

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

Специальность: 3226.01 – Стоматология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Нигяр Нариман гызы Садыгова**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии

Баку – 2024

Диссертационная работа выполнена на кафедре терапевтической стоматологии Азербайджанского медицинского университета.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Ризван Мохсум оглы Мамедов

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Афет Рашид гызы Агазаде

доктор медицинских наук, ассистент
Магомед Мирабдулла оглы Давудов

доктор философии по медицине
Тахир Рауф оглы Везиров

Диссертационный совет ED 2.50 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского медицинского университета.

Председатель диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Вафа Мустафа оглы Панахиан

Ученый секретарь диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Ага Чингиз оглы Пашаев

Председатель научного семинара:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Рена Курбан гызы Алиева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Известно, что среди основных стоматологических заболеваний важное место занимают воспалительные заболевания тканей пародонта. Заболевания пародонта представляют собой важную медико-социальную проблему, характеризующуюся неуклонным ростом и широкой распространенностью среди населения. По показателям клинико-эпидемиологических исследований наблюдается отрицательная неблагоприятная динамика в повышении уровня воспалительных заболеваний пародонта среди лиц достаточно молодого возраста, здесь особо можно отметить представителей юношеского возраста, что также выявляется статистическими данными Всемирной Организации Здравоохранения¹. Эти данные базируются на результатах обследования во всех возрастно-половых группах населения более чем пятидесяти стран мира, согласно которым, существенный рост уровня распространенности и интенсивности пародонтопатий часто определяется среди обследованных, еще не достигших тридцатилетнего возраста.² Несмотря на большое число исследований по проблеме заболеваний пародонта на сегодняшний день актуальным является поиск эффективных методов лечения. Согласно литературным данным, широко используемые в стоматологической практике антибиотики обладают противовоспалительным действием, но при длительном применении снижается резистентность к патогенным агентам на клеточном уровне.

1. Petti, S. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries / S. Petti, U. Glendor, L. Andersson // Dental traumatology, – 2018. 34 (2), – p. 71-86

2. Еловикова, Т.М. Анализ влияния лечебно–профилактической зубной пасты с экстрактами трав на состояние полости рта у пациентов с гингивитом / Т.М. Еловикова, В.С. Молвинских, Е.Ю. Ермишина // – Москва: Проблемы стоматологии, – 2015. № 2 (11), – с. 5-9.

Применение антибиотиков и стероидных препаратов изменяет окислительно-восстановительный потенциал слюны, ослабляет активность лизоцима, способствует развитию аллергических реакций, обуславливает снижение резистентности организма к патогенным воздействиям. Тотальное подавление бактериальной флоры полости рта создает предпосылки для рецидивов заболеваний пародонта и может приводить к суперинфекции грибами. Поэтому одной из важнейших задач является разработка методов, обеспечивающих восстановление и нормализацию биоценологических взаимодействий.^{3,4.}

Учитывая вышеизложенное, на сегодняшний день является актуальным применение пробиотических средств при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Известно, что синбиотики оказывают многофакторное патогенетическое действие, местное - на клеточные элементы ткани и общие - на различные системы и внутренние органы целостного организма. К местным эффектам относится нормализация микрофлоры, уменьшение количества патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, ускорение и активация метаболизма. Общие эффекты выражаются в увеличении неспецифических факторов защиты, повышение общих защитно-приспособительных реакций организма.⁵

-
3. Teughels W. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: a systematic review and meta-analysis / W. Teughels, M. Feres, V. Oud [et al.] // *Journal of Clinical Periodontology*, – 2020. 47 (22), – p. 257-281;.
 4. Garzón H. Biomaterials Used for Periodontal Disease Treatment: Focusing on Immunomodulatory Properties / H. Garzón, L.J. Suárez, S. Muñoz [et al.] // *International Journal of Biomaterials*, – 2022. 26 (2022), – p. 11-8. <https://doi.org/10.1155/2022/7693793>
 5. Donders, H.C.M. The Effect of Periodontal Treatment on the Reactive Hyperemia Index. A 1-Year Follow-Up Pilot Study / H.C.M. Donders, E.O. Veth, M.A. Edens [et al.] // *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, – 2022. 9, – p.851397

Объект исследования: пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта, проходивших курс лечения в Стоматологической учебной клинике АМУ.

Цель исследования: оценка эффективности применения современных профилактических и пробиотических средств в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность различных форм воспалительных заболеваний пародонта и выраженность их клинических проявлений у обследуемых больных.
2. Анкетирование врачей для выявления частоты назначения различных лечебно-профилактических средств при лечении воспалительных заболеваний пародонта.
3. Выявить среди обследуемых больных лиц, отягощенных общесоматической патологией, как важного фактора риска развития тяжелых форм воспалительных и деструктивных заболеваний пародонта.
4. Изучить влияние предложенного пробиотического средства “Multilac” в составе комплексного пародонтологического лечения на индексные показатели состояния тканей пародонта.
5. Изучить антибактериальную и противовоспалительную эффективность применения предложенного синбиотика в комплексном лечении заболеваний пародонта.
6. Оценить эффективность применения современного гигиенического средства “Curaprox enzymal” в лечении и профилактике воспалительных заболеваний пародонта легкой степени.

Методы исследований:

- Индексы Sinless – Loe, PMA, GI, SBI, PI, PNP;
- Анкетирование;
- Микробиологическое исследование слюны;
- Параметрические и непараметрические методы статистической обработки.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- Высокий уровень распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и побочные реакции некоторых сильнодействующих лекарственных средств определяют необходимость оптимизации и выбора более эффективных лечебно-профилактических мероприятий.
- Ряд препаратов, используемых в современной стоматологической практике, нередко вызывают аллергическую реакцию, что исключается при использовании пробиотических средств, которые могут быть применены в пародонтологическом лечении.
- Стоматологический статус лиц с воспалительными заболеваниями пародонта ассоциируется с повышением количественных и качественных показателей патогенной и условно-патогенной флоры.

Научная новизна исследования:

- Получены новые данные о частоте встречаемости различных форм заболеваний пародонта и частоте назначения врачами некоторых традиционных и современных лечебно-профилактических средств, в том числе и пробиотических, в терапии пародонтита.
- Установлена эффективность применения синбиотика “Multilac” и современных профилактических средств “Curaprox enzucal” в комплексной терапии катарального гингивита и воспалительных заболеваний пародонта легкой степени.

