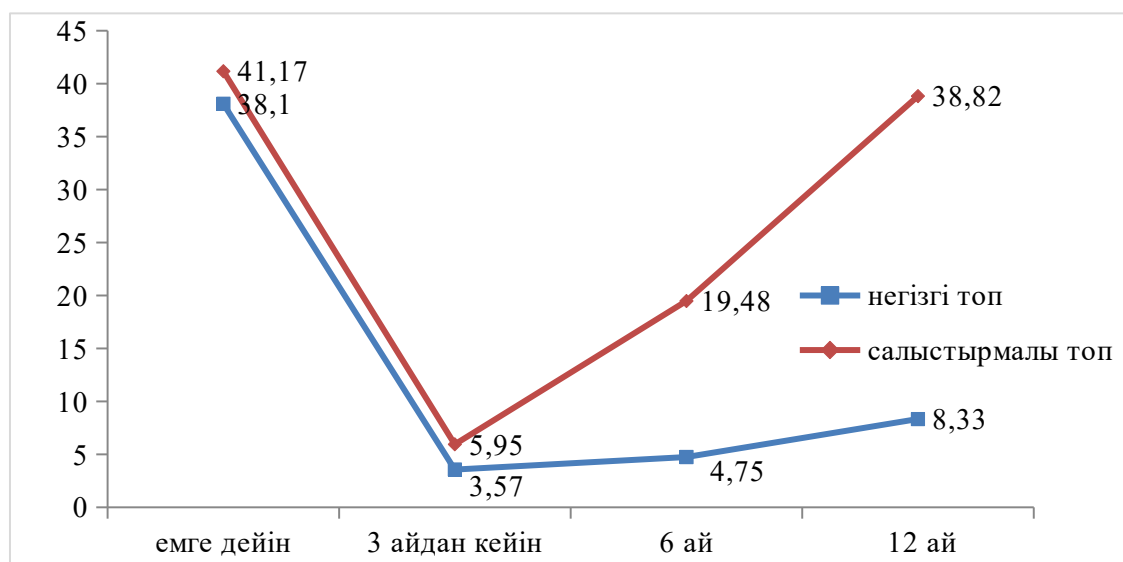
РМА индексінің өзгеру динамикасы 20 суретте және 5 кестеде келтірілген.

Емдеуге дейін негізгі топтағы РМА индексі $38,10 \pm 1,01$ баллды құрады, салыстыру тобында - $41,17 \pm 1,21$ балл, бұл қызылиек қабынуының орташа ауырлығына сәйкес келді. 3 айдан кейін екі топтағы РМА индексі қызыл иегінің оңтайлы күйіне сәйкес келді.

5 кесте - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РМА индексінің өзгеру динамикасы

Зерттеу мерзімі	РМА индексі көрсеткіштерінің мәні (%)	
	Негізгі тобы	Салыстыру тобы
Емге дейін	$38,10 \pm 1,01$	$41,17 \pm 1,21$
3 айдан кейін	$3,57 \pm 0,08^*$	$5,95 \pm 0,09^*$
6 айдан кейін	$4,75 \pm 0,11^*$	$19,48 \pm 0,15^*$
12 айдан кейін	$8,33 \pm 0,25^*$	$38,82 \pm 1,26$

* $p \leq 0,05$ - айырмашылықтар емделуге дейін алынған мәліметтерге қатысты статистикалық маңызды.



20 сурет - Негізгі топ пен салыстыру тобындағы пациенттерде РМА индексінің өзгеру динамикасы

Салыстыру тобындағы 6 айдан кейін РМА индексі төмендеді және $19,48 \pm 0,15\%$ құрады, бұл осы топтың пациенттерінде қызылиек жағдайының нашарлағанын көрсетеді. Негізгі топта РМА индексі біршама өсті - $4,75 \pm 0,11\%$,

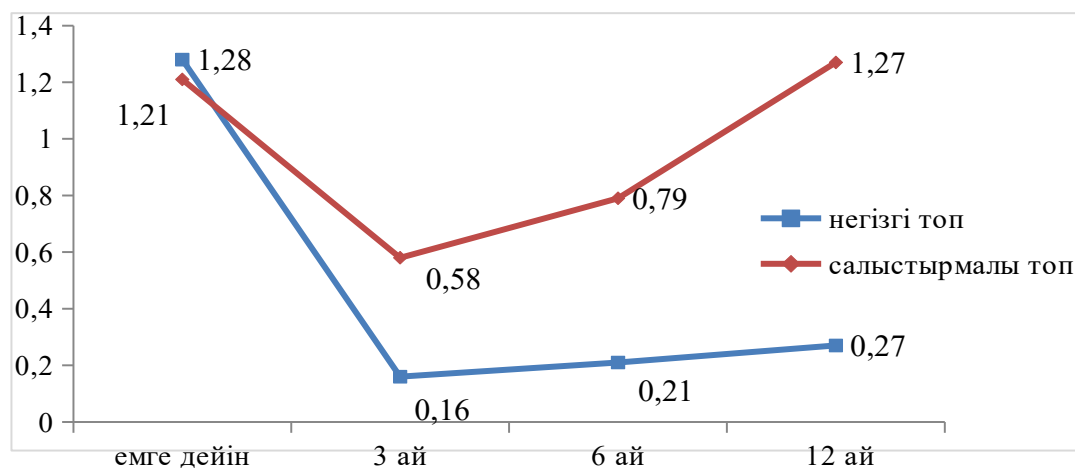
бірақ салыстыру тобына қарағанда едәуір төмен болды, бұл осы топтағы емдеу нәтижелерінің тұрақтылығын көрсетті. Салыстыру тобындағы 12 айдан кейін РМА индексі $38,82 \pm 1,26\%$ ($p \geq 0,05$) құрады, бұл емдеу алдындағы көрсеткіштерге сәйкес келеді және осы топтағы жүргізілген терапияны жеткіліксіз тиімді деп сипаттайды. Негізгі топта РМА индексі $8,33 \pm 0,25$ құрайды, бұл «Гиалудент №2» гелінің тұрақты қабынуға қарсы әсерін көрсетеді.

Қызылиек тініндегі қабыну дәрежесін көрсететін РМА индексінің өзгерістері РВІ қан кету индексінің тиісті динамикасымен расталды (6 кесте, 21 сурет).

6 кесте - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РВІ индексінің өзгеру динамикасы

Зерттеу мерзімі	РВІ индекстің көрсеткіштері (балл)	
	Негізгі топ	Салыстырмалы топ
Емге дейін	$1,28 \pm 0,04$	$1,21 \pm 0,04$
3 айдан кейін	$0,16 \pm 0,07^*$	$0,58 \pm 0,02^*$
6 айдан кейін	$0,21 \pm 0,08^*$	$0,79 \pm 0,03^*$
12 айдан кейін	$0,37 \pm 0,01^*$	$1,27 \pm 0,04$

* $p \leq 0,05$ - айырмашылықтар емделуге дейін алынған мәліметтерге қатысты статистикалық маңызды.



21 сурет - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде РВІ индексінің өзгеру динамикасы

Емдеуге дейін екі топта да қан кету индексі $1,28 \pm 0,04$ - $1,21 \pm 0,04$ баллды құрады, бұл қабыну процесінің болуына байланысты қызыл иек қан тамырларының өткізгіштігінің жоғарылауын көрсетті. 3 айдан кейін салыстыру тобындағы қан кету көрсеткіші бастапқы деректерден 2 есе төмен болды, бірақ негізгі топқа қарағанда 3,5 есе жоғары.

6 және 12 айдан кейін салыстыру тобында қан кету индексінің одан әрі жоғарылауы байқалды ($0,79 \pm 0,03$ және $1,27 \pm 0,04$), ал «Гиалудент №2» гелді қолдану арқылы жүргізілген негізгі топ пациенттерде бұл көрсеткіштің динамикасы шамалы болды ($0,21 \pm 0,08$ және $0,27 \pm 0,01$).

ПИ-дегі өзгерістер динамикасы 22 суретте және 7 кестеде келтірілген.

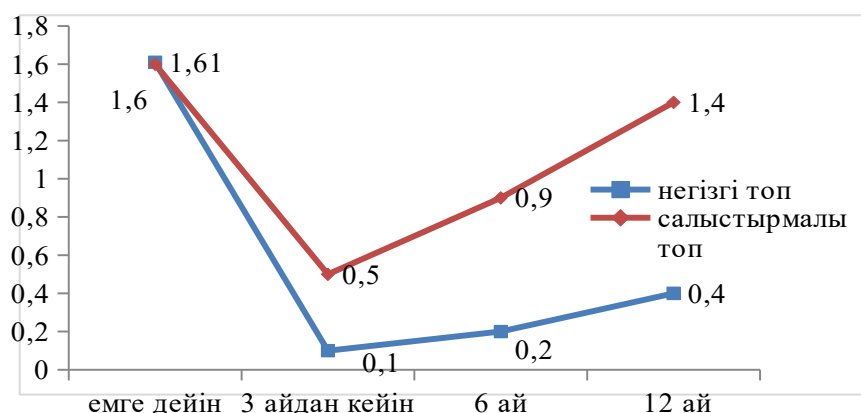
Емдеуге дейін екі топтағы ПИ $1,6-1,61$ баллды құрады, бұл пародонт аурудың бастапқы деструктивті өзгерістеріне сәйкес келді. 3 айдан кейін салыстыру тобындағы ПИ көрсеткіші $0,5 \pm 0,03$ баллға жетті, негізгі топта $0,1 \pm 0,03$ балл, бұл көрсеткіш жеңіл дәрежелі гингивитке сәйкес келді.

