

движение системы 8 с. По результатам исследования визуальные и морфо-рентгенологические характеристики рентгенограмм ВНЧС у больных с глубоким резцовым перекрытием и ортогнатическим прикусом с явлениями функциональной нестабильности СГ в каждой группе с разной степенью тяжести (легкая, средняя, тяжелая) до лечения почти не отличались между собой. Эффективность проведенного комплекса мероприятий по устранению функциональной нестабильности СГ нижней челюсти через год после завершения лечения достоверно подтверждалась равномерностью размеров переднего, верхнего и заднего отделов суставной щели ранее функционально нестабильного и симметричного суставов в обеих группах исследованных больных.

Summary

REMOTE RESULTS OF TREATMENT FOR FUNCTIONAL INSTABILITY OF MANDIBULAR ARTICULAR HEAD IN PATIENTS WITH INCISAL OVERLAPPING AND WITH ORTHOGNATHIC BITE ACCORDING TO TARGET TMJ RADIOGRAPHY

Rybalov O.V., Yatsenko O. I., Yatsenko P. I., Moskalenko P. A.

Keywords: temporomandibular joint, deep incisal overlapping, radiography, results of treatment

This research is based on the analysis of target areal TMJ radiography performed on 83 patients with deep incisal overlapping accompanied by functional instability of mandibular articular head, and on 49 patients with functional instability of articular head without bite anomalies before the treatment and in a year after its end. Areal TMJ radiography was carried out at the closed and open mouth of a patient by the OPTHOPHOS X65 apparatus under shooting of 60-70 kV, 7 mA, movement of system 8 c. According to the results obtained visual and morphological radiological characteristics of roentgenograms of TMJ in patients with deep incisal overlapping and orthognathic bite with the manifestations of functional instability of AH (articular head) in each group with different severity (mild, moderate, severe) before the treatment didn't differ. The efficiency of the treatment aimed to eliminate the functional instability of mandibular AH in a year was reliably proved by the true uniformity of sizes for anterior, superior, and posterior segments of joint space of previously functionally unstable and symmetric joints in both groups of the patients under the supervision.

УДК 616. 314. 17 – 053. 2 – 08 – 084: 616. 379 – 008. 64

Хоменко Л.О., Карачевська К.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця м. Київ

Проведено клініко-морфологічні дослідження тканин пародонта у дітей з цукровим діабетом 1 типу. Визначено високу поширеність захворювань тканин пародонта у обстежених дітей. Запропоновано комплекс лікувально-профілактичних заходів для попередження та лікування захворювань тканин пародонта у дітей, що мають цукровий діабет.

Ключові слова: діти, цукровий діабет 1 типу, гінгівіт, профілактика, лікування.

Вступ

В літературі наведені дані про високу ураженість тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет. За даними різних авторів, поширеність захворювань пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет першого типу (ЦД 1 типу), становить 46-86% [2, 6, 8]. У даній категорії дітей були встановлені мікроангіопатії, особливо артеріоло- та капіляропатії [5, 7, 11, 15, 16]. Визначено, що важливе значення в розвитку запальних змін тканин пародонта при діабеті відіграє посилення патогенного впливу мікрофлори ротової порожнини і зниження загальної реактивності організму [3, 10].

Матеріали і методи дослідження

Нами проведено обстеження 166 дітей віком від 12 до 16 років, з них 125 дітей хворих на ЦД 1 типу (основна група), 41 дитина – без соматичних захворювань (контрольна група). Було проведено клінічні, рентгенологічні, патоморфологічні та гістохімічні дослідження. Для визначення інтенсивності кровоточивості ясен використовували

вали папілярний індекс кровоточивості (papilla bleeding index, PBI) за Saxer і Muhlemann [4, 9]. Для реєстрації ступеню запалення в тканинах пародонта використовували папілярно-маргінально-пародонтальний індекс – РМА (Pama, 1960; Masler, 1967) та індекс CPI – комунальний пародонтальний індекс (ВООЗ, 1997). Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за допомогою спрощеного індексу Green-Vermillion (1964). Рентгенологічне обстеження проводили шляхом ортопантомографії та внутрішньоротової контактної рентгенографії.