Практическое значение:

1. Полученные по применению предложенного пробиотического и современных профилактических средств данные могут быть широко использованы в практической стоматологии для повышения качества лечения катарального гингивита и пародонтита легкой степени и профилактики развития их более тяжелых форм.
2. Полученные данные могут быть использованы в учебном процессе подготовки студентов, а также в постдипломном

усовершенствовании врачей-стоматологов.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: научной конференции “Питання Експериментальної та клінічної стоматології”. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародним участям “Актуальна стоматологія. Наука, практика, педагогіка” к 40-літньому ювілею стоматологічного факультета Харківського Національного Медичного Університету. Хarkov, вып.13, 2018; “Təbabətin aktual problemləri”, 2018, elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2018; General question of world science, Collection of scientific papers of the VIII international scientific-practical conference, Part 2, Amsterdam, 2019; Azərbaycan Tibb Universitetinin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri-2020” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresin materialları, Bakı, 19-20 dekabr 2020; Əməkdar Elm Xadimi, professor Tamerlan Əziz oğlu Əliyevin anadan olmasının 100 illik yubileyinə həsr edilmiş “Təbabətin aktual problemləri-2021” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresin materialları, Bakı, 6-8 oktyabr 2021.

Материалы диссертационной работы обсуждены и доложены на расширенном заседании сотрудников кафедры терапевтической стоматологии одновременно с работниками других смежных кафедр стоматологического профиля Азербайджанского медицинского университета (16.11.2022, протокол № 06), на научном семинаре, который действует при Диссертационном совете ED 2.50 (11.03.2024, протокол № 09).

Внедрение результатов исследования. Научные и практические данные, полученные в результате настоящих исследований внедрены в практическую деятельность Стоматологической учебной клиники АМУ, а также в учебный процесс кафедр терапевтической стоматологии и микробиологии и иммунологии АМУ.

Место проведения исследования. Диссертационная работа выполнена на базе кафедры терапевтической стоматологии и кафедры микробиологии и иммунологии Азербайджанского

медицинского университета, с использованием ресурсов Стоматологической учебной клиники АМУ.

Публикации: по теме диссертационной работы было опубликовано 13 научных работ, 7 статей - из них 2 за рубежом, 6 тезисов - 3 за рубежом.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 151 страницах компьютерного текста (201230 символов) и состоит из введения (10935 символов), обзора отечественной и зарубежной литературы (64005 символов), материала и методов исследования (32146 символов), глав результатов собственных исследований и их обсуждения (59047 символов), заключительного обзора проделанной работы, выводов и практических рекомендаций (35840 символов), списка научной литературы (12 страниц), содержащего 119 авторов, как отечественных, так и зарубежных. Диссертационная работа включает 21 таблицу и 24 графика.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели в обследовании участвовали 200 пациентов в возрасте 20–45 лет (средний возраст 32,5 года) с диагнозом хронический катаральный гингивит – ХКГ (110 человек) и хронический генерализованный пародонтит легкой степени - ХГПлс (90 человек). Критериями включения являются пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта: хронический катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтит легкой степени. Наличие тяжелых соматических патологий и беременность являются критериями исключения.

Было также проведено анкетирование с участием 30 врачей-стоматологов, среди которых был проведен мониторинг для выявления наиболее часто используемых пациентами средств в пародонтологическом лечении. В анкете указывались наиболее часто назначаемые ими препараты, отмечались наиболее частые осложнения, с которыми они сталкивались в своей практике.

Пациенты с хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) в зависимости от применяемых лечебно-профилактических средств были распределены по 3-м группам наблюдения. Контрольная группа (19 человек), прошла обучение по правилам гигиены по уходу за полостью рта и получили профессиональную санацию полости рта. Группа сравнения (20 человек) получила гигиеническое обучение, лечение по общепринятой стандартной схеме и им была рекомендована лечебно-профилактическая зубная паста “Curasept ADS 712” (в составе: 0,12% хлоргексидин биглюконата обладающим антимикробным и антисептическим воздействием, 0,04% флюорида натрия и ADS- система, отвечающая за сохранение естественной белизны эмали зубов) в составе мер по проведению индивидуальной гигиены ротовой полости. Основная группа (15 человек) прошла обучение по правилам гигиены полости рта, стандартную терапию и им назначена зубная паста “Curaprox enzycal 1450” (состав - вода, фторид натрия в концентрации 1450 ppm, 3 фермента – глюкозооксидаза, лактопериоксидаза и амилоглюкозооксидаза, усиливающих способность слюны по снижению негативного влияния патогенных бактерий, гидратированный диоксид кремния, сорбит, экстракт хондры хрустящего, лимонная кислота, масло мяты перечной и др).

Больные с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени в зависимости от применяемых лечебно-профилактических средств распределены по 3 группам наблюдения. В контрольную группу (18 человек), в которой базовая терапия ограничивалась включением мер по гигиеническому обучению обследуемых лиц и выполнением со стороны специалиста мер по профессиональной гигиене полости рта. Группа сравнения (20 человек) получила обучение по правилам ухода за полостью рта, лечение согласно традиционному методу, рекомендованное средство “Curasept ADS 712”, представляющая собой гелеобразную зубную пасту, оказывающая антимикробное и антисептическое воздействие, а также

отвечающая за сохранение белизны зубов и их эстетические свойства.

Пациенты основной группы (20 человек) получили гигиеническое обучение, стандартную терапию и им была назначена в качестве индивидуального гигиенического средства зубная паста “Curaprox enzucal 1450” с 3 ферментами, усиливающих способность слюны предупреждать негативное влияние бактерий, которую рекомендовали для регулярной чистки полости рта.

