

© Бабай О. М.

УДК: 616.314.17-008.1-085.262.1-085.276

Бабай О. М.

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ТРИВАЛОГО МОНІТОРИНГУ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

О.М. Babay@ukr.net

Дослідження проведено згідно з планом НДР Харківського національного медичного університету, кафедри терапевтичної стоматології «Удосконалення та розробка нових методів діагностики та лікування хворих з патологією щелепно-лицьової області» (№ державної реєстрації 0106U001858).

Вступ. Проблемним питанням сучасної клінічної стоматології залишається удосконалення лікування та профілактики загострень генералізованого пародонтиту (ГП), оскільки формування складного дистрофічно-запального процесу, розвиток якого пов'язаний з комплексом детермінантів, що діють на різних рівнях, призводить до порушень функціонування елементів зубощелепної системи. За відсутності своєчасного лікування це може призвести до таких наслідків, як рухливість і випадання зубів, формування поширеного вогнища запалення, ослаблення реактивності організму [4,14]. Незважаючи на те, що існує багато діагностичних методів, які дозволяють виявити патологію ще на доклінічній стадії, клінічна діагностика не втрачає на сьогоднішній день своєї виключної актуальності, тому аналіз показників стану тканин пародонту представляє певний інтерес для дослідників та відіграє важливу роль при виборі терапевтичної тактики. В якості універсального неспецифічного критерію, який має місце при даній патології та визначає напрямок лікування, є структурно-функціональний стан тканин пародонту, який взаємопов'язаний з гемоциркуляторними порушеннями, що можуть призводити до гіпоксії тканин та їх енергодефіциту. Доведено, що для патогенетичної корекції даних змін доцільним є використання ліпосомальних форм есенціальних фосфоліпідів [6,10]. Відомим представником даної групи препаратів є ліофілізована форма ліпосом з яєчного фосфатидилхоліну (ЛФФ, препарат «Ліпін»), що має високий біоенергетичний потенціал та має антигіпоксичний ефект, пов'язаний з покращенням кисневого забезпечення тканин за рахунок підвищення швидкості дифузії кисню з легенів в кров, та з крові до тканин, покращує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові [7,13]. Існують переконливі докази ефективності заходів для цілеспрямованої корекції визначених порушень за рахунок місцевого та загального використання ЛФФ; саме включення препаратів цієї групи до те-

рапевтичних стоматологічних комплексів (ТСК) обґрунтовано та запроваджено нами [4,12,14].

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

Об'єкт і методи досліджень. В клініці були досліджені 110 пацієнтів хворих на ГП в стадії загострення I-II ступеня тяжкості. Розподілені на підгрупи ($n_0=55$ осіб, $n_1=30$ осіб, $n_2=25$ осіб), залежно від обсягів ТСК застосованих при їх лікуванні та умовно пацієнти групи контролю ($n=25$ осіб). Лікування пацієнтів проведено з використанням трьох ТСК: ТСК₀ – лікування згідно до клінічного протоколу [1], ТСК₁ – ТСК₀ з додатковим внутрішньовенним застосуванням препарату [5,8], ТСК₂ – ТСК₀ з додатковим депонуванням препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та пародонтальної пов'язки [4,12]. Оцінку стану тканин пародонту виконували із використанням наступних клінічних індексних показників: ОНІ-S – індекс гігієни ротової порожнини [9], РМА – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс [11], РВІ – індекс кровоточивості сосочків ясен [4,11], РІ – пародонтальний індекс [9,11], ЗВСК – зональна вакуумпресурна стійкість капілярів пародонта [11]. При обробці результатів застосовано методи варіаційної статистики, з розрахунком середніх величин (середнє значення та середня похибка) та статистичною оцінкою достовірності за одностороннім критерієм Ст'юдента [2].

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

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

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

повідають тяжкому ступеню запалення, в групі ТСК₁ – середньому, в групі ТСК₂ – у 6 пацієнтів – легкий ступінь запалення ясен, у 19 пацієнтів – зареєстровано відсутність стійких проявів гінгівіту.

