

УДК 616.314.18-002-007.17-085

О. В. Авдеев, к. мед. н.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського»

ЛІКУВАННЯ ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ПРИ РІЗНІЙ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ

У статті наведено результати лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням препаратів, що зменшують патогенетичний вплив антигенного навантаження на тканини пародонта, шляхом зменшення кількості мікрофлори, зниження сенсibiliзації, стимуляції адаптаційної спроможності організму при гіперергічному перебігу пародонтита; при гіпоергічному перебігу – на зменшення явищ дисбіозу – парентеральне і місцеве використання синбіотику бактулін, пероральний прийом метилурацилу, місцево застосування кератопластику. Встановлено, що запропонована терапія більшою мірою сприяла зменшенню запальних явищ, забезпечувала довготривалий ефект, що підтверджувало патогенетичний напрямок лікування.

Ключові слова: реактивність організму, хронічний пародонтит, лікування.

А. В. Авдеев

Тернопольский государственный медицинский университет
им. И. Я. Горбачевского

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИ- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

В статье приведены результаты лечения больных генерализованным пародонтитом с использованием препаратов, которые уменьшают патогенетическое влияние антигенной нагрузки на ткани пародонта, путем уменьшения количества микрофлоры, снижения сенсibiliзации, стимуляции адаптационной возможности организма при гиперергическом течении пародонтита; при гипозергическом течении – на уменьшение явлений дисбиоза – парентеральное и местное использование синбиотика бактулин, пероральный прием метилурацила, местное использование кератопластика. Установлено, что предложенная терапия в большей степени способствовала уменьшению воспалительных явлений, обеспечивала долговременный эффект, что подтверждало патогенетическое направление лечения.

Ключевые слова: реактивность организма, хронический пародонтит, лечение.

A. V. Avdeev

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

TREATMENT OF DYSTROPHIC- INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONT AT DIFFERENT REACTIVITY OF ORGANISM

In the article the results of treatment of patients are resulted generalized periodontitis with the use of preparations which diminish nosotropic influence of the antigen loading on fabric of periodontium, by diminishing of amount of microflora, decline of allergy, stimulation of adaptation possibility of organism at the hyperergic flow of periodontitis; at a hypoergic flow – on diminishing of the phenomena of disbiosis is the parenterally and local use of synbiotic bactulin, peroral reception of methy-

luracilum, the local use keratoplastic. It is set that the offered therapy was in a greater degree instrumental in diminishing of the inflammatory phenomena, provided an of long duration effect, that confirmed nosotropic direction of treatment.

Keywords: reactivity of organism, chronic periodontitis, treatment.

Лікування захворювань пародонту є однією з найбільш важливих і складних проблем стоматології, актуальність якої обумовлена високою частотою запальних і запально-дистрофічних захворювань пародонта, появою в організмі осередків хронічної інфекції, передчасною втратою зубів, погіршенням психоемоційного статусу, працездатності [1]. Відомо, що основною причиною розвитку запалення в тканинах пародонта є зубний наліт (мікробна бляшка) з присутніми в цьому мікроорганізмами і продуктами їх життєдіяльності, які викликають місцеве запалення. Разом із тим, вирішення цієї наукової проблеми диктується значними змінами екологічних і соціальних умов проживання людей в Україні, що змінюють реактивність організму, обмежують його адаптаційні можливості до умов існування.

Дослідження впливу різних чинників на локальні тканинні реакції, особливості появи і розвитку запального процесу в пародонті, причин його хронізації і, зокрема, відхилення запалення в гіпо- і гіперергічний бік, носять фрагментарний, розрізнений характер, не створюють цілісного уявлення, відтак вимагають подальшої розробки і уточнення.

Проведені нами експериментальні дослідження певною мірою дозволили визначити, що первинним при розвитку пародонтита є зміна реактивності організму, визначені патогенетичні напрямки лікувальної тактики [2, 3].