Пациенты (38 человек) с хроническим пародонтитом легкой степени были также распределены по 3 группам наблюдения. В группу контроля входят 12 человек, которые обучались правилам ухода за полостью рта и получили профессиональную санацию полости рта. Группа сравнения состоит из 13 человек, которые также обучались правилам ухода за полостью рта и получивших лечение согласно общепринятой стандартной схеме. В данной группе в качестве средства индивидуальной гигиены полости рта была назначена лечебно-профилактическая зубная паста “Curasept ADS 712”. Основная группа включает 13 человек, которые получили обучение по уходу за полостью рта, аналогичное стандартное лечение, была рекомендована зубная паста “Curasept ADS 712” и синбиотик «Multilac» (пробиотик+пребиотик) (Bifidobacterium longum BI-05 $6,75 \times 10^8$ КОЕ, Bifidobacterium breve Bb-03 $4,50 \times 10^8$ КОЕ, Bifidobacterium bifidum Bb-06 $2,25 \times 10^8$ КОЕ, Lactobacillus acidophilus La-14 $9,00 \times 10^8$ КОЕ, Lactobacillus rhamnosus Lr-32 $4,50 \times 10^8$ КОЕ, Lactobacillus casei Lc-11 $2,25 \times 10^8$ КОЕ, Lactobacillus plantarum Lp-115 $2,25 \times 10^8$ КОЕ, Lactococcus lactis LI-23 $9,00 \times 10^8$ КОЕ, Streptococcus thermophilus St-21 $4,50 \times 10^8$ КОЕ и фруктоолигосахариды- 63,0 мг). В первое посещение всех пациентов обучали необходимым гигиеническим навыкам и правилам по уходу за полостью рта, изучали средства гигиены, используемые пациентами и давали необходимые рекомендации. Для оценки гигиенического состояния определяли наличие мягких и твердых зубных отложений. Всем больным проводили профессиональную гигиену полости рта. Контроль

индивидуальной гигиены и клинический осмотр проводили с использованием индексов до и после лечения. Более отсроченные наблюдения проводили через 1, 3 и 6 месяцев после лечения. Профессиональную гигиену полости рта проводили по традиционной методике, для снятия зубного камня использовали скейлинг, ультразвуковой аппарат, после проводили орошение десен 0,05% раствором хлоргексидина и полирование шеек зубов полировочной пастой. Основными причинами обращения пациентов с ХГПлс к стоматологу были галитоз, кровоточивость десен при приеме пищи и чистке зубов. После рентгенографии определялись пародонтальные карманы глубиной до 3,8мм, со слабовыраженной деструкцией костной ткани альвеолярного отростка и расширением периодонтальной щели в пришеечной области. Общее состояние пациентов оценивали по субъективным, с помощью опроса, и объективным параметрам, с помощью осмотра, зондирования, пальпации и индексной оценке состояния полости рта. Выясняли жалобы пациентов, симптомы заболевания, их длительность, проводимое ранее лечение и его эффективность. В дальнейшем участникам исследования рекомендовали чистить зубы назначенными пастами дважды в день не менее трех минут. Согласно плану лечения, у всех пациентов было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование полости рта с определением индексных показателей: гигиенический индекс Silness-Loe (S-L, 1964), индекс Muhlemann - SBI (1971), PMA (M.Massler, J.Shour, C.Parma, 1960), PI (A.L.Russel, 1956, 1967). Состояние десен оценивали с помощью индекса Gingival Index (GI)-(Loe & Silness, 1963г). В ходе контрольных стоматологических осмотров оценивали также индекс эффективности гигиены полости рта PHP (Podshalley, Haley, 1968).

Образцы для исследования были немедленно помещены в транспортную среду Стюарта, и для дальнейших исследований направлены в научно-исследовательскую лабораторию кафедры микробиологии и иммунологии АМУ. После взятия клинических образцов была измерена pH слюны.

Биоматериал засеивался на плотные и полужидкие питательные среды для культивирования микроорганизмов в аэробных и анаэробных условиях. Применен следующий набор сред – 5% кровяной агар, Сабуро, Эндо, стрептококковый селективный агар, желточно-солевой агар, тиогликолевая среда, MRS агар. Идентификацию микроорганизмов осуществляли по морфологическим, биологическим и биохимическим свойствам в соответствии с нормативными документами.

Скорость фоновой саливации определяли путем деления объема выделенной ротовой жидкости к времени ее сбора. На момент проведения клинико-лабораторных исследований пациентов предупреждали о нежелательном использовании жевательных резинок, курение, питье и т.д., которые могут стать причиной химической стимуляции слюноотделения по причине влияния различных активных компонентов, входящих в их состав. При этом, данные в пределах 0,02 – 0,30 мл/мин соответствовали гипосекреции, 0,31 – 0,59 мл/мин — нормальной скорости слюноотделения, а выше 0,60 мл/мин. — гиперсаливации. В качестве приемного сосуда и измерительного устройства применяли калиброванный мерный цилиндр.

Предварительно в ходе настоящих исследований в смешанной слюне измерялось состояние кислотно-щелочного равновесия и значение pH методикой pH-метрии. Чтобы исключить влияние остатков пищи на водородный показатель pH смешанную слюну получали в количестве 3-5 мл и собирали в мерные сосуды через 2 часа после приёма пищи. Лакмусовая бумажка опускалась на 1-2 секунды в ротовую жидкость и в последующие 10 секунд проводилось сравнение цветовых колебаний с цветовой шкалой (индикаторная тест полоска для более точного определения pH биологической жидкости «Specialtestpaper 4,5-9.0» промышленного производства), которая нанесена на упаковку с лакмусовой бумагой.

При сравнении долей в малых выборках применяли критерий Фишера (Fisher's exact test). Во всех процедурах статистического анализа рассчитывали достигнутый уровень

значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался, равным 0,05. Статистическая обработка полученного материала выполнялась с применением стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Microsoft Excel, Statistica for Windows v. 7.0).

Таким образом, сравнение результатов микробиологических исследований в группах осуществляется с помощью критерия χ^2 Пирсона. Для выявления значимых сдвигов до и после проведенных лечебно-профилактических мероприятий по показателям Muhlemann и РМА для сравниваемых групп был взят параметрический t -критерий Стьюдента для зависимых выборок, так как можно указать на тот факт, что указанные переменные подчиняется закону нормального распределения в обследуемых клинических группах.