Стан кровоточивості ясенних сосочків (за показником РВІ) на етапах клінічного моніторингу (КМ) пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався до початку лікування практично однаковими показниками (коливався від (3,58±0,34) б. до (3,64±0,27) б., достовірно не відрізняючись за групами) та відображав наявність спонтанної кровоточивості ясенних сосочків. Безпосередньо після лікування (незалежно від застосованих ТСК) серед пацієнтів усіх груп досягнуто ефективності – кровоточивість ясенних сосочків була відсутня. Однак, вже через місяць по його закінченні в групах пацієнтів, що отримували ТСК₀₋₁ зареєстровані випадки слабкої кровоточивості. На віддалених етапах КМ зареєстровано: для групи пацієнтів з ТСК₀ – зростання індексу кровоточивості до значного рівня (через 6 міс) та до формування стійких проявів спонтанної кровоточивості (через 12 міс); для групи пацієнтів з ТСК₁ – відповідно формування до 6 міс – слабкої кровоточивості, а в 12 міс – значної. Ці наведені достовірні відмінності на етапах КМ пацієнтів перших двох груп, в меншій мірі стосуються пацієнтів, що отримували ТСК₂: через 6 міс зареєстровано або відсутність, або прояви слабкої кровоточивості, а через 12 міс – формування слабкої кровоточивості сосочків ясен.

Стан тканин пародонту, оцінюваний за показником РІ на етапах КМ пацієнтів трьох порівнювальних груп характеризувався поширеним запаленням ясен довкола зуба з порушенням цілісності зубо-епітеліальної фіксації, початковими проява-

Таблиця.

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

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

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

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

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

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

Висновки

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

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

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

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

Література

1. Антонов С.В. Стоматологія: нормативно-правові акти та документи / Упор. та автор коментаря С.В. Антонов // Київ: Центр медичного права. – 2009. – 696 с.
2. Артаментова Л.А. Статистические методы в биологии: учебник для студ. высших учебных заведений / Л.А. Артаментова, О.М. Утелевская // Горловка: Ліхтар. – 2008. – 248 с.
3. Бабай О.М. Эффективность применения «Липина» в комплексном лечении генерализованного пародонтита / О.М. Бабай, Ю.М. Краснопольский // Стоматолог. – 2003. – № 5. – С. 32-38.
4. Данилевский Н.Ф. Терапевтическая стоматология: ученик в 4-х томах. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун / под. ред. А.В. Борисенко // Київ: Медицина. – 2008. – 616 с.
5. Інструкція для медичного застосування препарату Ліпін-Біолік: Затв. наказом № 655 Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2010.
6. Каплун А.П. Липосомы и другие нано-частицы как средство доставки лекарственных веществ / А.П. Каплун, Ле Банг Шон, Ю.М. Краснопольский // ВМХ. – 1999. – № 3. – С. 3-13.
7. Килимниченко О.І. Застосування ліпіну в комплексному лікуванні гіпоксії різноманітної етіології: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30 / О.І. Килимниченко. – Донецький держ. мед. університет. – Днепропетровськ. – 1998. – 17 с.
8. Корда М.М. Використання ліпосом у клінічній медицині / М.М. Корда, С.В. Бродін, Я.С. Стравський, Я.Й. Крижанівський // Ліки. – 1997. – № 5. – С. 61-71.
9. Кузьміна І.Н. Профилактическая стоматология: Учебное пособие / И.Н. Кузьмина // Москва: Медицина. – 2009. – 188 с.
10. Кушніренко С. Властивості ліпосом і їх застосування у клінічній медицині / С. Кушніренко // Ліки України. – 2003. – № 1. – С. 18-20.
11. Мащенко І.С. Болезни пародонта / И.С. Мащенко // Дрогобич: Коло. – 2003. – 272 с.
12. Пат. № 55454 Україна, С2: А61К6/00, А61К31/685, А61К31/07, А61К31/355. Спосіб лікування запальних та запально-деструктивних процесів у пародонті / О.М. Бабай, Ю.М. Краснопольський, А.М. Бабай (UA); власник: О.М. Бабай, Ю.М. Краснопольський, А.М. Бабай (UA) // Заявка № 99126560 від 02.12.1999; опубл. 15.04.2003, Бюл. № 4.
13. Перова Г.І. Експериментально-клінічне обґрунтування застосування лецитин-антиоксидантного комплексу при лікуванні генералізованого пародонтиту: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 – стоматологія / Г.І. Перова. – Одеський національний медичний університет. – Одеса. – 2002. – 21 с.
14. Babay O.M Comparative clinical and morphological analysis of the periodontitis of different genesis / O.M. Babay, U.V. Merkulova, T.V. Deieva // Експериментальна та клінічна медицина. – 2015. – № 2 (67). – С. 60-63.