Салыстыру тобында 6 айдан кейін ПИ көрсеткіштері төмендеді және $0,9 \pm 0,03$ баллды құрады, бұл пародонт тіндерде қабынудың болуын көрсетеді. Емделіп жатқан пациенттерде «Гиалудент № 2» гелі қолданылған негізгі топ пациенттердің ПИ $0,2 \pm 0,03$ баллды құрады, бұл осы топтағы жүргізілген емдік шаралардың тиімділігін көрсетеді. 12 айдан кейін, салыстыру тобында ПИ $1,4 \pm 0,03$ баллды құрады, бұл емдеу алдындағы көрсеткіштерге сәйкес келеді және жүргізілген терапияны жеткіліксіз тиімді деп сипаттайды. Негізгі топта ПИ - $0,4 \pm 0,01$ балл, бұл ремиссияның тұрақты кезеңін, сондай-ақ гиалурон қышқылына негізделген препараттың тиімділігін көрсетеді.

7 кесте - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ПИ көрсеткіштерінің өзгеру динамикасы

Зерттеу мерзімі	ПИ көрсеткіштері (балл)	
	Негізгі топ	Салыстырмалы топ
Емге дейін	$1,61 \pm 0,03$	$1,6 \pm 0,03$
3 айдан кейін	$0,1 \pm 0,03^*$	$0,5 \pm 0,03^*$
6 айдан кейін	$0,2 \pm 0,03^*$	$0,9 \pm 0,03$
12 айдан кейін	$0,4 \pm 0,01^*$	$1,4 \pm 0,03$

* $p \leq 0,05$ - айырмашылықтар емделуге дейін алынған мәліметтерге қатысты статистикалық маңызды.



22 сурет - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ПИ өзгеру динамикасы

4.2 Қызылиек сұйықтықтың және ауыз қуысының сілемейлі

қабығының спецификалық емес резистенттілігі көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау

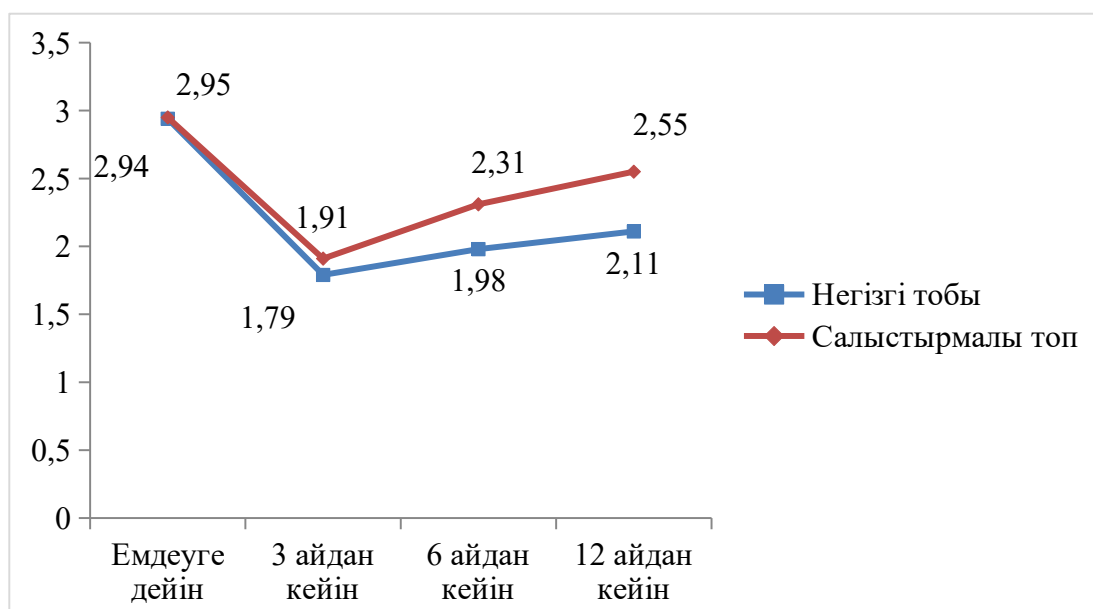
Зерттелетін препараттармен СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттерін емдеу нәтижелері қызылиек сұйықтығының параметрлері - саны мен рН зерттеу нәтижелерімен расталған болатын.

Екі топтағы емделушілерде ҚС санының мәні мен динамикасы 8 кестеде келтірілген. Емге дейін емделушілердегі ҚС саны $2,94 \pm 0,11$ - $2,95 \pm 0,17$ шегінде болды, бұл қызылиектің қабыну құбылыстарына сәйкес келеді. 3 айдан кейін бақылаудағы топтарда ҚС саны төмендеді, бұл пародонт ауруларының қабынуға қарсы тиімді терапиясын көрсетеді.

8 кесте - бақыланатын топтардың емделушілеріндегі ҚС санының динамикасы

Бақылау топтары	Бақылау мерзімдері			
	Емдеуге дейін	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін
Негізгі тобы	$2,94 \pm 0,11$	$1,79 \pm 0,07^*$	$1,98 \pm 0,15^*$	$2,11 \pm 0,17^*$
Салыстырмалы топ	$2,95 \pm 0,17$	$1,91 \pm 0,16^*$	$2,31 \pm 0,12^*$	$2,55 \pm 0,16$

* $p \leq 0,05$ - айырмашылықтар емделуге дейін алынған мәліметтерге қатысты статистикалық маңызды.



23 сурет - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ҚС санының өзгеру динамикасы

6 айдан кейін салыстыру тобындағы ҚС санының 21,69% - ға, негізгі топта 32,65% - ға төмендеуі байқалды. 12 айдан кейін азаюы байқалды, ол салыстыру тобында $2,55 \pm 0,16$, негізгі топта – $2,11 \pm 0,17$ құрады. ҚС санының өзгеруінің ең қолайлы динамикасы емдеуде гиалурон қышқылы негізінде препаратты пайдаланған емделушілерде анықталған (23 сурет).

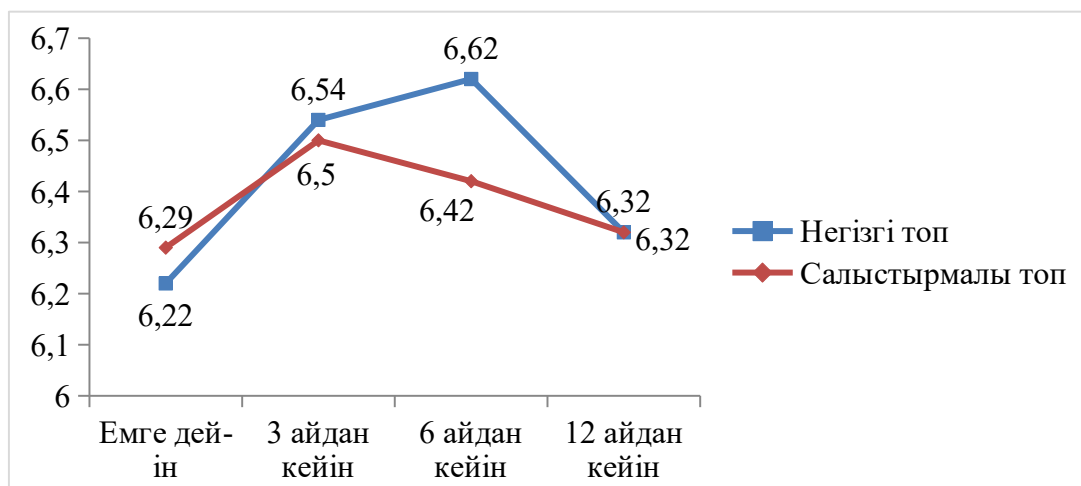
ҚС рН динамикасы 9 кестеде және 24 суретте көрсетілген. Емделгеннен 3 айдан кейін осы көрсеткіштің мәні жоғарылап, негізгі топта $6,54 \pm 0,07$ және салыстыру тобында $6,50 \pm 0,16$ мәнді құрады.