Диагностику заболеваний пародонта осуществляли в соответствии с классификацией болезней пародонта, согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-ого пересмотра, принятой в 1999 году Ассамблеей Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (МКБ-10). Для получения объективных результатов больные всех трех групп были сопоставимы по возрасту, полу, характеру и глубине поражения тканей пародонта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анкетирование 30 врачей-стоматологов показало, что все респонденты назначают антисептики. Большинство врачей отметили, что назначают эти средства сроком в 10-14 дней до устранения клинических признаков воспаления, а некоторые врачи не контролируют вообще сроки использования пациентами назначенных препаратов. Специалисты отметили, что в практической деятельности они чаще назначают хлоргексидин и мирамистин, несколько реже листерин. При этом, многие анкетированные специалисты отметили, что чаще всего в своей практике они назначают хлоргексидин биглюконат различной концентрации в 100% и мирамистин в 90% случаев, несколько

реже назначали перекись водорода. “Curasept ADS 712” назначают еще меньшее число врачей, при этом, хлоргексидин применяется пациентами сроком в 1-2 недели, до устранения клинических признаков патологического процесса.

Сбор анамнестических данных показал, что 70,9% в первой группе и 61,1% пациента в группе больных с пародонтитом легкой степени оказались практически здоровыми, то есть без наличия общесоматической патологии. Остальные отмечали наличие у них сопутствующих общесоматических заболеваний: сердечно-сосудистой системы -12% и 13,3%, соответственно в первой и второй группах; бронхолегочной системы (2% и 7%); желудочно-кишечного тракта (28% и 35%); ЛОР-органов чаще выявлялись у больных пародонтитом 7,8% и значительно реже при наличии катарального гингивита - 1,8%.

Необходимо отметить, что в группе контроля непосредственно через 6 месяцев после завершения лечебно-профилактических мероприятий частота встречаемости кровоточивости при зондировании достигла 100%-ой отметки, а в группе сравнения аналогичная картина наблюдалась только через 6 месяцев после базовой терапии. Более благоприятная динамика вырисовывалась в основной группе, где результаты по вышеуказанному фактору составили 73,7% и 89,5%, соответственно, через 6 месяцев. 60,0%, 100,0% и 100,0% — это цифры, указывающие на уровень распространенности кровоточивости десен в процессе приема пищи и чистки зубов в основной группе больных с пародонтитом легкой степени, группе сравнения и в контрольной группе через 12 месяцев после лечения, то есть на завершающем этапе исследований. Аналогичные данные выявлялись по группам и по кровоточивости десен при зондировании - 90,0%, 100,0% и 100,0% пациентов с ХКГ.

При осмотре через 12 месяцев также фиксировались определенные различия в данных по частоте выявляемости обильных зубных отложений между основной и двумя другими группами обследуемых больных, как с ХГПлс, так и с ХКГ.

При внутриротовом осмотре отмечалось незначительное количество зубных отложений в межзубных промежутках и в пришеечной области зубов в 18-ти (90,0%) случаях в основной группе. При этом, и в контрольной группе, и в группе сравнения пациентов с ХГПлс регистрировались максимальные показатели, то есть, 100,0% до лечения индекс PI во всех исследуемых группах значительно превышал интактные показатели, что свидетельствовало о развитии патологического процесса в десне (граф.1).

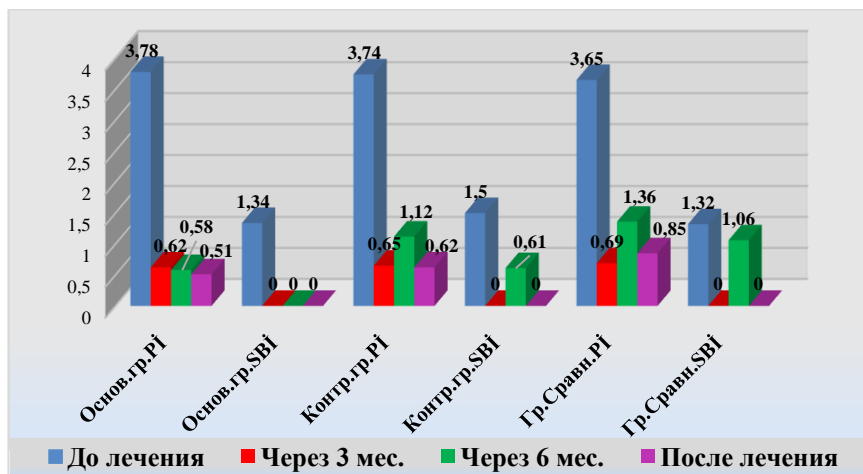


График 1. Динамика показателей пародонтальных индексов после лечения ХГГ (M=m)

Снижение показателей PI у больных всех лечебных групп после лечения подтверждает противовоспалительный эффект применяемых лечебно-профилактических средств.

Однако, сравнение полученных статистических данных по индексам PI и SBI показывает, что профилактическая и терапевтическая эффективность зубной пасты “Curaprox enzycal 1450” превышает таковую “Curasept ADS 712” и традиционных средств в составе индивидуальной гигиены полости рта.

Нами проведена сравнительная оценка динамики изменений клинических показателей на заключительном этапе

комплексного лечения и ведения больных с хроническим катаральным гингивитом.

В группе сравнения и в контрольной группе через 6 месяцев значения индекса кровоточивости SBI повысились до $1,06 \pm 0,028$ и $0,61 \pm 0,039$, что свидетельствовало о наличии признака воспаления тканей пародонта у некоторых пациентов, тогда как данные, полученные в аналогичные сроки в основной группе, позволяет сделать вывод о значительно лучших результатах при применении зубной пасты “Curaprox enzycal 1450”, который обладает большей противовоспалительной и профилактической эффективностью.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать ее применение для быстрого и длительного купирования воспалительных явлений у пациентов. Важным показателем эффективности проводимой терапии и улучшения состояния мягких тканей пародонта является уменьшение частоты диагностирования кровоточивости десен за период исследования, которое характеризуется при этом снижением индекса SBI (табл.1).

Таблица 1.
Значения индекса Muhlemann у пациентов с ХГПлс до и после лечения

Группы больных	До лечения	через 1 месяц	через 3 месяца	через 6 месяцев
Основная группа (n=20)	$2,93 \pm 0,023$	$0,12 \pm 0,021^*$	$0,93 \pm 0,026^{*}\#$	$1,27 \pm 0,049^{*}\#$
Контрольная группа (n=18)	$2,90 \pm 0,020$	$0,14 \pm 0,028^*$	$1,51 \pm 0,034^*$	$1,78 \pm 0,047^*$
Группа сравнения (n=20)	$2,81 \pm 0,018$	$0,97 \pm 0,023$	$1,93 \pm 0,039$	$2,49 \pm 0,031$

Примечание: * - различие относительно контрольной группы статистически достоверно ($p < 0,05$);

- различие относительно группы сравнения статистически достоверно ($p < 0,05$) (по t-критерию Стьюдента)

При исходном осмотре пациентов во всех трех лечебных группах до профессиональной гигиены полости рта и назначения профилактических средств регистрировались высокие индексные значения, свидетельствующие о развитии воспалительного процесса в тканях пародонта.