УДК: 616.314.17-008.1-085.262.1-085.276

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ТРИВАЛОГО МОНІТОРИНГУ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Бабай О. М.

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

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

УДК: 616.314.17-008.1-085.262.1-085.276

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСSENЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИНГА БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Бабай О. Н.

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

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

UDC: 616.314.17-008.1-085.262.1-085.276

PERIODONTAL TISSUES CONDITION AND CLINICAL EFFICIENCY ESTIMATION OF ESSENTIAL PHOSPHOLIPIDS: RESULTS OF LONG TERM MONITORING OF PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS

Babai O. M.

Abstract. *The aim of the study* was to examine the dynamics of periodontal tissue changes at the stages of long-term monitoring in patients with generalized parodontitis for the comparative estimation of clinical efficiency of essential phospholipids liposomal form (LFEP).

Materials and research methods. It was examined 110 patients with GP in the acute phase I-II degree of severity. The patients were divided into subgroups ($n_0=55$ persons, $n_1=30$, $n_2=25$), depending on the content of TDC applied in their treatment and patients of the control group ($n=25$). Treatment of the patients was carried out using three therapeutic dental complexes (TDC): TDC0 – treatment according to clinical protocol, TDC1 – TDC0 with additional intravenous preparation introduction, TDC2 – TDC0 with additional deposition of preparation by infiltration injections and periodontal dressings.

The results and discussion. The oral hygiene condition (OC; according to index OHI-S) at the treatment stages in three comparative groups of patients was characterized by insufficient level before treatment (OHI-S ranged from $(4,61 \pm 0,31)$ points to $(4,67 \pm 0,33)$ points, did not differ significantly in groups); directly after treatment, the level of oral hygiene condition significantly increased in all groups of patients, the index OHI-S was registered significantly ($p < 0,05$) lower than in the control group (control – $(0,48 \pm 0,06)$ points, TDC0 – $(0,30 \pm 0,06)$ points, TDC1 – $(0,23 \pm 0,09)$ points, TDC2 – $(0,21 \pm 0,07)$ points). The condition of gingival inflammation (index PMA) at the stages of clinical monitoring (CM) of patients in three comparative groups was characterized by the average level before treatment (PMA ranged from $(43,89 \pm 2,47)\%$ to $(44,13 \pm 2,42)\%$, did not differ significantly in groups). Condition of gingival papillae bleeding (according to PBI index) at the clinical monitoring stages of the patients in three comparative groups was characterized by almost identical indexes before treatment (ranged from $(3,58 \pm 0,34)$ points to $(3,64 \pm 0,27)$ points, did not significantly differ in groups) and indicated the presence of spontaneous bleeding of gingival papillae.

Conclusions

1. Long-term clinical monitoring of patients groups with GP treated with differentiated TDP enabled to reveal disease course regularities and determine the most informative indicators of functional dental status, including periodontal tissues condition and improve therapeutic tactics due to adjustment of efficient TDP.

2. Clinical efficiency of comprehensive GP treatment with different TDC containing preparation of phosphatidylcholine liposomal form is determined by positive effect on periodontal tissues manifested by significant ($p < 0,05$) decrease in severity and prevalence of inflammatory process, significant ($p < 0,05$) and sustained (up to 12 months) improvement of hemocirculation, decrease in gingivitis manifestations frequency with absence of new periodontal pockets formation and progression of bone resorption.

3. TDC extension due to deposition of preparation by infiltration injections and applying periodontal dressings enables to achieve significantly longer remission periods of GP and inhibit generalization of the process.

Prospects of further researches on this issue are related to the study of oral fluid properties changes and immune metabolic characteristics of patients at the clinical monitoring stages.

Keywords: generalized periodontitis, periodontal tissues, comprehensive treatment, clinical monitoring.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 07.03.2016 року