9 кесте - Бақыланатын топтардың емделушілерінде рН қызылиек сұйықтығының динамикасы

Бақылау топтары	Бақылау мерзімдері			
	Емге дейін	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін
Негізгі топ	$6,22 \pm 0,09$	$6,54 \pm 0,07^*$	$6,62 \pm 0,15^*$	$6,32 \pm 0,17$
Салыстырмалы топ	$6,29 \pm 0,04$	$6,50 \pm 0,16^*$	$6,42 \pm 0,12^*$	$6,32 \pm 0,16$

* $p \leq 0,05$ -айырмашылықтар емдеуге дейін алынған деректерге қатысты статистикалық тұрғыдан сенімді.

Бұл көрсеткіш бастапқы саннан (емге дейін) 6 айдан кейін асып түсті ($p \leq 0,05$), бұл екі топта емдеудің тұрақты нәтижесі туралы куәландырды. 12 айдан кейін оның біртіндеп төмендеуі байқалды.



24 сурет - Негізгі топтағы және салыстыру тобындағы пациенттерде ҚС рН көрсеткішінің өзгеру динамикасы

Ауыздың сілемейлі қабығының эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілетінің нәтижелері 10 кестеде көрсетілген.

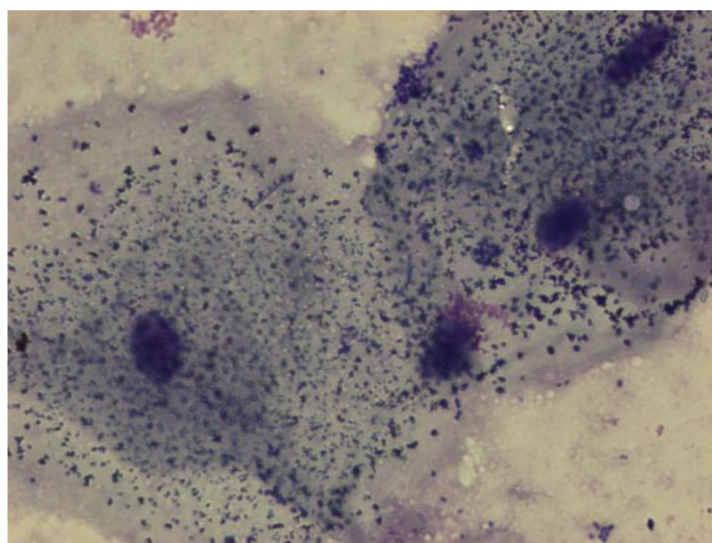
10 кесте - СЖП жеңіл дәрежедегі бар пациенттерде қызылиектің эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілетілігінің көрсеткіштері

Топтар	Емге дейін	Емнен кейін	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін
Негізгі топ	1,62±0,27	3,15±0,37*	3,12±0,35*	3,1±0,33*	3,07±0,25*
Салыстырмалы топ	1,59±0,34	3,11±0,36	3,08±0,26	3,06±0,3	2,02±0,26

* $P_1 \leq 0,001$ - емге дейінгі және 10 күннен кейін, емге дейінгі және 3 айдан кейін, емге дейінгі және 6 айдан кейін көрсеткіштер арасында, емге дейінгі және 12 айдан кейін көрсеткіштер арасында 0,05 сыни мәнде тәуелді жұптық іріктеулер үшін Стьюденттің екі жақты өлшеміне сәйкес келетін айырмашылықтардың маңыздылығы.

Жүргізілген емдеуден кейін, жақын және алыс мерзімде, негізгі топта бастапқы деректермен салыстырғанда орташа цитоморфологиялық коэффициенттің екі есе тұрақты артуы байқалады, бұл ауыз қуысының сілемейлі қабығының қорғаныш механизмдерінің артқанын көрсетеді. Бұл ретте жүргізілген емдеуден кейін материалдың көп бөлігін пішіні деформацияланған, цитоплазмасы және ядросы ашық, өз бетінде 50 және одан да көп кокктары бар 3 және 4 топтағы эпителиоциттер алды (25 сурет).

Салыстырмалы топта орташа цитоморфологиялық коэффициенттің тұрақты артуы 3 ай және 6 ай емнен кейін байқалды, бірақ 12 ай емнен кейін бұл көрсеткіштер төмендеді. Материалда 2 және 3 топтардағы эпителиоциттер басым болды, бұл олардың белсенділігінің төмендеуін көрсеті.



25 сурет - 100-ден астам микроорганизмдерді адсорбциялайтын белсенділіктің 4 тобы қызылиектің сілемейлі қабығының эпителиалды жасушасының микрофотографиясы. Романовский-Гимзе бойынша боялған

4.3 Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттердің өмір сапасының көрсеткіштері

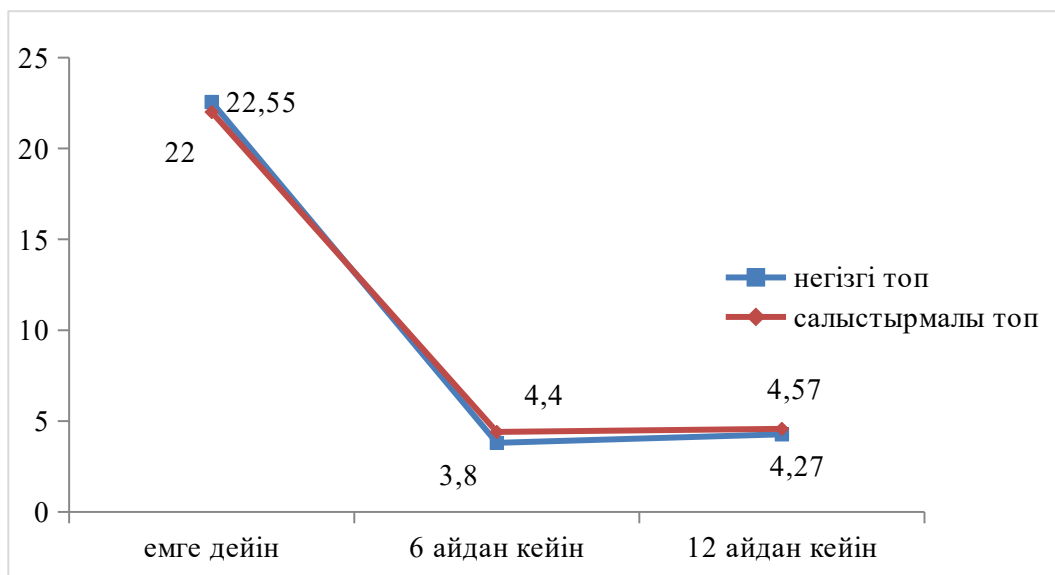
ОНIP – 14 – RU сауалнамасының жекелеген блоктарын салыстырмалы талдау кезінде емдеуден кейін алыс мерзімде олардың орташа мәндерінің арасындағы нақты айырмашылықтар анықталды (11 кесте). Емінде «Гиалудент №2» гелі (негізгі топ) қолданылған пациенттер тобында 12 айдан кейін «қарым-қатынастағы проблемалар» блогының орташа мәні салыстыру тобымен ($p=0,007$) салыстырғанда төмен көрсеткішпен сипатталды. «Күнделікті өмірдегі проблемалар» блогы 6 және 12 айдан кейін негізгі топта бақылау тобымен ($p=0,05$ және $p=0,01$) салыстырғанда төмен мәнмен сипатталды.

11 кесте - Емінен 6 және 12 айдан кейін негізгі топ пен салыстыру тобы пациенттерінің өмір сапасы параметрлерінің мәні

Топтар	Тамақ ішу кезіндегі проблемалар			Мәселелері қарым-қатынас			Күнделікті өмірдегі мәселелер		
	Емге дейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	Емге дейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	Емге дейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін
Негізгі топ	8,4±1,37	1,85±0,92	1,92±0,99	8,47±1,95	1,47±1,04	1,6±1,03	5,75±2,0	0,47±1,03	0,75±0,95
P*	P ₁ =0,216	P ₂ =0,305	P ₃ =0,405	P ₁ =0,187	P ₂ =0,259	P ₃ =0,007	P ₁ =0,386	P ₂ =0,05	P ₃ =0,01
Салыстырм алы топ	8,75±1,1	1,75±1,41	2,12±1,14	8,92±1,71	1,75±1,13	2,2±0,91	5,32±2,14	0,9±0,87	0,25±0,74

Ескертпе: * – 0,05: p_1 - емдеуге дейінгі негізгі топ пен салыстыру тобының көрсеткіштері арасында, p_2 -негізгі топ пен салыстыру тобының көрсеткіштері арасында емдеуден кейін 6 айдан соң, p_3 -негізгі топ пен салыстыру тобының көрсеткіштері арасында және емдеуден кейін 12 айдан кейінгі көрсеткіштер.