Результати досліджень та їх обговорення

Результати проведенного нами дослідження свідчать про високу розповсюдженість захворювань тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Вона становить 76%. При стоматологічному обстеженні ми визначили, що 30 (24,0%) дітей з цукровим діабетом мали клінічно інтактний пародонт, у 81 (64,8%) дитини діагностовано хронічний катаральний гінгівіт, 5 (4,0%) дітей мали загострення хронічного катарального гінгівіту, 4 (3,2%) – хронічний

гіпертрофічний гінгівіт, у 5 (4,0%) дітей діагностовано хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня.

Серед дітей, хворих на ЦД 1 типу з клінічно інтактним пародонтом, 10 мали вперше виявлений цукровий діабет (вперше встановлений діагноз ЦД 1 типу), у 17 тривалість цукрового діабету була до 5 років, у 3 тривалість ЦД становила більше 5 років.

Розподіл хворих дітей за статтю не виявив достовірної різниці між захворюваністю у дівчаток та у хлопчиків. Кількість дівчаток, хворих на ЦД 1 типу, становила 53, кількість хлопчиків – 58. Серед контрольної групи визначено наступний розподіл дітей за статтю: дівчат – 22, хлопчиків – 19. Розподіл дітей з цукровим діабетом за віком був наступним: 12-14 років – 73 дитини, 15-16 років – 52 дитини.

Індекс РМА свідчив, що зі збільшенням терміну основного захворювання збільшується ступінь тяжкості гінгівіту (від легкого – 23,59% до середнього – 31,62%, проти 15,53% в контрольній групі).

Нами встановлено, що діти, хворі на цукровий діабет 1 типу, мали певну кількість секстантів з кровоточивістю за індексом CPI, їх кількість збільшувалась в залежності від тривалості діабету: 2,11 при тривалості ЦД до 5-ти років, 2,57 – ЦД більше 5-ти років. Розповсюдженість кровоточивості та зубного каменю серед дітей, хворих на ЦД терміном до 5-ти років, що мали захворювання тканин пародонта становила 94,73% (36 хворих) та 68,42% (26 хворих) відповідно. Серед дітей, хворих на ЦД 1 типу більше 5-ти років, розповсюдженість кровоточивості та зубного каменю була 96,97% (32 дитини) і 72,73% (24 дитини) відповідно.

У 5-ти хворих виявлено хронічний генералізований пародонтит. Такий діагноз підтвердився рентгенологічним дослідженням. На рентгенограмі щелеп у цих дітей визначені остеопороз і деструкція кортикальної пластинки міжальвеолярних перетинок, що відповідали легкому ступеню хронічного генералізованого пародонтиту.

Результати морфологічних досліджень свідчать про те, що у дітей, хворих на ЦД 1 типу, які мають клінічно інтактний пародонт, морфологічно в яснах визначається комплекс метаболічних та структурних змін. Виявлені зміни дозволили нам виділити доклінічну стадію хронічного катарального гінгівіту. Його характер має первинно хронічний перебіг. Розвиток клінічної симптоматики запалення обумовлений поглибленням морфологічних змін в мікросудинах ясен, а також прогресуванням метаболічних та структурних порушень в епітелії та сполучнотканинній основі ясен [12, 13].

Проведений аналіз клініко-морфологічних змін тканин пародонта дозволив нам розробити схему лікувально-профілактичних заходів для дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Розгля-

даючи доцільність застосування фармпрепаратів тих чи інших груп для профілактики та лікування захворювань тканин пародонта у дітей з діабетом, ми виходили з результатів наших досліджень, а також даних літератури про раціональність призначення препаратів антигомотоксичної терапії. Це пояснюється тривалим хронічним перебігом цукрового діабету та необхідністю постійного лікування.

Антигомотоксична терапія передбачає комплексний вплив на організм на клітинному та молекулярному рівнях, активізує захисні сили організму, які страждають в силу порушення при ЦД адаптивно-трофічних та гормональних механізмів організму [14, 17].