Регулярное в течении терапевтического курса применение зубной пасты “Curaprox enzycal 1450” способствовало значительному уменьшению кровоточивости десен. В отдаленные сроки клинических наблюдений в группе сравнения и в контрольной группе регистрировалась более выраженная тенденция в росте индексных данных и возвращению их к исходным показателям, чем в основной группе, где значения индекса Muhlemann через 6 месяцев составили $1,27 \pm 0,049$, против $1,78 \pm 0,047$ и $2,49 \pm 0,031$, данных контрольной группе и в группе сравнения, в аналогичные сроки.

Одним из основных факторов, определяющих стоматологический статус, является гигиеническое состояние полости рта. До лечения у всех без исключения пациентов превалировал неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Как показали результаты проведенных исследований, лечение ХГПлс с использованием предложенных лечебно-профилактических средств оказывало благоприятное влияние на «экологическое» состояние полости рта у больных. Так, значения гигиенического индекса Silness-Loe (S-L) после курса базовой терапии значительно снизились во всех трех группах пародонтологических больных ($p < 0,05$). Хотя, уровень гигиены после лечения в целом остался удовлетворительным, но структура этого показателя в исследуемых группах была разной. Более выраженные изменения наблюдались в группе сравнения, где показатели на завершающем этапе снизились до $1,21 \pm 0,032$ балла, тогда как в группе контроля в аналогичные они были выше и составили $1,48 \pm 0,033$ балла (табл.2).

Таблица 2.

**Динамика значений индекса S-L у пациентов до и после
лечения**

Группы больных	До лечения	через 1 месяц	через 3 месяца	через 6 месяцев
Основная группа (n=20)	2,96±0,008	0,12±0,008 *#	1,12±0,038 #	1,28±0,046 #
Контр.гр. (n=18)	2,91±0,011	0,15±0,012*	1,30±0,028*	1,48±0,033*
Группа сравн. (n=20)	2,88±0,010	0,98±0,037	1,13±0,041	1,21±0,032

Примечание: * - различие относительно контрольной группы статистически достоверно ($p < 0,05$);

- различие относительно группы сравнения статистически достоверно ($p < 0,05$) (по t-критерию Стьюдента).

Основной целью проводимого местного лечения служила сравнительная оценка влияния применяемых средств гигиены на состав исследуемых микроорганизмов полости рта. Поэтому одной из главных задач было сравнить уровень микробной обсемененности полости рта до лечебного воздействия и после него.

Для воспалительных заболеваний тканей пародонта была характерна следующая микробная картина. Следует сказать, что развитие пародонтита сопровождалось значительным повышением уровня микробной обсемененности, о чем свидетельствует сравнительная оценка данных, полученных в основной группе пародонтологических больных и в первой группе лиц со здоровым пародонтом.

На втором этапе исследования в результате действия лечебно-профилактической зубной пасты “Curasept ADS 712” выявлено уменьшение количества условно-патогенных микроорганизмов содержимого слюны. В содержимом биоптата полости рта мы выявили элиминацию *Candida spp.*, что

свидетельствовало о сравнительно меньшей подверженности микроорганизмов, патогенетически связанных с тканями пародонта, действию вышеуказанной пасты.

В результате действия “Curasept ADS 712” при исследовании содержимого смешанной ротовой жидкости было выявлено уменьшение количества *Streptococcus spp*, *Staphylococcus aureus* и грамотрицательных микроорганизмов.

Позитивная динамика в показателях на всех этапах клинично-лабораторных исследований свидетельствовало о необходимости проводимой поддерживающей терапии 1 раз в полгода.

Базовая пародонтологическая терапия с применением “Curasept ADS 712” с 0,12% хлоргексидина и “Curaprox enzycal 1450” должна в составе индивидуальной гигиены полости рта стать реальной альтернативой традиционным методам со сравнительно слабовыраженным антибактериальным и антисептическим воздействием. Так, если в контрольной группе частота встречаемости *A.actinomycetemcomitans* и *P.intermedia* через три месяца после завершения лечебно-профилактических мероприятий составила $5,6\pm 5,4\%$ и $11,1\pm 7,4\%$, то в группе сравнения, где назначалась зубная паста “Curasept ADS 712”, показатели по вышеуказанным бактериям снизились до нулевой отметки. Выявленная динамика значений гигиенического индекса у пациентов до и после лечения и полученные статистические данные ($1,12\pm 0,038$; $1,30\pm 0,028$ и $1,13\pm 0,041$ – значения индекса Silness-Loe через три месяца после лечения в основной, контрольной группах и в группе сравнения, соответственно) позволяют утверждать об эффективности применения вышеуказанных средств в улучшении стоматологического статуса.

Лечебно-профилактические мероприятия, включающие современные зубные пасты и пробиотические средства, активно влияли на частоту выявления пародонтопатогенных видов бактерий у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. Использование синбиотика в качестве дополнительной поддерживающей терапии привела к

значительному снижению бактериальной обсеменённости полости рта и тканей пародонта у пациентов всех обследованных групп, в том числе к значительной элиминации *P. Intermedia*, *T. forsythia* и *A. actinomycetemcomitans* у обследуемых больных. То есть, после завершения проведенного комплексного лечения во всех трех группах средняя концентрация всех идентифицированных видов пародонтопатогенов значительно сократилась. Так, у пациентов 1-ой основной группы содержание *A. actinomycetemcomitans* в полости рта снизилось почти в 2,5 раза с $1,05 \pm 0,144$ до $0,47 \pm 0,057$ баллов, разница была статистически не достоверной ($p < 0,05$). Количество *P. gingivalis* в исследуемых образцах этой группы также сократилось с $1,25 \pm 0,068$ до $0,58 \pm 0,069$ баллов.

У пациентов с пародонтопатиями (основная группа) более выраженное снижение количественных показателей было зафиксировано относительно содержания *P. intermedia* в ротовой жидкости. Что касается *T. denticola*, то в вышеуказанной группе по его количественным данным регистрировались менее выраженные сдвиги.