З практичної точки зору важливим у стоматології є удосконалення комплексного лікування запальних захворювань пародонта [4], яке найчастіше здійснюють із застосуванням антибактеріальних засобів. Проте, тривале, неконтрольоване їх застосування призводить до численних ускладнень: поява антибіотикорезистентних форм мікроорганізмів, дисбактеріоз порожнини рота і шлунково-кишкового тракту і ін.. Тому найбільш перспективним на сьогоднішній день є використання препаратів з рослинної сировини, препаратів, що коригують дисбіотичні явища [5].

Мета дослідження. Визначення характеру перебігу запальної реакції в пародонті, проведення відповідного патогенетичного лікування та оцінка його ефективності.

Матеріали і методи дослідження. 120 хворих на ГП I ст. і I-II ст. віком від 22 до 55 років були розподілені за групами за результатами анамнезу, оцінки клінічних, цитоморфометричних показників з визначенням фагоцитарної активності лейкоцитів пародонтальної кишені [6], рівнем циркулюючих імунних комплексів [7], активності комплементу, тяжкості перебігу хворі на хронічний генералізований пародонтит: гіпоергічна група – 43 хворих (18 (11 жінок, 7 чоловіків) – з ГП I ступеня, 25 (12 жінок, 13 чоловіків) – з ГП I-II ступеня), гіперергічна група – 37 хворих (15 (10 жінок, 5 чоловіків) – з ГП I ступеня, 22 (15 жінок,

7 чоловіків) – з ГП I-II ступеня), група порівняння – 40 хворих (16 (7 жінок, 9 чоловіків) – з ГП I ступеня, 24 (8 жінок, 16 чоловіків) – з ГП I-II ступеня). Діагноз ставили рf класифікацією М.Ф. Данилевського [8]. Об'єктивне стоматологічне обстеження проводили з визначенням папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) [9]. Про гігієнічний стан порожнини рота судили за гігієнічним індексом [10] і індексом Грина-Вермільона.

Для лікування хворих трьох груп використана базисна терапія згідно протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „терапевтична стоматологія” [11], яка включала зрошування порожнини рота розчинами, що дезодорують, очищення зубів від м'якого зубного нальоту, зняття над- і під'ясенних зубних відкладень інструментальними і апаратними методами, промивання пародонтальних кишень розчинами антисептиків. В порівняльній групі для місцевої терапії був використаний 3 % розчин пероксиду водню, для полоскань ротової порожнини (протягом першого тижня лікування) – «Ротокан», лікувально-профілактична зубна паста.

В гіпоергічній групі місцеве лікування було направлено на корекцію складу пародонтальної екології, подолання дизбіозу, стимуляцію репаративних процесів. Хворим цієї групи протягом 30 днів перорально призначався «Бактулін» по 2 таблетки 3 рази на день з рекомендацією тримати таблетки в роті до повного розсмоктування (інструкція щодо використання препарату «Бактулін»). Перорально призначався метилурацил 0,5×3 рази в день протягом 7-10 днів. Рекомендували зубну пасту «Лакалут-фітоформула» або іншу з вмістом фітопрепаратів. Крім того, додатково в клініці місцево застосовували препарат «Бактулін» у вигляді аплікацій суспензії (подрібнених до порошкоподібної консистенції таблеток з невеликою кількістю дистильованої води) на тканини пародонта, уведення суспензії безпосередньо у кишені. Після зняття гострих явищ проводилися аплікації кератопластику – обліпихової олії. Процедура проводилася хворим з I-II ступенем тяжкості ГП 3-4 рази. Хворі з ГП I ступеня аплікації проводили самостійно вдома. Лікувально-профілактичний курс проводився навесні та восени (2 рази в рік).

В гіперергічній групі застосовували засоби патогенетичної спрямованості: протягом місяця перорально «Біотрит-дента» (по 2 табл. на день), полоскання еліксиром «Біодент» 2 рази на день з розрахунку 1 чайна ложка на ¼ склянки води, 0,01 % розчин мірамістину для полоскань ротової порожнини (протягом першого тижня лікування). Для чищення зубів рекомендували зубну пасту «Лакалут-актив» або іншу з вмістом антибактерійного середника протягом 4 тижнів, потім протягом 4 тижнів – зубну пасту «Лакалут-фітоформула» або іншу з вмістом фітопрепаратів для профілактики захворювань пародонта. Такий лікувально-профілактичний курс проводився 2 рази на рік (навесні та восени).