Для дітей, хворих на ЦД, що мали інтактний пародонт, проводилось: професійна гігієна ротової порожнини, санація ротової порожнини, підбір засобів індивідуальної гігієни ротової порожнини (зубних щіток, паст, флосів, навчання дітей методам чищення зубів, використання флосів), масаж ясен м'якою щіткою з маззю Траумель С (5-7 хвилин) 2 рази на день протягом трьох тижнів, 2 рази на рік; контрольний огляд після лікування, через 3, 6 та 18 місяців. Препарат Траумель С має виражений терапевтичний ефект, чинить протизапальний, регенеруючий, антиексудативний, знеболюючий, кровоспинний, імуномодуючий вплив [1].

Для дітей, хворих на ЦД тривалістю до 5-ти років, проводили наступні лікувально-профілактичні заходи: професійну гігієну ротової порожнини, санацію ротової порожнини, підбір засобів індивідуальної гігієни ротової порожнини, аплікації мазі Траумель С на ясна (15-20 хвилин) 3 рази на тиждень протягом трьох тижнів, 2 рази на рік; контрольний огляд після лікування, через 3, 6 та 18 місяців.

Для дітей хворих на ЦД тривалістю більше 5-ти років, враховуючи поглиблення патоморфологічних змін та ускладнення клінічної симптоматики хронічного катарального гінгівіту, крім вище вказаного, частоту курсів аплікацій з маззю Траумель С збільшували до 3-4 разів на рік.

При загостренні хронічного катарального гінгівіту ми призначали препарат Траумель С у вигляді таблеток (по 1 табл. сублінгвально 3 рази на день, протягом 3-х тижнів), проводили професійну гігієну та аплікації з маззю Траумель С (15 хвилин) щодня, № 10. Курсом 3-4 рази на рік.

Схема лікування хронічного генералізованого пародонтиту включала обробку пародонтальних кишень, зрошення водним розчином Траумель С, інстиляцію в пародонтальні кишені мазі Траумель С (10-15 хвилин). Курсом 3-4 рази на рік.

Для оцінки ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів були сформовані наступні (основні) групи: діти, хворі на ЦД 1 типу з клінічно інтактним пародонтом (30 дітей); діти, хворі на ЦД 1 типу тривалістю до

5-ти років (20 дітей); діти, хворі на ЦД 1 типу тривалістю більше 5-ти років (18 дітей). До контрольної групи увійшли: діти, хворі на ЦД 1 типу тривалістю до 5-ти років, (15 дітей) та тривалістю основного захворювання більше 5-ти років (15 дітей). В цій групі проводився комплекс лікувально-профілактичних заходів без застосування антигомотоксичних препаратів.

Ефективність лікування оцінювали після закінчення лікування, через 3, 6 та 18 місяців за змінами клінічної картини (частота загострень хронічного запалення, кровоточивість та набряклість ясен, колір слизової оболонки), що контролювалась пародонтальними індексами (РМА, РВІ, СРІ), поширеності зубних відкладень (рис. 1, 2, 3).

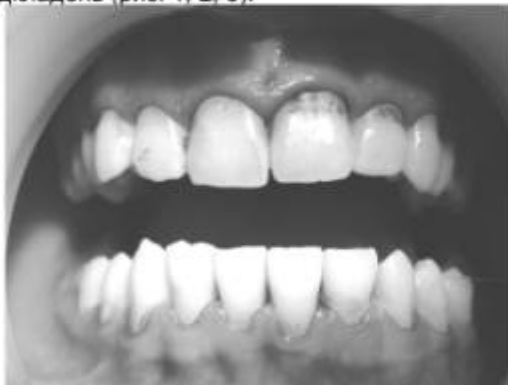


Рис. 1 Хворий О., 15 р., ЦД 1 тип протягом 3 років.

Діагноз: Хронічний генералізований катаральний гінгівіт середнього ступеню тяжкості РМА=50% (вигляд до лікування)



Рис. 2 Хворий О., 15 р., ЦД 1 тип протягом 3 років.

Діагноз: Хронічний генералізований катаральний гінгівіт середнього ступеню тяжкості (РМА=50%)



Рис. 3 Хворий О., 15 р., ЦД 1 тип протягом 3 років.