Максимальные результаты выявлялись в динамике снижения содержания *T. denticola* у пациентов группы сравнения. Следует отметить, что изначально при практически равном среднем содержании трех видов пародонтопатогенов у пациентов с пародонтитом до начала лечебно-профилактических мероприятий, то после завершения лечения по содержанию *A. actinomycetemcomitans* и *P. gingivalis* у больных основной, контрольной групп и группы сравнения наблюдались некоторые различия в показателях.

Антимикробная эффективность с использованием предложенных лечебно-профилактических средств на изучаемые микробные виды по всем трем группам исследований была различной. По отношению к пародонтопатогенной микрофлоре наибольшая активность была определена у пробиотического средства. Активность же средств, назначенных в группе сравнения и в контрольной группе, была несколько ниже. После проведенного комплексного лечения в основной группе среднее

содержание всех идентифицированных до лечения видов патогенов значительно уменьшилось. При анализе частоты выявления вышеуказанных бактерий было установлено, что из 30,8% пациентов основной группы после завершения терапевтических мероприятий *A.actinomycetemcomitans* была выявлена повторно только у 2 (15,4%) человек ($\chi^2=0,87$, $p=0,352$). Частота выявления *P.intermedia* до лечения в целом по этой группе составила 61,5%, что почти в 4 раза больше – 15,4% – чем после лечения ($\chi^2 = 5,85$, $p = 0,016$).

Проведенные терапевтические мероприятия не отразились на частоте высеваемости *P.intermedia* у пациентов контрольной группы - 33,3%, до и после лечения. У пациентов же группы сравнения, так же как и в основной группе, но менее выражено, наблюдалось уменьшение *P.intermedia*, 7 (53,8%) и 4 (30,8%), соответственно до и после завершения лечебно-профилактических мероприятий с использованием зубной пасты “Curasept ADS 712” ($\chi^2=1,42$, $p=0,234$). Проведенное базовое лечение с элементами дополнительной поддерживающей терапии привело к статистически достоверному снижению частоты идентификации *T.forsythia* в основной группе и в группе сравнения. Внедрение пробиотического средства в лечебный процесс привело более чем к трехкратному снижению высеваемости исследуемого микроорганизма 9 (69,2%) и 3 (23,1%), соответственно до и после лечения ($\chi^2=5,57$, $p=0,018$).

У пациентов с пародонтитом легкой степени во всех группах, кроме контрольной, также уменьшилась частота выявления *P. gingivalis*. В основной группе определили у 8 (61,5%) человек до лечения и у 2 (15,4%) – после терапии ($\chi^2=5,85$, $p=0,016$). То есть, у пациентов этой группы она уменьшилась почти в 4 раза. У пациентов группы сравнения она уменьшилась только почти в 2,2 раза, тогда как у пациентов контрольной группы показатели до и после лечения не изменились, что свидетельствовало об отсутствии эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий – 4 (33,3%) и 4 (33,3%), соответственно до и

после лечения – в 2 раза – 12 (67%) и 6 (33%) ($\chi^2=0,00$, $p=1,000$). Таким образом, в работе представлены результаты выявления пародонтопатогенных видов бактерий, а наилучшие результаты были получены у пациентов основной группы, получавших в ходе комплексного лечения синбиотик (граф.2). Лечебные мероприятия, проведенные в контрольной группе, не влияли на частоту выявления пародонтопатогенных видов бактерий.

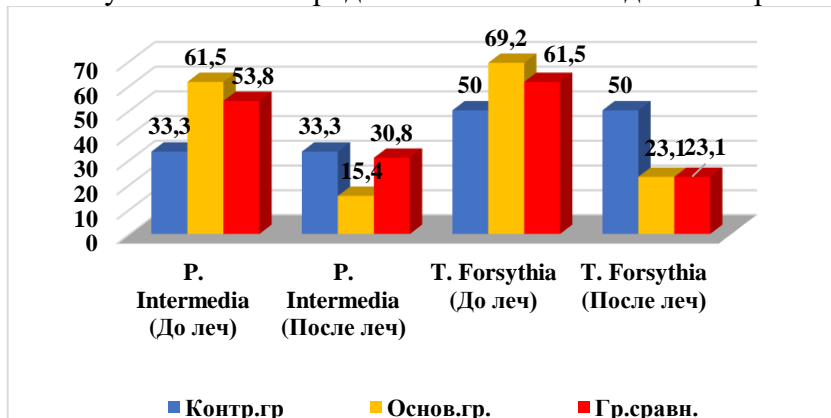


График 2. Частота высеваемости в полости рта P.intermedia и T.forsythia до и после лечения (%)

Назначение пробиотического средства привело к значительному снижению бактериальной нагрузки выраженной элиминации P.intermedia и T.forsythia. В результате этого также произошло уменьшение частоты высеваемости пигментообразующих пародонтопатогенных видов бактерий, в том числе и A.actinomycetemcomitans. У больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени использование эффективных профилактических средств оказало влияние на элиминацию изучаемых микроорганизмов и значительному снижению частоты их идентификации.

Пациенты, участвовавшие в исследовании в основной группе и в группе контроля, свидетельствовали о стойком ощущении свежести дыхания, отсутствии кровоточивости десен при чистке зубов. Однако по результатам клинических

исследований, проведенных через 6 месяцев, отмечалась отчетливая динамика увеличения индексных значений РНР в группе пациентов, леченных традиционным способом. При контрольных стоматологических осмотрах на заключительном этапе наблюдений были выявлены признаки профилактического действия лечебных мер в основной группе, что доказывалось показателями индекса эффективности гигиены полости рта - $1,14 \pm 0,053$ и $1,82 \pm 0,052$, соответственно, через 6 месяцев после лечения в основной и контрольной группах ($p < 0,001$).

В группе сравнения, где с лечебно-профилактической целью пациентам назначались гигиенические процедуры с использованием зубной пасты “Curasept ADS 712”, также прослеживалось статистически достоверное улучшение гигиенического состояния полости рта почти на всех этапах. Это свидетельствовало об эффективности профилактических мероприятий с обучением всем необходимым правилам по уходу за полостью рта и положительной мотивацией обследуемых к осуществлению регулярного гигиенического ухода, индексные значения которого до и через три месяца после начала лечебно-профилактических мероприятий составляли $2,54 \pm 0,057$ и $1,09 \pm 0,049$ соответственно.