Відповідно біоетичних вимог, усі хворі дали письмову інформовану згоду на проведення лікування за вказаними схемами.

Контрольні огляди та обстеження в обох групах були проведені після закінчення лікування, через 12, 24 і 36 місяців, за необхідності (рецидив захворювання) – курс лікування повторювали.

Статистичну обробку результатів проводили за методом Стьюдента [12].

Результати дослідження та їх обговорення. Динамічні спостереження за хворими на ГП після запропонованої нами терапії за результатами аналізу параклінічних показників підтверджували достовірною різницею від показників осіб порівняльної групи (табл. 1).

Після проведеного лікування ліквідація процесу запалення ясен у хворих гіпо- і гіперергічної груп супроводжувалась зменшенням індексу РМА у 2,5 і 2,9 раза; індексу ОНІ-S – в 4,1 і 4,8 раза, ГІ – в 2,1 і 2,2 раза відповідно. В порівняльній групі зменшення індексу РМА було в 2,1 раза, ОНІ-S – у 2 рази, ГІ – 1,7 раза, що менше, ніж в гіпо- і гіперергічній групах. У віддалені терміни (через 24-36 місяців) індекс РМА був меншим у 1,9, 1,8 раза і на 12 % у гіпоергічній, гіперергічній і порівняльній групах відповідно, спостерігалось незначне зменшення цього індексу у основних групах порівняно із даними обстеження через 12 місяців, що свідчило про стійку стабілізацію запально-дистрофічного процесу в пародонті осіб після лікування з впливом на патогенетичні механізми його розвитку.

Через 24-36 місяців гігієнічний індекс ОНІ-S збільшився але залишався достовірно меншим показника до лікування у 1,2, 1,4 раза у гіпоергічній і гіперергічній групах відповідно і дорівнював показнику до лікування в групі порівняння. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіної погіршився але був меншим від показника до лікування в 1,3, 1,6 і 1,2 раза в гіпо-, гіперергічній і порівняльній групах відповідно. Отримані параклінічні показники у різні терміни спостережень яскраво свідчили про ефективність проведеного патогенетично спрямованого лікування.

Дослідження неспецифічного імунного захисту показали, що проведена терапія, направлена на подолання дисбіотичних явищ при гіпоергічному пародонтиті та зменшення антигенного навантаження при гіперергічному пародонтиті, була достатньо ефективною. Аналіз цифрових даних показав, що після лікування зростала фагоцитарна активність у всіх групах: на 43,7 % (у 1,4 раза) і на 12,7 %, 11,2 % у гіпо- гіперергічній і порівняльній групах відповідно.

Через 12 місяців цей показник залишався більшим від показника до лікування на 52,3 % (у 1,5 раза), 7,9 % і 2,4 % у гіпо-, гіперергічній і порівняльній групах відповідно. Спостереження за хворими на ГП у віддалені терміни (24-36 місяців) показало, що у гіпоергічній групі фагоцитарна активність лейкоцитів збільшилася від вихідного (у 1,6 раза) і попередній значень, у гіперергічній групі показник був більшим від показника до лікування на 9,3 %, в групі порівняння – на 1,3 %.

Дослідження змін фагоцитарного числа зафіксували його зростання в гіпо- і гіперергічній групах у всі терміни спостережень після лікування (мал.).