Стоматологиялық денсаулығының өмір сапасына әсер ету интегралды мәні \sum ОНIP – 14 – RU индексінің деректері бойынша жүргізілген емдеуден 6 айдан кейін негізгі топта 83,06% - ға (3,82±0,30), салыстыру тобында 80% - ға (4,4±0,96) төмендеді (26 сурет). Негізгі топ пен салыстыру тобының деректері өзара статистикалық мәнді болып табылмайды ($p=0,258$). 12 айдан кейін сауалнама көрсеткіштері емге дейінгі деректермен салыстырғанда негізгі топта 81,06% - ға (4,27±0,62), салыстыру тобында 79,23% - ға (4,57±0,73) төмендеді. Негізгі топтың көрсеткіштері салыстыру тобының көрсеткіштерінен ($p<0,05$) анық ерекшеленеді.



26 сурет - Емнен 6 және 12 айдан кейін негізгі топ пен салыстыру тобы пациенттерінің өмір сапасы көрсеткіштерінің динамикасы

Жалпы алғанда жүргізілген емдеуден кейін 6 және 12 айдан кейін негізгі топ пен бақылау тобындағы Σ ОНIP – 14 – RU интегралдық көрсеткішінің мәні төмендеу үрдісі байқалды, бұл стоматологиялық денсаулыққа негізделген өмір сапасының жақсы деңгейін сипаттайды, жүргізілген емдеудің тиімділігін дәлелдейді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Пародонттың қабыну ауруларының кешенді терапиясында, атап айтқанда созылмалы жайылған пародонтитте жергілікті консервативті емдеуге маңызды рөл беріледі. Қазіргі заманғы стоматологияда қабынған тіндерге жергілікті әсер ету үшін пародонтологияда қолданылатын құралдардың кең арсеналы бар.

Соңғы уақытта құрамында бактерияға қарсы дәрі-дәрмектерге ғана емес, биологиялық белсенді табиғи заттарға ерекше көңіл бөлінеді. Мұндай заттарға гиалурон қышқылы жатады.

Біздің жұмысымыздың мақсаты жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылған пародонтитті кешенді емдеуде гиалурон қышқылы негізінде препаратты қолдану тиімділігін зерттеу болды.

Біздің бақылауымызда жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтит диагнозы бар 20-дан 45 жасқа дейінгі 65 пациент болды. Пациенттер негізгі топқа және салыстыру тобына – 2 топқа бөлінді. Салыстыру тобының пациенттеріне (30 адам) кешенді пародонтологиялық ем жүргізілді, оның ішінде ауыз қуысын санациялау, пародонтта қабыну процестерінің сақталуына ықпал ететін факторларды түзету және жою, көрсеткіштері бойынша ортопедиялық емдеу (таңдамалы егеу, протездеу), ауыздың жеке гигиенасына үйрету және бақылау, Piezon Master 400 ультрадыбыстық аппаратының көмегімен ауыз қуысының кәсіби гигиенасын және AirFlow S1 аппаратымен тісті ауамен абразивті өңдеу, содан кейін пародонтальды қалталардың жабық кюретажы жүргізілді. Кюретаждан кейін және келесі емдеу күндерінде ауыз қуысын өңдеу үшін хлоргексидин биглюконатының 0,05% ерітіндісін және «Метрогил Дента» гелін қызылиектің сілемейлі қабығына аппликация түрінде қолданылды.

Негізгі топтағы пациенттерге (35 адам) ұқсас емдеу жүргізілді, бірақ «Метрогил Дента» гелінің орнына құрамында гиалурон қышқылы, метронидазол және хлоргексидин бар «Гиалудент №2» гелі қолданылды.

Жүргізілген емдеуден кейінгі екі топтағы пациенттер жағдайының динамикасы 3, 6, 12 айдан кейін бағаланды.

Барлық пациенттерге клиникалық-зертханалық тексерулер жүргізілді. Оларға сауалнама, ауыз қуысын тексеру, гигиеналық және пародонтальды статусын бағалау (қызыл иектің жай-күйі, пародонтальды қалталар тереңдігін, тістер қозғалғыштығы мен жалаңаштануының болуы немесе болмауын анықтау, тіс шөгінділерінің болуын, олардың санын, сипатын, ОНІ-S, РМА, РВІ, ПИ индекстерін анықтау), қызыл иек сұйықтығының параметрлерін (ҚС саны, ҚС рН), ауыздың сілемейлі қабығының эпителиалды жасушаларының адсорбциялық қабілеттілігін, өмір сапасының көрсеткіштерін анықтау кіргізілді. Созылмалы жайылған пародонтиттің жеңіл дәрежедегі диагнозы рентгенологиялық зерттеудің нәтижелерімен расталды.

Тексерілген топ пациенттерінің сипаттамасы екі топта тіс жегісі қарқындылығының жоғары деңгейін көрсетті: негізгі топта $10,90 \pm 0,93$ және

салыстыру тобында $11,90 \pm 0,86$ мәнге ие, бұл пародонтологиялық ем жүргізуге дейін ауыз қуысын санациялап қалпына келтіруді қажет етті.

Ауыз қуысы гигиенасының деңгейі екі топтада қанағаттанарлықсыз көрсеткіштерге сәйкес келді (негізгі топтағы пациенттерде - $2,30 \pm 0,03$, салыстыру тобындағы пациенттерде - $2,08 \pm 0,06$), бұл пародонт тіндеріндегі қабыну процесін дамытуға тіс шөгінділерінің микробтық факторының қатысқанын көрсетті.

Созылмалы жайылмалы пародонтиттің жеңіл дәрежесіндегі екі топтағы пациенттерде орташа ауырлықтағы симптоматикалық гингивитпен қатар жүрді: папиллярлы-маргиналды-альвеолярлы индекс көрсеткіштері негізгі топтағы емделушілерде $38,10 \pm 1,01$ балл, салыстыру тобының емделушілерінде $41,17 \pm 1,21$ балл шамасында болды.

Пародонт тіндеріндегі қабыну процесі тексерілген топтардың пациенттерінде қызыл иектің ісінумен, болбырлығымен, цианозды ренді гиперемиясымен сипатталды. Оны зондтау кезіндегі қызыл иектен жеңіл қан кетуінің көзбен көріп анықталуы негізгі топта $1,95 \pm 0,06$ баллды, салыстыру тобында $1,99 \pm 0,07$ баллды құрайтын РВІ қан кету индексінің шамамен тең мәндерімен расталды.

Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежелі пародонтитпен тексерілген пациенттерде пародонттың барлық тіндерінде қабыну процесін анықтау Рассельдің пародонтальды индексі куәландырады. Оның мәндері негізгі топта $2,17 \pm 0,02$ балға тең, салыстыру тобында $2,25 \pm 0,06$ балға тең болды, бұл аурудың жеңіл ауырлық дәрежесіне сәйкес келеді.

Ауыз қуысының резистенттілігінің қалыптасуында елеулі рөл қызылиек сұйықтығы тиесілі, оның құрамына спецификалық және спецификалық емес резистенттілік факторлары кіреді. Сонымен қатар, ауыз қуысында патология дамыған жағдайда қызыл иек сұйықтығының құрамы мен қасиеттері елеулі өзгерістерге ұшырайды.

Біздің бақылауларда ҚС санының көрсеткіштері тексерілген топтардағы пациенттер арасында елеулі айырмашылықтар болған жоқ және негізгі топта $2,94 \pm 0,11$ мм², салыстыру тобында $2,95 \pm 0,17$ мм² құрады. Бұл көрсеткіштерінің және әдеби дереккөздерінің мәліметтері бойынша пародонты сау адамдардың ҚС саны мәндерінің салыстырмалы талдау пародонт тіндерінде қабынудың бар екенін куәландырады, сонымен қатар қызыл иектің қабыну, қанағыштығы, гигиена индекстері және қызыл иек сұйықтығының саны арасындағы оң корреляциямен расталады [98].

Ауыз қуысының сілемейлі қабығының жергілікті иммунореактивтілігінің спецификалық емес және ақпараттық көрсеткіштерінің бірі - эпителиалды жасушалармен микроорганизмдердің адсорбциялану көрсеткіші болып табылады. Ол туралы орташа цитоморфологиялық коэффициент көрсеткіші бойынша айтуға болады, ол емге дейін топтар арасында айтарлықтай айырмашылығы жоқ ($1,61 \pm 0,27$ – негізгі топта, $1,59 \pm 0,33$ - салыстыру тобында). Бұл созылмалы жайылған жеңіл дәрежесі пародонтиті бар пациенттерде ауыз

қуысының сілемейлі қабығының иммунореактивтілігі механизмдерінің ішінара тежелуін көрсетеді.