Діагноз: Хронічний генералізований катаральний гінгівіт середнього ступеню тяжкості (РМА=7,1% - через 14 днів від початку лікування)

Значення індексу РМА у дітей, хворих на ЦД терміном до 5-ти років (основна група) до лікування становило 23,59% (в контрольній групі – 22,9%). Після проведення лікувально-профілактичних заходів у даній групі дітей, значення РМА зменшилося до 7,57% проти 11,85% в контролі. У дітей, хворих на ЦД більше 5-ти років (основна група) значення РМА до лікування відповідало 31,62% (в контролі – 30,5%). Після лікування значення РМА становило 9,17% проти 13,93% – в контролі. Час нормалізації клінічних показників у обстежених становив 7-8 днів, що в 1,5 рази перевищувало дані контрольної групи (10-11 днів).

Індекс РВІ свідчить, що редукція кровоточивості після лікування в основній групі становить 80,01%, що перевищує показання контрольної групи – 64,04%. Через 3 місяці після лікування редукція кровоточивості залишалась вищою в основній групі і становила 57,4% (39,36% – в контрольній групі) (табл. 1).

Таблиця 1
Значення індексу РВІ після проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей з ЦД

Групи обстежених	Значення РВІ до лікування	Значення РВІ після лікування	Значення РВІ через 3 місяці після лікування	Значення РВІ через 6 місяців після лікування	Значення РВІ через 18 місяців після лікування
Основна група: Діти з ЦД до 5-ти років	1,02	0,20 *(80,01%)	0,43 (57,4%)	0,52 (48,41%)	0,56 (45,54%)
Основна група: Діти з ЦД більше 5-ти років	1,2	0,22 (81,77%)	0,52 (56,89%)	0,63 (47,69%)	0,66 (44,96%)
Контрольна група: Діти з ЦД до 5-ти років	0,99	0,36 *(64,02%)	0,60 (39,36%)	0,63 (36,65%)	0,69 (30,02%)
Контрольна група: Діти з ЦД більше 5-ти років	1,1	0,42 (62,04%)	0,67 (38,97%)	0,70 (36,22%)	0,83 (29,76%)

*редукція показника відносно даних до лікування

За даними таблиці 2 видно, що редукція секстантів з кровоточивістю за індексом СРІ після лікування також залишалась вищою в основній групі – 81,99% (62,20% – контрольна група). Через 3, 6 та 18 місяців спостерігалась

тенденція до зниження редукції як в основній, так і в контрольній групах. Проте, дані таблиці свідчать, що показники в основній групі залишались вищими (табл. 2).

Таблиця 2
Значення індексу СРІ після проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей, хворих на ЦД 1 типу

Групи обстежених	Кількість секстантів з кровоточивістю до лікування	Після лікування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 18 місяців після лікування
Основна група: Діти з ЦД до 5-ти років	2,11	0,38 *(81,99%)	0,92 (56,40%)	1,11 (47,39%)	1,15 (45,72%)
Основна група: Діти з ЦД більше 5-ти років	2,57	0,45 (82,49%)	1,12 (56,42%)	1,35 (47,47%)	1,38 (46,15%)
Контрольна група: Діти з ЦД до 5-ти років	2,09	0,79 *(62,20%)	1,27 (39,23%)	1,31 (37,32%)	1,48 (29,15%)
Контрольна група: Діти з ЦД більше 5-ти років	2,55	0,97 (61,96%)	1,55 (39,22%)	1,60 (37,25%)	1,81 (29,05%)

*редукція секстантів з кровоточивістю відносно даних до лікування

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів стосовно хвороб тканин пародонта серед дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Разом з тим, слід зауважити, що ефект від лікувально-профілактичних заходів досить нестійкий, редукується протягом 4-6 місяців після закінчення курсу лікування. Це, на нашу думку, вказує на необхідність проведення підтримуючих курсів у таких дітей 2-4 рази на рік.