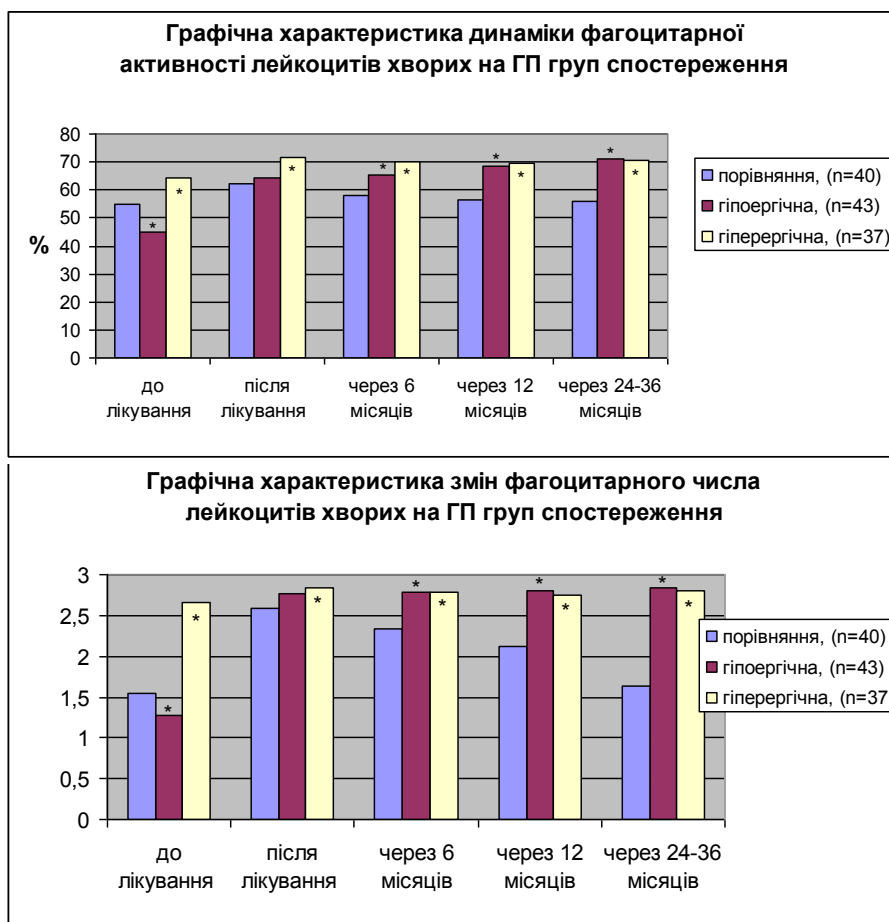
Таблиця 1

Динаміка параклінічних показників хворих на ГП у групах спостережень

Термін лікування	Група спостереження	Параклінічні показники			
		проба Шиллера-Писарева	індекс РМА, %	індекс Green-Vermillion (ОHI-S)	індекс Федорова-Володкіної (ГІ)
До лікування	гіпоергічна, (n=43)	позитивна	53,1±1,6	1,7±0,15	2,58±0,14
	гіперергічна, (n=37)	позитивна	54,2±1,7	1,71±0,16	2,69±0,16
	порівняння, (n=40)	позитивна	51,7±1,9	1,69±0,14	2,6±0,07
Після лікування	гіпоергічна, (n=43)	негативна	21,3±1,3***	0,42±0,06***	1,25±0,03***
	гіперергічна, (n=37)	негативна	18,7±0,8***	0,36±0,07***	1,21±0,03***
	порівняння, (n=40)	негативна	25,2±1,3*	0,83±0,12*	1,55±0,08*
Через 6 місяців	гіпоергічна, (n=43)	негативна	26,23±1,24***	1,16±0,13***	1,67±0,07***
	гіперергічна, (n=37)	негативна	24±0,86***	0,94±0,09***	1,59±0,08***
	порівняння, (n=40)	слабо позитивна	35,9±1,24*	0,99±0,13*	1,87±0,04*
Через 12 місяців	гіпоергічна, (n=43)	негативна	29,21±1,49***	1,32±0,13**	1,86±0,07***
	гіперергічна, (n=37)	негативна	29,11±1,33***	1,2±0,11***	1,71±0,05***
	порівняння, (n=40)	позитивна	40,53±1,76*	1,52±0,15	2,11±0,07*
Через 24-36 місяців ГП	гіпоергічна, (n=43)	негативна	27,4±2,4**	1,46±0,21***	1,92±0,12*
	гіперергічна, (n=37)	слабо позитивна	30,7±1,5**	1,23±0,1**	1,7±0,09**
	порівняння, (n=40)	позитивна	45,5±3,3	1,7±0,15	2,18±0,15*

Примітка: 1. * – p<0,05 – різниця даних достовірна у порівнянні з показником до лікування;

2. ** – p<0,05 – різниця даних достовірна у порівнянні з показником групи порівняння.