Пародонттың қабыну аурулары бар пациенттердің өмір сапасын зерттеу пациенттердің денсаулық жағдайында бұзылуларды дәл бағалауға, емдеудің ең тиімді әдісін анықтауға мүмкіндік береді. Біз жүргізген зерттеуге сәйкес барлық пациенттерде стоматологиялық денсаулық әсеріне байланысты өмір сапасының айтарлықтай төмендеуі байқалды. ОНІР – 14 – RU сауалнамасының көрсеткіштері негізгі топта $22,55 \pm 4,12$ баллды, салыстыру тобында – $22,0 \pm 3,64$ баллды құрады.

Жеңіл дәрежедегі созылмалы жайылмалы пародонтиті бар пациенттерде жүргізілген емдеу пародонт тіндеріндегі қабыну процесінің тоқтауының алғашқы белгілері (қызыл иек ісінуінің, гиперемиясының азаюы, қызыл иектерде ауырсыну сезімінің төмендеуі) негізгі топтағы пациенттерде $2,3 \pm 0,3$ тәулікте және салыстыру тобының пациенттерінде $2,6 \pm 0,3$ тәулікте байқалды, бұл ретте көрсеткіштер елеулі айырмашылықтары болмады. Одан әрі бақылау жергілікті емдеуде «Гиалудент №2» гелді пайдаланған пациенттерде – $6,8 \pm 0,09$ тәулікте, ал «Метрогил Дента» гелін пайдалана отырып $8,2 \pm 0,05$ тәулікте ($p \leq 0,05$) емдеуді өткізген салыстыру тобының пациенттерінде қабыну құбылыстарының толық жоғалуын көрсетті. «Гиалудент №2» гелді қолдану пародонт тіндеріндегі репаративті процестерді белсендіргені анық.

Жыл бойы (3, 6, 12 ай) пациенттерді қайта тексеру кезінде пародонт тіндерінің қабыну белгілері салыстыру тобы пациенттерінің 6 айдан кейін 56,7%-да пайда болып, ал 12 айдан кейін осы топ тұлғаларының 90%-да анықталды. Негізгі топта неғұрлым қолайлы жағдай байқалды - гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты пайдалана отырып емдеу жүргізілген пациенттердің 77,14%-ында 1 жылдан кейін пародонттың клиникалық жағдайы аурудың ремиссиясына сәйкес келеді.

3 айдан кейін екі топтағы пациенттерде ауыз қуысының гигиеналық жағдайы жақсы бағаға сәйкес болды. Келесі айларда салыстыру тобында ол нашарлады, 1 жылдан кейін ОНІ-S индексі емге дейін бастапқы цифрларға жетті. ГИ негізгі тобында тұрақты болды, бақылаудың жыл соңына қарай емделушілердің 22,86%-ында ауыз қуысы гигиенасының нашарлауы есебінен қанағаттанарлық көрсеткіштерге ие болды.

Емнен кейін 3 айдан соң РМА индексінің көрсеткіштері тексерілген топтардың пациенттердің қызыл иектің жақсы жай-күйін көрсетті. Алайда, бақылау мерзімінің соңында оның салыстыру тобындағы мәні бастапқы деректерге жақындады, ал «Гиалудент №2» гелді пайдаланып ем қабылдаған пациенттер тобында ол 4,7 есе төмен болды.

РВІ қан кету индексінің динамикасы папиллярлы-маргиналды-альвеолярлы индекспен байланысқан. Индекстің ең жақсы мәні екі топта жүргізілген емнен кейін 3 айдан кейін байқалды. 1 жылдан кейін салыстыру тобындағы РВІ индексінің сандық мәндері бастапқы көрсеткіштерден (емге дейін) ерекшеленбеді, бұл жергілікті емдеуде «Метрогил Дента» гелі қолданылған пациенттердің 90% пародонт тіндерінің қабыну белгілерінің пайда

болуын куәландырады. Негізгі топта РВІ индексінің көрсеткіштері айтарлықтай төмен болды, бұл емделгеннен кейін пародонтта қан айналымының тұрақты жақсарғанын көрсетті.

Пародонт тіндеріндегі қабыну процесінің даму рецидивін растайтын ұқсас динамикасы бақылау мерзімінің соңына қарай салыстыру тобы пациенттерінің көпшілігінде Расселдің пародонтальды индексінің көрсеткіштерімен байқалды. 12 айдан кейін олар $1,4 \pm 0,03$ балл құрады және негізгі топқа қарағанда ($0,4 \pm 0,01$ балл) жоғары болды. Бұл топтың адамдарындағы пародонтальды тіндердегі анағұрлым айқын өзгерістерді көрсетті.

Жүргізілген емдеуден кейін қызыл иек сұйықтықтың мөлшері төмендеу үдерісіне ие болды, мәні 3 айдан кейін екі бақылау тобында минимальды мәнге жетті. Алайда, одан әрі көрсеткіш өсе бастады және 12 айдан кейін салыстыру тобындағы мәні ($2,55 \pm 0,16$) бастапқы көрсеткіштермен ($2,95 \pm 0,17$, $p \geq 0,05$) салыстырғанда айтарлықтай айырмашылықтары болмады. Негізгі топта көрсеткіштер бастапқы көрсеткіштерден анық ерекшеленді ($p \leq 0,05$), бұл жергілікті емдеуде «Гиалудент №2» қолданған пациенттерде пародонттың неғұрлым қолайлы жай-күйін көрсетті.

Қызылиек сұйықтығының рН көрсеткіштері бақылаудың екі тобында 3 және 6 айдан кейін бастапқы мәндерден жоғары болды. 1 жылдан кейінгі көрсеткіштері емге дейінгі көрсеткіштерден айтарлықтай айырмашылығы жоқ.

Эпителиалды жасушалардың адсорбциясы реакциясының нәтижесі бойынша екі топтада сілемейлі қабықтың спецификалық емес резистенттілігі жүргізілген емдеуден кейін өсті. ОЦК негізгі тобы мен салыстыру тобында 3 және 6 айдан кейін бастапқы мәннен (емге дейін) шамамен 2 есе жоғары болды. Бұл үрдіс 12 айдан кейін емдеуде гиалурон қышқылы негізінде препаратты қолданған пациенттер тобында сақталды. Дәстүрлі ем қолданылған салыстыру тобында 1 жылдан кейін ОЦК төмендеді, ол арнайы иммундық жауап индукциясында маңызды рөл атқаратын ауыз қуысының сілемейлі қабығының эпителиоциттері белсенділігінің төмендегенін көрсетті.

Стоматологиялық денсаулыққа байланысты өмір сапасын бағалау көрсеткіші $\sum \text{ОНIP} - 14 - \text{RU}$, 6 айдан кейін шамамен 1,5 есеге тең жақсарды, алайда 12 айдан кейін негізгі топта бұл көрсеткіш 3,4% - ға жақсы болды, бұл статистикалық мәні ($p < 0,05$) тең. Блоктарды салыстырмалы талдау өлшемдердің шынайы айырмашылықтарын көрсетеді: "қарым – қатынастағы проблемалар" – негізгі топта емделгеннен кейін 12 айдан кейін көрсеткіш салыстыру тобына қарағанда 0,6-ға төмен болды; "күнделікті өмірдегі проблемалар" - негізгі топта емделгеннен кейін 6 айдан кейін мән 0,43-ке төмен болды; 12 айдан кейін 0,5 төмен болды ($p < 0,05$).

Осылайша, құрамында гиалурон қышқылы, метронидазол және хлоргексидині бар гель СЖП жеңіл дәрежедегі пациенттердің кешенді емінде қолдану гигиеналық жағдайды жақсартуға және пародонт тіндеріндегі қабынуды азайтуға, ауыз қуысының спецификалық емес иммунитет деңгейін, өмір сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

Созылмалы жайылмалы жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттердің дәстүрлі пародонтологиялық емінде «Метрогил Дента» гелді жергілікті қолдану кезінде жүргізілген терапияның оң динамикасы тек 3 ай бойы сақталады, ал гиалурон қышқылы негізіндегі гель қолданған пациенттерде ем аяқталғаннан кейін 6 ай бойы сақталатын тұрақты емдеу әсері байқалды.

ТҮЖЫРЫМДАР:

1. Гиалурон қышқылы негізіндегі гелді созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттерді кешенді емдеудің жергілікті қолдануда емдеу мерзімінің 1,5 тәулікке қысқаруына, жақын және алыс мерзімде (ОHI-S 1,2; РМА 4,6; РВІ 3,5; ПИ 4 есе) индекстік бағалаудың оң динамикасына, тексерілген адамдардың 77,14% ремиссия мерзімінің 1 жылға дейін ұзартылуына ықпал етеді.
2. Гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты қолдана отырып, созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттерді емдеу курсынан кейін ауыз қуысының сілемейлі қабығының спецификалық емес иммунитетінің жоғары көрсеткішінің сақталуы анықталды, бұл аурудың қайталану қаупін төмендетеді.
3. Гиалурон қышқылы негізіндегі препараттың созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттерді кешенді емдеуде қолдану стоматологиялық денсаулыққа байланысты өмір сапасының көрсеткіштерін 2,8 есе жақсартуға мүмкіндік береді.