Література

1. Антигомотоксическая терапия распространенных заболеваний у детей (справочное пособие для врачей) / Под. ред. С.П. Криволюстова, Б.К. Шамутя. – К.: Книга плюс, 2006. – 248 с.
2. Бабина О.О. Особенности клиники та лікування пародонтального синдрому у дітей, хворих на цукровий діабет: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Бабина О.О. – Полтава, 2000. – 15 с.
3. Бардаро С. Гингивиты с позиции гомеопатологии / С. Бардаро // Биологическая терапия. – 1999. – №2. – С. 4-17.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение [А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова] – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 320 с.
5. Гарбарчук О.І. Біохімічні компоненти плазматичної ланки гемостазу за судинних ушкоджень в динаміці розвитку ЦД: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біолог. наук: КНУ ім. Т.Г. Шевченка / О.І. Гарбарчук. – К., 2001. – 19 с.
6. Годованец Л.В. Особенности течения и лечения стоматологических заболеваний у детей больных СД: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.21 "Стоматология" / Л.В. Годованец. – Ивано-Франковск, 1990. – 19 с.

7. Григорян А.С. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорян, О.А. Фролова, Е.В. Иванова // Стоматология. – 2002. – №1. – С. 19-25.
8. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоровье, 2000. – 461 с.
9. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии / Дмитриева Л.А. – М.: Медпресс, 2001. – 125 с.
10. Зак К.П. Иммуитет у детей, больных СД / К.П. Зак, Т.Н. Малиновская, Н.Д. Тронько. – К.: Книга плюс, 2002. – 111 с.
11. Зербино Д.Д. Ультраструктура гемомикроциркуляторного русла пародонта у хворих на цукровий діабет / Д.Д. Зербино, С.С. Різник // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2004. – № 1 (6). – С. 57-58.
12. Карачевська К.О. Клінічні та морфофункціональні особливості ураження тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, їх лікування та профілактика: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.22 "Стоматологія" / К.О. Карачевська. – К., 2007. – 16 с.
13. Коласова Н.А. Метаболічні та структурні особливості змін тканин ясен у дітей, що страждають на цукровий діабет / Н.А. Коласова, Л.О. Хоменко, К.О. Карачевська // Вісник стоматології. – 2004. – № 4 (45). – С. 67-71.
14. Ошюва А.Ю. Теоретическое обоснование и практический опыт использования препаратов фирмы «Хеель» в комплексной терапии сахарного диабета и его осложнений / А.Ю. Ошюва, А.В. Самохин. – М.: Центр натуральной медицины, 2006. – 17 с.
15. Matsuda T. Mechanism of disorders of coagulation and fibrinolysis in diabetes / T. Matsuda, E. Morishita, H. Jokaji // Diabetes. – 1996. – V. 45. – P. 109-110.
16. Oliver R.C. Enzyme active in crevicular fluid in relation to metabolic control of diabetes and other periodontal risk factor / R.C. Oliver, T. Tervonen, D.G. Thynn // J. Periodontal. – 1993. – V. 64. – P. 358-362.
17. Reckeweg H.H. Homeopathia antihomotoxica / Reckeweg H.H. – Baden-Baden: Arelia Verlag. – 1991. – 313 p.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Хоменко Л. А., Карачевская Е. А.

Ключевые слова: дети, сахарный диабет 1 тип, гингивит, профилактика, лечение.

Проведены клинко-рентгенологические исследования тканей пародонта у детей, болеющих сахарным диабетом 1 типа. Определена высокая распространенность заболеваний тканей пародонта у обследуемых детей. Предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий для предотвращения и лечения заболеваний тканей пародонта у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Summary

PREVENTION AND TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE IN CHILDREN WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES

Khomenko L.A., Karachevskaya Ye.A.

Key words: children, insulin-dependent diabetes, gingivitis, treatment, prophylactic.

Clinical and roentgenological investigation of periodontal tissues in children with insulin-dependent diabetes have been carried out. This has enabled to reveal high prevalence of periodontal disease in this group. We have worked out the complex of medical measures to prevent this pathology in children.

УДК 616.314-018-002.4-031.81-031.25-099-092

Чайковская И.В., Яворская Л.В.