Мал. Графічна характеристика динаміки фагоцитарної активності та фагоцитарного числа лейкоцитів хворих на ГП груп спостереження.

Так, в гіпоергічній групі у всі терміни спостережень показник був більшим від вихідного значення до лікування у 2,2 раза. В гіперергічній групі зростання цього показника було незначним: на 6, 8 % – після лікування; на 5,3 % – через 6 місяців; на 3,8 % – через 12 місяців і на 6 % – через 24-36 місяців. Зміни у групі порівняння були наступними: після лікування – зростання фагоцитарного числа у 1,7 раза, через 6 місяців – у 1,5 раза, через 12 місяців – у 1,4 раза, у термін через 24-36 місяців показник різко зменшився але був

більшим від вихідного значення на 5,8 %. Отже, можна констатувати, що ефект від традиційної терапії ГП за показником неспецифічного імунного захисту не був довготривалим і через 12 місяців зменшувався майже до вихідного значення.

Для оцінки змін гуморального імунологічного захисту організму було досліджено вміст ЦІК і активності комплементу (має тісний зв'язок з активністю фагоцитозу) (табл. 2).

Таблиця 2

Вміст циркулюючих імунних комплексів та активність комплементу сироватки крові хворих на ГП груп спостереження до та після лікування (M±m)

Показник		Група спостереження		
		порівняння, (n=40)	гіпоергічна, (n=43)	гіперергічна, (n=37)
ЦІК, ум.од.	до лікування	88,6±6,2	75,4±5,8**	223,5±7,9**
	після лікування	56,9±5,4*	85,8±6,8*/**	98,1±5,8*/**
	через 6 місяців	76,6±7,4*	88,4±5,5*/**	96,5±4,4*/**
	через 12 місяців	71,2±4,6	80,3±6,4*/**	93,8±2,8*/**
	через 24-36 місяців	68,9±2,4	83,9±3,6*/**	91,1±2,4*/**
Активність комплементу, СН ₅₀ , гем.од.	до лікування	56,44±5,76	45,62±4,45**	98,42±5,24**
	після лікування	33,28±4,12*	51,46±5,62*/**	100,02±6,35**
	через 6 місяців	45,04±6,14*	52,24±5,85*/**	86,62±5,28*/**
	через 12 місяців	52,12±5,45	45,16±6,24**	61,18±4,21*/**
	через 24-36 місяців	55,55±5,56	42,44±2,22**	58,68±4,42*

Примітка: 1. * – p<0,05 – різниця даних достовірна у порівнянні з показником до лікування;
2. ** – p<0,05 – різниця даних достовірна у порівнянні з показником групи порівняння.

Аналіз цифрових даних показав, що в гіпоергічній групі після проведеного лікування, направлено на зменшення дисбіозу, активацію захисних спроможностей організму, рівень ЦІК збільшився на 13,8 %, через 6 місяців він залишався збільшеним від показника до лікування на 17,2 %, через 12 місяців – на 6,5 %, через 24-36 місяців – на 11,3 % (у всі терміни спостереження – у межах норми). В гіперергічній групі на ґрунті проведеного лікування, направлено на зменшення кількості антигенів, гіпосенсибілізацію, покращення адаптаційних спроможностей організму, рівень ЦІК після лікування та через 6 місяців був меншим від показника до лікування в цій групі у 2,3 раза, через 12 місяців – у 2,4 рази, у віддалені терміни спостереження рівень ЦІК став меншим у 2,5 раза, наближуючись до нормального показника (79,9- 87,1 ум. од.).