В начале исследования среднее значение индекса РНР у пациентов фиксировалось на уровне, соответствующем неудовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. Ежедневное использование предложенных лечебно-профилактических средств в течение двух недель способствовало достоверному снижению индексных показателей ($p < 0,001$). В ходе контрольных осмотров у пациентов, использовавших зубную пасту “Curasept ADS 712”, было выявлено значительное улучшение гигиенического состояния рта и околозубных тканей.

Используемый в работе индекс эффективности гигиены ротовой полости РНР и полученные по нему данные свидетельствовали о хорошем уровне гигиены полости рта у пациентов двух групп – группы сравнения и основной группы, где в качестве дополнительной поддерживающей терапии применялся

синбиотик, что подтверждало с одной стороны эффективность профессиональной гигиены полости рта, а с другой – эффективность включения в базовую комплексную терапию синбиотика «Multilac». Так, у пациентов основной группы имело место более выраженное, по сравнению с другими группами, снижение значений гигиенического индекса, что особенно четко прослеживалось на третий месяц после завершения лечебно-профилактических мероприятий - $0,92 \pm 0,059$ в основной группе, против $1,78 \pm 0,047$ в группе контроля, в аналогичные сроки. Но, при этом, полученные данные ни в эти, ни в последующие сроки наблюдений не достигали критического первоначального значения.

У пациентов с пародонтопатиями значения индекса заметно нарастали к концу исследований в контрольной группе больных, разница на данных этапах наблюдения оказалась достоверной ($p < 0,001$). При поэтапном осмотре в основной группе на всех сроках наблюдений было выявлено снижение интенсивности отложения и уменьшение количества зубного налета, а уровень гигиены полости рта оценивался как удовлетворительный. Положительная динамика показателя гигиенического индекса РНР в лечебно-профилактических группах может свидетельствовать о выработке у обследуемых пациентов мотивации к правильному уходу за полостью рта.

Таким образом, очищающая эффективность зубной пасты “Curasept ADS 712” при регулярном использовании в течении первых двух недель оказалась выше традиционных профилактических средств. Исходный и последующие показатели индекса GI выявили сравнительно более выраженную противовоспалительную эффективность комплексной терапии с добавлением пробиотических средств. Применение синбиотика “Multilac” привело к резкому снижению гингивального индекса.

Важным показателем улучшения состояния мягких околозубных тканей является уменьшение кровоточивости десневой борозды после начала курса базовой терапии во всех лечебно-профилактических группах за весь период исследования,

что характеризовалось значительным снижением индекса SBI. К примеру, с $51,9 \pm 4,18$ при исходном осмотре до $11,5 \pm 2,43$ ($p < 0,001$) через две недели и до $9,6 \pm 2,23$ ($p < 0,001$) — через месяц.

Регулярное в течении терапевтического курса применение зубной пасты “Curasept ADS 712” и синбиотика “Multilac” способствовало значительному уменьшению кровоточивости десен. В отдаленные сроки клинических наблюдений в контрольной группе регистрировалась более выраженная тенденция в росте индексных данных и возвращению их к исходным показателям, чем в группе сравнения и в основной группе - $23,8 \pm 1,25$; $9,7 \pm 0,61$; $8,8 \pm 1,62$, соответственно в указанных группах, в аналогичные сроки.

Клиническая картина у больных основной группы показала более выраженное исчезновение признаков воспалительного процесса, его стабилизацию. Проведенное исследование подтвердило, что включение в схему лечения синбиотика “Multilac” у больных с пародонтопатиями способствует улучшению состояния пародонта и повышению профилактической эффективности базовой терапии.

Анализ клинической эффективности комплексных лечебно-профилактических мероприятий у больных с заболеваниями пародонта позволяет сделать вывод о значительно лучших результатах при применении “Curasept ADS 712” и синбиотика «Multilac», которые оказывают большой очищающий и противовоспалительный эффект, эффективнее снижают кровоточивость десен при зондировании.

Необходимо отметить, что и в контрольной группе в вышеуказанные сроки наблюдалось дальнейшее снижение индекса GI. Но между данными, зарегистрированными в этой группе и в двух других группах, выявлялась статистически достоверная разница в показателях – $0,65 \pm 0,020$ и $1,12 \pm 0,014$, соответственно, в основной и контрольной группах через месяц после лечения ($p < 0,001$). Важным показателем эффективности проводимой терапии и улучшения состояния мягких тканей пародонта является уменьшение частоты диагностирования кровоточивости десен за

период исследования, которое характеризуется при этом снижением индекса SBI. При исходном осмотре пациентов во всех трех лечебных группах до профессиональной гигиены полости рта и назначения профилактических средств регистрировались высокие индексные значения, свидетельствующие о развитии воспалительного процесса в тканях пародонта. Регулярное в ходе наблюдений применение зубной пасты “Curasept ADS 712” и пробиотического средства “Multilac” способствовало более выраженному, по сравнению с контрольной группой, уменьшению кровоточивости десен.

Таким образом, повышение уровня диагностических мероприятий с целью выявления факторов, способствующих формированию глубоких патологических изменений и недостаточной эффективности проводимой терапии, на сегодняшний день является актуальной проблемой современной практической стоматологии. Оптимальный выбор методов и средств для ведения больных с заболеваниями пародонта, число которых, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, продолжает расти, что делает более актуальным организацию диспансерного учета и широкое внедрение профилактических мер что, в свою очередь, позволит своевременно выявлять эпидемиологическую ситуацию, организовать и проводить в жизнь весь необходимый объем стоматологической пародонтологической помощи во всех других регионах. Много внимания со стороны отечественных и зарубежных ученых уделяется проведению многосторонних исследований, включающих и клинические, и лабораторные, и экспериментальные методы, для глубокого изучения и выявления основных этиопатогенетических причин и факторов риска возникновения и развития пародонтита. Применение в процессе комплексной пародонтологической терапии сильнодействующих лекарственных препаратов, в частности, антибиотиков широкого спектра действия, при длительном использовании может вызывать подавление роста и функциональной активности некоторых

микроорганизмов из числа резидентной нормальной микрофлоры полости рта.