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ПАТОГЕНЕЗ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В работе изучены возрастные изменения уровня молекул средней массы (МСМ) и окислительной модификации белков (ОМБ) в ротовой жидкости (РЖ) больных ГП для дальнейшей возможности использования данных показателей с целью оценки степени эндогенной интоксикации (ЭИ) в патогенезе генерализованного пародонтита (ГП). Результаты клинических и биохимических исследований показывают, что при проведении сравнительной оценки в РЖ практически здоровых людей и пациентов с ГП параметры ОМБ и МСМ оказались большими ($p < 0,001$). Выявлено, что МСМ и ОМБ увеличиваются с возрастом и зависят от длительности заболевания и наличия хронических заболеваний внутренних органов, но не оказывают влияние на пол пациентов ($p > 0,05$). Полученные данные характеризуют активацию свободно-радикального окисления и развитие окислительного стресса в полости рта пациентов с ГП. Таким образом, установлено, что в патогенезе ГП имеет место развитие эндогенной интоксикации в полости рта, о чём свидетельствуют изменения в ротовой жидкости ОМБ и МСМ.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, ротовая жидкость, средне-молекулярные пептиды, окислительно-восстановительно-модифицированный белок

XXI век характеризуется значительным ростом пародонтальной патологии. Генерализованный пародонтит (ГП) занимает лидирующую позицию в структуре пародонтальной патологии, поскольку встречается во всех возрастных категориях населения, а его распространённость с каждым годом увеличивается, несмотря на предлагаемые методы лечения [1, 2].

По данным мировой литературы, распространённость заболеваний пародонтального комплекса составляет 98%, среди них основная часть отводится ГП - от 25 до 40% в возрасте до 35 лет, и от 80 до 90% - после 40 лет [3, 4]. Генерализованный пародонтит отрицательно влияет не только на состояние зубо-челюстной системы вследствие воздействия общих и местных экзогенных и эндогенных факторов, но и сопровождается нарушениями систем гомеостаза в организме человека в целом [5, 6, 7].

Однако, многие авторы отмечают, что в механизме развития большинства заболеваний основная роль отводится эндогенным токсинам, приводящим к деструктивным процессам, в результате которых в жидкостях и тканях накапливаются в нефизиологических концентрациях промежуточные и конечные продукты нормального обмена веществ и нарушенного метаболизма [8, 9].

Они обладают токсическим потенциалом и вызывают дисфункцию различных органов и систем [10, 11].

В последнее время особым приоритетом для объективной оценки эндотоксикоза пользуется метод определения средне-молекулярных пептидов и его фракций и окислительно-восстановительно-модифицированный белок, поскольку данные маркеры эндогенной интоксикации (ЭИ) являются не только интегральным, но и объективным показателем токсичности определённой среды организма независимо от этиопатогенетических особенностей того или иного заболевания [12].

При хронических вялотекущих заболеваниях, к которым относится ГП, в отличие от картины пародонтита в стадии обострения маркеры ЭИ не имеют чётких клинических признаков [13, 14].

В связи с этим, проблема своевременной диагностики и мониторинга ЭИ в пародонтологии практически не изучена, что на сегодняшний день для такой патологии как ГП является актуальной и перспективной.

Цель исследования

Изучить возрастные изменения уровня молекул средней массы (МСМ) и окислительной модификации белков (ОМБ) в ротовой жидкости (РЖ) больных ГП и возможности использования данных показателей для оценки степени эндогенной интоксикации (ЭИ) в патогенезе ГП.

Материал и методы исследования

В ходе выполнения работы было обследовано 150 человек, из них 73 мужчины ($48,7 \pm 4,1\%$) и 77 женщин ($51,3 \pm 4,1\%$) в возрасте от 20 до 65 лет, в среднем ($43,5 \pm 0,7$ лет). На каждого обследуемого заполнялась амбулаторная карта стоматологического больного (форма № 043/0). Из 150 пациентов в качестве контроля обследовано 30 практически здоровых людей (16 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 20 до 50 лет (в среднем $33,7 \pm 1,8$ лет). Данная группа пациентов была соматически здорова, т.к. на момент обращения со стоматологом жалоб по поводу хронических заболеваний внутренних органов не предъявляли, на диспансерном учёте у терапевтов и врачей других профилей не наблюдались. Первая группа составила 20 пациентов, у которых диагностировано ГП I степени тяжести, хроническое течение. Вторая группа - 80 пациентами, у которых диагностировано ГП II степени тяжести, хроническое течение. Третья группа - 20 пациентами с ГП III степени тяжести, хроническое течение. Не выявлено статистически значимого различия распределения больных по полу ($p = 0,83$, критерий хи-квадрат). Обследова-