В групі порівняння після лікування рівень ЦІК зменшився у 1,6 раза, через 6 і 12 місяців цей показник залишався меншим від вихідного значення у 1,2 раза, через 24-36 місяців намітилася тенденція до ще більшого зменшення (у 1,3 раза), що свідчило, певною мірою, про імунодефіцитний стан організму.

Активність комплементу сироватки крові хворих на ГП груп спостережень мала певну динаміку. Так, в гіпоергічній групі відбулося збільшення активності комплементу після лікування (на 12,8 %) і через 6 місяців (14,5 %). Через 12 місяців і через 24-36 місяців намітилася тенденція до її зменшення і наближення до нормального показника (20-40 гем.од.). В гіперергічній групі після недостовірного збільшення активності комплементу після лікування (на 1,6 %), у наступні терміни спостережень відбувалося її зменшен-

ня та наближення до нормального показника. У групі порівняння після лікування активність комплементу сягнула нормальних величин (33,28 гем.од.), однак, у наступні терміни спостережень (через 6, 12, 24-36 місяців) відбулося зростання її активності.

Встановлено скорочення терміну лікування хворих з гіпо- і гіперергічним ГП при застосуванні запропонованої лікувальної схеми: 4-5 відвідування (в середньому 4,8 в гіпоергічній і 4,3 – в гіперергічній) та 4-7 відвідувань (в середньому 5,4) – в групі порівняння (p<0,05).

Через 6 місяців після лікування стійку ремісію зафіксовано у 83,7 % хворих гіпоергічної групи (36 особи) і у 89,2 % – гіперергічної (33 особи) при 62,5 % (25 осіб) у порівняльній групі. Через 12 місяців в гіпоергічній групі хворих стан ремісії зберігся у 76,7 % випадків (33 особи), в гіперергічній – у 86,5 % (32 особи) та лише у 20 осіб контрольної групи (50 %). У віддалені терміни спостережень зафіксовано стійку ремісію у 32 осіб (74,4 %) гіпоергічної групи, у 32 осіб (86,5 %) гіперергічної групи та у 19 осіб (47,5 %) групи порівняння.

Висновки. Динаміка параклінічних, цитоморфометричних та імунологічних показників у хворих на гіперергічний ГП підтверджувала ефективність схеми медикаментозного лікування з використанням «Біотриту-дента», еліксиру «Біодент», 0,01 % розчину мірамистину для полоскань ротової порожнини; у хворих на гіпоергічний ГП – парентеральне і місцеве використання синбіотику бактулін, пероральний прийом метилурацилу, місцеве застосування кератопластику.

Застосування цих лікувально-профілактичних заходів дозволило скоротити кількість відвідувань, до-

сягнути довготривалу ремісію та призупинення запального процесу в тканинах пародонта у більшості хворих на ГП з різним перебігом.

Перспективним буде вивчення процесів ПОЛ у ротовій рідині хворих на ГП з різним перебігом запальної реакції.