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР:

1. Созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтит диагнозы бар пациенттерге пародонтальды қалталардың жабық кюретажын жүргізгеннен кейін «Гиалудент №2» гиалурон қышқылы негізіндегі гелді қолдану ұсынылады.
2. «Гиалудент №2» гиалурон қышқылы негізіндегі гелді қызылиектің сілемейлі қабығына аппликация түрінде үй жайында 7-8 күн ішінде күніне 2 рет қолдану ұсынылады.
3. Созылмалы жайылған жеңіл дәрежедегі пародонтиті бар пациенттерді ауру қайталануының алдын алу мақсатында жүргізілген емдеуден кейін әрбір 6 ай сайын бақылау қажет. Пародонт тіндерін жергілікті тітіркендіргіш факторлары және гингивиттің бастапқы белгілері болған жағдайда ауыз қуысының кәсіби гигиенасын жүргізу қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Фукс Е.И., Карева Ю.А., Гализина О.А. и соавт. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта //Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. - №3. – С. 153-160.
2. Абдулмеджидова Д.М. Факторы риска развития заболеваний пародонта у взрослого населения //Российский стоматологический журнал. – 2017. - №2. – С.72-75.
3. Ababneh K.T., Hwajj M.Z.F.A., Khader Y.S Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study. //BMC Oral Health. - 2012. – 12 (1):1.
4. Пономарева Н.А., Гуськова А.А., Митина Е.Н. и соавт. Современные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта //Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Т.19. - №10. – С.123-125.
5. Улитовский С.Б. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонтита. //Медицинский Совет. – 2016. - №19. – С.138-141.
6. Качесова Е.С. Клинико-лабораторное обоснование сочетанной медикаментозной терапии пародонтита //Автореф....канд.мед.наук: 14.01.14. Н.Новгород, 2018. 22 с.
7. Ковалевский А.М., Ушакова А.В., Ковалевский В.А., Прожерина Е.Ю. Бактериальная биопленка пародонтальных карманов: переосмысление опыта пародонтологии //Пародонтология. – 2018. - 23(2):15-21.
8. Priyanka, N. Clinical and microbiological efficacy of 3% satranidazole gel as a local drug delivery system in the treatment of chronic periodontitis: A randomized, controlled clinical trial / N. Priyanka, N. Kalra, S. Saquib et al. // Contemporary Clinical Dentistry. - 2015. - Vol. 6. - № 3. - P. 364-37
9. Ипполитов Е.В. Мониторинг формирования микробной биопленки и оптимизация диагностики воспалительных заболеваний пародонта //Автореф... д.м.н.: 03.02.03; 14.03.09. – М., 2016. – 42 с.
10. Копецкий И.С., Побожьева Л.В., Шевелюк Ю.В. Агрессивный пародонтит: клинические и микробиологические аспекты развития //Лечебное дело. – 2019. - №1. – С.7-13.
11. Цепов Л.М., Николаев А.И., Нестерова М.М. и соавт. Патогенетические особенности формирования хронической воспалительной патологии пародонта (обзор) //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т.17. - №3. – С.206-214.
12. Усова Н.Ф. Воспалительные заболевания пародонта: патогенез, принципы комплексного лечения //Сибирский медицинский журнал. – 2013. - №1. – С.141-144.
13. Сойхер М.И., Сойхер М.Г., Амхадова М.А. и соавт. Клинические аспекты использования гиалуроновой кислоты в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта //Российский стоматологический журнал. – 2016. – Т.20. - №3. – С.146-150

14. Чайковская Е. А., Персагашвили Е. З. Гиалуроновая кислота: биологический контроль над воспалением и ранозаживлением // Инъекционные методы в косметологии. 2011. №4. С. 20-34.
15. Chauhan A.S., Bains V.K., Gupta V., Singh G.P., Patil S.S. Comparative analysis of hyaluronan gel and xanthan-based chlorhexidine gel, as adjunct to scaling and root planing with scaling and root planing alone in the treatment of chronic periodontitis: A preliminary study. *Contemp. Clin. Dent.* 2013; 4 (1): 54–61.
16. Халдояниди С. К. Роль гиалуроновой кислоты в регуляции иммуно- и миелопоэза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 2011. – 34 с.
17. Сигаева Н.Н., Колесов С.В., Назаров П.В. и соавт. Химическая модификация гиалуроновой кислоты и ее применение в медицине // Вестник Башкирского университета.- 2012. – Т.17. - №3. – С. 1220-1241.
18. Бочков П.О., Колыванов Г.Б., Литвин А.А. и соавт. Влияние высокомолекулярных вспомогательных веществ на оптимизацию фармакокинетических свойств лекарственных препаратов // Ж. Фармакокинетика и фармакодинамика. – 2016. - №1. – С. 3-11.
19. Соколова И.И., Хлистунов Н.Л. Лечебное действие оральных гелей с гиалуроновой кислотой и кверцетином на состояние полости рта у больных гингивитом // Наука и здравоохранение. 2015. - №6. – С. 110-123.
20. Анисимов М.В., Шнайдер С.А. Разработка и изучение клинической эффективности анестезирующего раствора на основе гиалуроната натрия и лидокаина при проводниковой анестезии зубов на нижней челюсти // Ж. Инновации в стоматологии. – 2016. №4. – С. 2-9.
21. Шевелева И.В., Тё Е.А., Асмандярова А.Д. Сравнительная оценка применения лекарственных форм местного действия на основе хлоргексидина при лечении заболеваний пародонта // Актуальные вопросы стоматологии: материалы Всероссийск. науч.-практ. конф. (Кемерово, 20 марта 2019 г.): сборник трудов. – Кемерово: КемГМУ, 2019. – С.134-137.
22. Цепов, Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему // М., 2006. - 192 с.
23. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. - Киев, 2000. - 462 с.
24. Пародонтология: нац.руководство. Под ред чл.-корр. О.О. Янушкевича, Л.А. Дмитриевой. – Геотар-Медиа, 2018. -752 с.
25. Галиуллина Э.Ф. Новые подходы к этиологии заболеваний пародонта в свете современной концепции их патогенеза / Э.Ф.Галиуллина // Пародонтология. - 2017. - Т.22, №2(83).- С. 21-24.
26. Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. Пародонтит: локальный очаг серьёзных проблем (обзор литературы) // Пародонтология. - 2014. - Т. XIX, №3(72). - С. 3-6.
27. Aimetti, M. Prevalence of periodontitis in an adult population from an urban area in North Italy: findings from a cross-sectional population-based epidemiological survey / M. Aimetti, S. Perotto, S. Castiglione [et al.] // Journal of clinical periodontology. – 2015. – Vol. 42, №7. – P. 622-631

28. Оценка комплексного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне метаболического синдрома по клинико-иммунологическим показателям / И. В. Старикова [и др.]. // Вестник ВолгГМУ. – 2015. – № 2 (54). – С. 109–113.

29. M.A. Nazir Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. - *Int J Health Sci (Qassim)*. – 2017. - Apr-Jun; 11(2): 72–80.

30. Микляев С.В., Леонова О.М., Сущенко А.В. Анализ распространенности хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта // *Современные проблемы науки и образования*. – 2018. – № 2.

31. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. – М.: Медицинская книга, 2006. – 268 с.

32. Такиметбекова Б.Ж. Воспалительные заболевания тканей пародонта у детей // *Ж.Вестник КазНМУ*. - 2014. - №1. – С.156-158.

33. Ермуханова Г.Т., Амрин М.К., Нурлы Р.Б., Камиева З.Р., Ермуханова Г.А., Кисмет Г.С. Состояние окружающей среды и уровень стоматологического статуса детей Мангистауской области // *Вестник КазНМУ*. – 2014. - №2. – С. 142-148.

34. Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // *Стоматолог*. - 2006. - № 6. - С. 37

35. Галиуллина Э.Ф. Новые подходы к этиологии заболеваний пародонта в свете современной концепции их патогенеза /Э.Ф.Галиуллина// *Пародонтология*. - 2017. - Т.22, №2(83). - С. 21-24.

36. Genco, R.J. The role of systemic condition and disorders in periodontal disease / R.J. Genco, H. Loe // *Periodontology 2000.-1993.-Vol.2-P.98-116*.

37. Winkelhoff, A.J. Antimicrobial resistance in the subgingival micro flora in patients with adult periodontitis / A.J. Winkelhoff, Heirera Gonzales D., E.G. Winkel et al. // *J. Clin. Periodontol*. - Feb. - 2000. - Vol. 27. - № 2. - P. 79.

38. Усманова И.Н., Туйгунов М.М., Герасимова Л.П. и др. Роль условно-патогенной микрофлоры полости рта в развитии воспалительных заболеваний пародонта и слизистой полости рта (обзор литературы). - // *Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура»*. - 2015. - Т. 15, - № 2. - С. 37–44.

39. Барусова, С.А. Исследование антимикробной эффективности препарата Октенисепт при лечении воспалительных заболеваний пародонта / С.А. Барусова, Ф.Ю. Даурова // *Стоматология*. - 2009. - № 3. - С. 45-49.

40. Detection of specific periodontal microorganisms from bacteraemia samples after periodontal therapy using molecular-based diagnostics / D.M. Castillo, M.C. Sánchez-Beltrán, J. E. Castellanos [et al.] // *J. Clin. Periodontol*. – 2011. – Vol. 38, №5.– P. 418–427.

41. Состав микрофлоры пародонтального кармана при тяжелых формах пародонтита, устойчивых к стандартному лечению / С.И. Токмакова, Л.В. Чудова, Н.В. Ручьева, О.А. Кичинекова // *Проблемы стоматологии*. – 2014. – № 6. – С. 20–23.

42. A periodontal pathogen *Treponema denticola* hijacks the *Fusobacterium nucleatum*-driven host response / J.E. Shin, K.J. Baek, Y.S. Choi [et al.] // *Immunol. Cell. Biol.* – 2013. – Vol. 91, № 8. – P. 503–510.
43. Перова, М.Д. Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления / М.Д. Перова. - М., 2005. - 312 с
44. Грудянов, А.И. Состав микрофлоры полости рта у пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, О.А. Фролова, К.Е. Исаджанян // *Стоматология.* – 2015. –Т. 94, № 6-2. – С. 67.
45. Ипполитов, В.Е. Особенности морфологии биопленки пародонта при воспалительных заболеваниях десен (хронический катаральный гингивит, хронический пародонтит, кандидо-ассоциированный пародонтит) по данным электронной микроскопии / В.Е. Ипполитов, Л.Е. Диденко, В.Н. Царев // *Клиническая лабораторная диагностика.* –2015. – Т. 60, № 12. – С. 59–64.
46. Орехова, Л.Ю. Современные технологии бактериологического исследования пародонтальных пространств / Л.Ю. Орехова, М.Д. Жаворонкова, Т.Н. Суборова // *Пародонтология.* – 2013. – Т. 18, № 2. – С. 13.
47. Cortelli, J. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotypes infections and periodontal conditions: a two-way assessment / J. Cortelli, D. Aquino, S. Cortelli // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* – 2012. – Vol. 31, № 7. – P. 1311–1318.
48. Do, T. Oral biofilms: molecular analysis, challenges, and future prospects in dental diagnostics / T. Do, D. Devine, P.D. Marsh // *Clin. Cosmet. Investig. Dent.* – 2013. – Vol. 28, № 5. – P. 11–19.
49. He, J. Quantitative analysis of microbiota in saliva, supragingival, and subgingival plaque of Chinese adults with chronic periodontitis / J. He, W. Huang, Z. Pan // *Clin. Oral Investig.* – 2012. – Vol. 16, № 6. – P. 1579–1588.
50. Засорина, Н.В. Использование препаратов тамбуканской грязи при лечении воспалительных заболеваний пародонта / Н.В. Засорина, Т.М. Дорохова. - Ростов н/Д, 2009. - 52-55 с.
51. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 9-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2014. – 928 с.
52. Особенности микрофлоры пародонтальных карманов при агрессивных формах пародонтита / А.В. Цимбалистов, Т.Т. Нацвлишвили, Т.И. Кадурина, Т.Б. Шторина, М.А. Суворова, Е.А. Тарасова // *Институт стоматологии.* – 2010. – Т. 4, № 49. – С. 73–75.
53. Lukács, L. Combined conservative–surgical management of generalized aggressive periodontitis: case presentation / L. Lukács, I. Gera // *Fogorv. Sz.* – 2010. – Vol. 103, № 2. – P. 59–67.
54. Дмитриева, Л.А. Пародонтит / Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. - М., 2007. - 504 с.
55. Воложин, А.И. Разработка и применение пародонтальной повязки из коллагена и суспензии клеток *Lactobacillus casei* в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта (результаты микробиологических

исследований) / А.И. Воложин, В.К. Ильин, Ю.М. Максимовский // Стоматология. - 2004. - № 6. - С. 6-9.

56. Зюлькина Л.А., Сабаева М.Н., Иванов П.В. и соавт. Микроциркуляция тканей пародонта: причины нарушений и механизмы коррекции //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2.

57. Савоськин О. В., Семенова Е. Ф., Рашевская Е. Ю. и соавт. Характеристика различных методов получения гиалуроновой кислоты //Научное обозрение. Биологические науки. – 2017. – № 2 – С. 125-135.

58. Pistorius, A. The clinical application of hyaluronic acid in gingivitis therapy // Quintessence Int. - 2005. - Vol. 36. - P. 531-538.

59. Безрукова, И.В. Концепция поддерживающей терапии при воспалительных заболеваниях пародонта с агрессивным характером течения // И.В. Безрукова // Стоматология. - 2004. - № 3. - С. 22-26.

60. Ковалевский А.М., Ковалевский В.А. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы). - //Ж.Институт стоматологии. -2017. - №4. – С.88-90

61. Мухомедзянова С.В., Пивоваров Ю.И., Богданова О.В. и соавт. Липиды биологических мембран в норме и патологии (обзор литературы). //Ж.«Acta Biomedica Scientifica» 2017. – Т. 2. - №5. – С.43-49

62. Лапина, Н.В. Показатели качества жизни – как субъективная оценка функционального состояния стоматологических больных с невротическими расстройствами до и после ортопедического лечения / Н.В. Лапина // Казанская наука. –2011.– №2.–С.240– 243.

63. Кан В.В. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля/ В.В. Кан, А.В. Лазаренко, В.Ф. Капитонов //Современные исследования социальных проблем. – 2012. Т.–18, №10.

64. Voman, U.W. Oral health related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross - sectional study of middle-aged women/ U.W. Voman, A. Wennström, U. [et.al] // BMC Oral Health.–2012.Vol. 14, №12.

65. The WHOQL Group. “What Quality of Life” // World Health Forum. – 1996. – P. 354–356.

66. Тарасова, Ю.Г. Значимость социальных факторов в определении качества жизни у больных с хроническим генерализованным пародонтитом / Ю.Г. Тарасова // Институт стоматологии.–2011.–№ 2.– С.23.

67. Shah M. Improvement of Oral Health Related Quality of Life in Periodontitis Patients after Non-Surgical Periodontal Therapy /M. Shah, S. Kumar //Indian Journal of Dentistry. –2011. – №2. – P.26–29.

68. Гажва, С.И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы)/ С.И. Гажва, Р.С. Гулуев// Обозрение. – 2012. – № 1.С–13–14.

69. Беленова, И.А. Влияние воспалительных заболеваний пародонта на качество жизни индивидуума, возможности реабилитации/ И.А. Беленова, Г.Б. Кобзева//Вестник новых медицинских технологий.–2014.–№1.–С.56

70. Нагорнев С.Н., Рябцун О.И., Фролков В.А. с соавт. Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом при курсовом применении озона в сочетании с транскраниальной магнитотерапией. - //Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. - №4. – С.13-19.
71. Буляков, Р.Т. Оценка качества жизни с использованием русскоязычной версии опросника ОНПР-49 RU у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести /Р.Т. Буляков, Р.И. Сабитова, О.А. Гуляева //Вестник Башкирского государственного медицинского университета – 2014. – №1. – С. 26–30.
72. Гажва, С.И. Клиническая эффективность консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита различными препаратами/ С.И. Гажва, Ю.В. Меньшикова // Клиническая стоматология.– 2011.– № 3.– С.34–36.
73. Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени и дефектами зубных рядов/ Д.А. Осколкова, Т.О. Плешакова, А.С. Косилова [и др.] // Проблемы стоматологии.– 2013. – №2. – С.38–40.
74. Тарасенко С.В., Кулага О.И. Препараты на основе гиалуроновой кислоты для лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. Российский стоматологический журнал. 2016; 20 (6): 340-343.
75. Chauhan A.S., Bains V.K., Gupta V., Singh G.P., Patil S.S. Comparative analysis of hyaluronan gel and xanthan-based chlorhexidine gel, as adjunct to scaling and root planing with scaling and root planning alone in the treatment of chronic periodontitis: A preliminary study. Contemp. Clin. Dent. 2013; 4 (1): 54
76. Fawzy El-Sayed K.M., Dahaba M.A., Aboul-Ela S., Darhous M.S.. Local application of hyaluronan gel in conjunction with periodontal surgery: A randomized controlled trial. Clin. Oral. Invest. 2012; 16: 1229–36
77. Пустынников А. В., Ушаков Р. В., Ушакова Т. В. Современные возможности препаратов гиалуроновой кислоты в пародонтологии и имплантологии (обзор литературы). Стоматология. 2011; (3): 53-8.
78. Cowman M.K., Matsuoka S. Experimental approaches to hyaluronan structure. Carbohydrate Research. 2005; (340): 791-809.
79. Shibutani T., Imai K., Kanazawa A. et al. Use of hyaluronic acid binding protein for detection of hyaluronan in ligature-induced peri-odontitis tissue. J. Periodont. Res. 1998; (33): 265-73.
80. Radojkova-Nikolovska V., Popovska M., Minovska A. Influence of hyaluronic acid in periodontal tissue regeneration. Balk J. Stom. 2013; (17): 61-4.
81. Гилева О.С. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний па-родонта / О.С. Гилева, Е.А. Бондаренко, Н.В. Гибадуллина [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2011. – №5 (83). – С. 22–27.
82. Кабытова М.В., Александрина Е.С., Фирсова И.В. и соавт. Эффективность препарата на основе гиалуроновой кислоты в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита //Лекарственный вестник. – 2019. – Т. 13. - № 3. – С. 20-23.