Список літератури

1. WHO releases new report on global problem of oral diseases // World Health Organization, 2009. URL: <http://www.emro.who.int/>.
2. Авдєєв О. В. Вплив синбіотика і адаптогена на активність фосфатаз в пародонті і сироватці крові при експериментальному пародонтиті / О. В. Авдєєв // Вісник стоматології. – 2012. – № 1. – С. 4–7.
3. Авдєєв О. В. Динаміка перекисного окиснення ліпідів і стану антиоксидантної системи у пародонті в експерименті / О. В. Авдєєв, А. Б. Бойків // Вісник стоматології (специвипуск). – 2012. – № 6 (79). – С. 2–4.
4. Левицкий А. П. Экспериментальные методы исследования стимуляторов остеогенеза: Метод. рекомендации / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, О. В. Деньга, О. И. Сукманский, Р. П. Подорожная, Л. Н. Россаханова, И. В. Ходаков, Ю. В. Зеленина. – К.: ГФЦ, 2005. – 30 с.
5. Воскресенский О. Н. Пародонтопротекторы: актуальные вопросы скрининга, методы изучения и перспективы создания / О.Н. Воскресенский, Ю.Г. Чумакова, Е.К. Ткаченко // Вісник стоматології. – 2005. – № 4. – С. 97-102.
6. Чернушенко Е. Ф. Иммунологические исследования в клинике / Е. Ф. Чернушенко, Л. С. Когосова – К.: Здоров'я, 1978. – 159 с.
7. Гриневиц Ю. А. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных / Ю. А. Гриневиц, А. М. Алферов // Лабораторное дело. – 1981. – № 8. – С. 493-495.
8. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко – К.: Здоров'я, 2000. – 461 с.
9. Parma C. Parodontopathien. – I.A. Verlag, Leibzig, 1960. – 203 s.
10. Федоров Ю. А. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качества ухода за полостью рта / Ю. А. Федоров, В. В. Володкина // Терапевтическая и ортопедическая стоматология. – К.: Здоров'я, 1971. – Вып. 1. – С. 117-119.
11. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html.
12. Мінцер О. П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині: у 10 кн., кн. 5 Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині: Навч. посібн. / Мінцер О. П. – К.: Вища школа, 2003. – 350 с.

Надійшла 05.07.12



УДК 616.31-085; 616.311.2-002

С. Н. Гурбанов

Азербайджанский Медицинский Университет

ПРИМЕНЕНИЕ НАФТАЛАНОВОГО МАСЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА

Во время исследований для лечения заболеваний пародонта применялась Нафталанская нефть – масло, которое было получено особым методом и при применении которого были получены хорошие результаты. Эффективность лечения определялось при помощи индекса РМА сразу, после 6 и 12 месяцев лечения.

Ключевые слова: заболевания пародонта, Нафталанская нефть, лечение.

С. Н. Гурбанов

Азербайджанський Медичний Університет

ЗАСТОСУВАННЯ НАФТАЛАНОВОГО МАСЛА ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ ПАРОДОНТУ

Під час досліджень для лікування захворювань пародонту застосовувалася Нафталанська нафта – масло, яке було отримано особливим методом і при застосуванні якого були отримані добрі результати. Ефективність лікування визначалося за допомогою індексу РМА відразу, після 6 і 12 місяців лікування.

Ключові слова: захворювання пародонту, Нафталанська нафта, лікування.

S. N. Gurbanov

Azerbaijan Medical University, therapeutic stomatology department

THE USE OF NAPHTHALENE OIL IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE

During this research, in the treatment of inflammation of periodontal tissues is used Naphthalene oil –manufactured with special method and which use result in good results. The research have been performed immediately after treatment and 6 month and 1 year later and effect of treatment determined with PMA index.

Keywords: periodontal disease, Naphthalene oil, treatment.

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Несмотря на многочисленные исследования этиологии, патогенеза, методов лечения, данная проблема все ещё не нашла своего решение. Несмотря на достаточные методы лечения, всегда чувствуется нужда в новых, современных методах. Высокая распространенность заболеваний пародонта в настоящее время даёт нам основание говорить об этом. [1,2]

Выявление и применение эффективных методов лечения также является актуальной проблемой в пародонтологии. Несмотря на имеющиеся в большом количестве лекарственные препараты, применяемые при лечении воспалительных заболеваний пародонта, число их продолжает расти из года в год. Некоторые свойства этих препаратов, в том числе такие негативные, как аллергические реакции и устойчивость организма к лекарственным препаратам, даёт основание для применения новых.

Одним из таких природных ресурсов является Нафталанская лечебная нефть, не имеющая аналога в мире.

Проведены многочисленные научно-исследовательские работы о химическом составе и лечебном действии Нафталановой нефти. На основании этих исследований выяснилось, что Нафталановая нефть эффективно действует при лечении многих заболеваний [3, 4].

Полициклические Нафтенновые углеводороды, находящиеся в составе Нафталановой нефти, счита-