83. Гажва С.И., Воронина А.И., Мауда Ясин Влияние антибактериальных препаратов на состояние местного иммунитета полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом //Ж.Институт стоматологии – 2010. - №3. – С. 70-72.

84. Муздыбаева Т.А. Применение препарата «Гиалудент Гель» в комплексном лечении острого и хронического гингивита и пародонтита //Вестник КазНМУ. – 2011. - №3. - С.140-142.

85.Воронина А.И. Динамика микрофлоры пародонтальных карманов пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта до и после антибактериальной терапии //Современная клиническая медицина: изучение этиологии и патогенеза заболеваний, разработка методов их профилактики, диагностики и лечения: сборник материалов Международной научной конференции, г. Москва, 26-28 апреля 2013 г. - с. 211-223.

86.Грудянов А.И. // Планирование лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта.– М.: МИА, 2010. – 56 с.

87. Васенев Е.Е., Алеханова И.Ф., Беличенко О.А. Использование препаратов на основе гиалуроновой кислоты в пародонтологии //Международный научный журнал «Инновационная наука» - 2016. - №2 – С. 99-101.

88.Волосова С. В. Применение гиалуроновой кислоты в хирургической стоматологии //Ж. Медицинский алфавит. Стоматология. – 2013. - №2. – С.36-38.

89.Ушаков Р.В. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии пародонта с применением препаратов гиалуроновой кислоты. Стоматология для всех. - № 1. – 2013.

90. Ушаков Р.В., Ушаков А.Р., Дьяконова М.С. Применение препаратов гиалуроновой кислоты Ревидент в хирургической стоматологии. //Ж. Медицинский алфавит. – 2017. -№3(24). – С. 47-50.

91.Орехова Л. Ю., Лобода Е. С., Яманидзе Н. А. Совершенствование методов диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием различных форм препаратов озона путем оценки микроциркуляции тканей пародонта // Пародонтология. 2018. №1 (86). С. 58-63.

92.Горбачева И. А., Орехова Л. Ю., Сычева Ю. А. Пути преодоления полипрагмазии при лечении современных полиморбидных больных с воспалительными заболеваниями пародонта. // Пародонтология. - 2015. - № 2 (75). - С. 15–18.

93.Hou X, Yuan J, Aisaiti A, Liu Y, Zhao J. The effect of platelet-rich plasma on clinical outcomes of the surgical treatment of periodontal intrabony defects A systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health.2016;16(1):71.doi:10.1186/s12903-Российская стоматология, 4, 2016.

94. Янушкевич О.О., Вавилова Т.П., Островская И.Г. Десневая жидкость. Неинвазивные исследования в стоматологии. – Учебное пособие. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с.

95. Беленчук, Т.А. Определение неспецифической резистентности организма по степени активности реакции адсорбции микроорганизмов (РАМ) клетками эпителия слизистой оболочки полости рта / Т.А. Беленчук //Методика диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний. – К., 1990. – С. 51-52.

96. Ронь, Г.И. Влияние информационно-волновой терапии пародонтита на качество жизни пациентов / Г.И. Ронь, О.Е. Белова // Проблемы стоматологии. – 2005. –№ 1. — С. 18–21.

97. Вагнер, В.Д. Значение стоматологического здоровья для качества жизни пациента / В.Д. Вагнер, К.Г. Гуревич, М.В. Пешков, О.Н. Архарова //Проблемы стоматологии. – 2013. – №2. – С. 21-25.

98. Клиническая стоматология: учебник / В.Н. Трезубов, С.Д. Арутюнов и др. / под. ред. В.Н. Трезубова, С.Д. Арутюнова. – М.: Практическая медицина, 2015. – 788 с.

1 ҚОСЫМША

ОНIP – 14 RU «Стоматологиялық денсаулығы маңыздылығының дәрежесі» стоматологиядағы өмір сапасы сауалнамасының валидизацияланған нұсқасы (Slade G. D., Spencer a. J., 1994) (орыс тілінен аудармасы)

Тамақтану барысындағы проблемалар	1. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты тағамға дәмнің болмауын сезінесіз бе?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	2. Сіз ауыз қуысында ауырсыну сезімін сезінесіз бе?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	3. Сізде тамақ ішудің қиындығы бар ма?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	4. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты қанағаттанғысыз тамақтанасыз ба?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
5. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты тамақ ішуді үзуге тура келе ме?	Ешқашан	0	
	Ешқашан дерлік	1	
	Сирек	2	
	Әдетте	3	
	Өте жиі	4	
Қарым-қатынас кезіндегі проблемалар	6. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты адамдармен қарым-қатынас кезінде қолайсыздықтар бар ма?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	7. Сіз сөздерді айтуда қиындықтарды сезінесіз бе (әңгіме кезінде)?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	8. Ауыз қуысындағы	Ешқашан	0

	проблемаларға байланысты адамдармен қарым-қатынаста ұялып, қысылу сезімін сезінесіз бе?	Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4
	9. Ауыз қуысындағы мәселелер қарым-қатынас кезінде ыңғайсыздық жағдай тудыра ма?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
	10. Ауыз қуысындағы проблемалар адамдармен қарым-қатынас кезінде жоғары тітіркендіргіштерге алып келе ме?	Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
	Күнделікті өмірдегі проблемалар (жұмыс және демалыс)	11. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты Сіз әдеттегі жұмыста қиындықтарды сезінесіз бе?	Ешқашан
Ешқашан дерлік			1
Сирек			2
Әдетте			3
12. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты Сіздің өміріңіз қызығушылығы төмендей ме?		Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
13. Бұл проблемалар демалуға, еркін жүруге кедергі бола ма?		Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
14. Ауыз қуысындағы проблемаларға байланысты іс-әрекетке толық қабілетсіздігі бола ма?		Ешқашан	0
		Ешқашан дерлік	1
		Сирек	2
		Әдетте	3
		Өте жиі	4

2 ҚОСЫМША

Зерттеу-ғылыми жұмысының нәтижелерін №1 енгізу акты

30.03.2020 ж.

«Стоматология және бет-жақсүйек хирургия клиникасы» ЖШС, Нұр-Сұлтан қ.
жұмыс енгізілетін мекеменің атауы

Ұсыныстың атауы Гиалурон қышқылы негізіндегі препаратты жеңіл дәрежедегі пародонтиттің жергілікті емінде қолдану

Жұмыс _____ бастамашыл ретте енгізілген; _____
бастамашыл ретте енгізілген; әдістемелік ұсыныстардан, журнал мақалалардан, медициналық ғылымдарының магистр академиялық дәрежесін беру үшін _____ диссертациялардан, монографиялардан алып пайдаланған - көрсету диссертациясынан алып пайдаланған

Енгізудің іске асыру формасы _____ емдеу әдісі _____
медициналық мекемеде әдісті, тәсілді, аппаратты енгізу _____ стоматолог дәрігерлерге арналған жұмыс орнындағы оқыту дәріс дәрістер, семинарлар, жұмыс орнында даярлау және т.б. көрсету

Енгізуге жауапты тұлға және орындаушы _____ Дүйсебаева П.С. _____

Енгізудің тиімділігі _____ емдеу-диагностикалық _____
емдеу-диагностикалық, экономикалық, әлеуметтік – нақты көрсету

Енгізуді іске асырушы мекемесінің ұсыныстар, ескертпелер _____
_____ стоматология, Нұр-Сұлтан қ. _____

Іске асыру мерзімі _____ қаңтар-наурыз 2020 ж. _____

Комиссия төрағасы: директор

Х.Л. Сағындық

Мүшелер (іске асыруға жауапты):

П.С. Дүйсебаева

Орындаушы:

П.С. Дүйсебаева