Это в свою очередь, предопределило рост числа научных исследований агрессивности и степени патогенности патогенной и условно – патогенной микрофлоры, постоянно обитающей в полости рта лиц, подверженных негативному отношению к гигиеническому уходу за ртом, и, как результат, патологическим изменениям в ротовой полости. Важность анализа их количественных и качественных значений связывается с выраженным негативным влиянием этих бактерий и продуктов их жизнедеятельности, на фоне определенных благоприятных условий, на состояние местной иммунной системы, на функциональное состояние слюнных желез и буферную емкость самой слюны.

ВЫВОДЫ

1. При осмотре у обследуемых пациентов с часто диагностируемым хроническим катаральным гингивитом (n=110) чаще отмечались гиперемия в области папиллярной десны и интенсивное отложение зубных отложений в области межзубных промежутков [3, 5, 7].
2. Чуть меньше половины опрошенных врачей указали на проявление побочных эффектов у пациентов, принимающих антибиотики, и, к сожалению, только 16,7% из общего числа анкетированных стоматологов назначали в своей практике пробиотические средства при комплексном лечении заболеваний пародонта. [2, 3, 4].
3. Заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и патологии аллергического генеза чаще всего наблюдались у больных с пародонтитом легкой степени, чем у обследуемых с катаральным гингивитом [3].
4. Более выраженная на всех этапах исследований динамика в снижении показателей пародонтальных индексов РНР, GI и SBI в основной группе свидетельствует о высокой

- эффективности применения синбиотика “Multilac” в комплексном лечении заболеваний пародонта [2, 4].
5. Назначение пробиотического средства привело к значительному снижению количественных показателей и активности пародонтопатогенной микрофлоры *P. intermedia*, *P. gingivalis* и *A.Actinomycetemcomitans*, при этом, также наблюдается статистически значимое снижение частоты идентификации *T. forsythia* - 9 (69,2%) и 3 (23,1%), соответственно до и после лечения ($\chi^2=5,57$, $p=0,018$) [4].
 6. Включение средства “Curaprox enzymal 1450” у больных с катаральным гингивитом и пародонтитом легкой степени [7] показало его выраженную как профилактическую, так и лечебную эффективность, что доказывают данные индекса кровоточивости Muhlemann, которые к концу исследований в основной группе пациентов с гингивитом составили 0 баллов, против 0,61 и 1,06 балла контрольной группе и в группе сравнения в аналогичные сроки [2,5].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. “Multilac” (синбиотик) можно использовать в комплексе с современными и эффективными гигиеническими средствами в профилактике развития рецидивов катарального гингивита и пародонтита легкой степени, а также предотвращения перехода их в более тяжелые формы.
2. “Multilac” рекомендовано использовать пациентам с начальными формами пародонтопатий при наличии аллергических реакций на использование сильнодействующих антисептических и антибактериальных препаратов.
3. Синбиотик “Multilac” применяется по схеме: после изолирования от слюны средство вводится в область пародонтального кармана 1 раз в день. Время экспозиции - 10 минут, длительность курса применения – 10 дней. После процедуры рекомендуется воздержаться от приема пищи в течение часа.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Мамедов Р.М., Садигова Н.Н. Современные аспекты применения пробиотических средств, как концепция лечебного и профилактического направления в стоматологии // *Sağlamlıq*, 2018, №1, səh.14-17.
2. Ахмедбейли Д.Р., Садигова Н.Н. Эффективность пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний полости рта // *Питання Экспериментальной та клінічної стоматології. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародним участям "Актуальна стоматологія. Наука, практика, педагогіка"* к 40-летнему юбилею стоматологического факультета Харьковского Национального Медицинского Университета. Вып.13, Хarkov 2018, стр.15-17.
3. Мамедов Р.М., Садыгова Н.Н. Пробиотики в коррекции нарушений микробиоценоза полости рта при воспалительных заболеваниях пародонта // «*Təbabətin aktual problemləri*», 2018, elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2018, səh.131.
4. Садигова Н.Н., Ахмедбейли Д.Р. Оптимизация диагностических и лечебных методов при осложнениях дентальной имплантации // *Питання Экспериментальной та клінічної стоматології. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародним участям «Актуальна стоматологія. Наука, практика, педагогіка»* к 40-летнему юбилею стоматологического факультета Харьковского Национального Медицинского Университета. Вып.13, Хarkov 2018, стр.151-153.
5. Садыгова Н.Н. Повышение эффективности профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта // *Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri*, 2019, №3, səh.192-197.
6. Садыгова Н.Н. Пародонтология: состояние, вопросы и направление лечебно-профилактических мер // *Sağlamlıq*, 2019, №6, səh.115-120.

7. Мамедов Р.М., Садыгова Н.Н., Ибрагимова Л.К. Оптимизация методов профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта // Проблемы стоматологии, Екатеринбург, 2019, том 15, №2, стр. 114-121.
8. Садыгова Н.Н. К вопросу повышения эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта // General question of world science, Collection of scientific papers on materials VIII International Scientific Conference, Part 2, Amsterdam, 2019, p.54-57.
9. Мамедов Р.М., Садыгова Н.Н., Мамедов З.Н. Эффективность применения различных антисептических средств для профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2019, №2, səh.56-62.
10. Садыгова Н.Н., Мамедов Ф.Ю., Гасанов В.М. Пробиотические средства в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2019, №4, səh.188-193.
11. Садыгова Н.Н. Клинико-лабораторное обоснование принципов профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта // Вестник проблем биологии и медицины, Украина, 2019, вып.4, том 1(153), стр.342-347.
12. Садыгова Н.Н. К проблеме повышения эффективности профилактики и лечения заболеваний пародонта // Azərbaycan Tibb Universitetinin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri-2020” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresin materialları, Bakı, 19-20 dekabr 2020, səh.320-321.
13. Садыгова Н.Н., Мамедов Р.М. Повышение эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта // Əməkdar Elm Xadimi, professor Tamerlan Əziz oğlu Əliyevin anadan olmasının 100 illiyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri-2021” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresin materialları, Bakı, 6-8 oktyabr 2021, səh.255-256.

Защита диссертации состоится «____» _____ 2024 года в «_____» на заседании Диссертационного совета ЕД 2.50 действующего на базе Азербайджанского медицинского университета.

Адрес: AZ1022, г. Баку, ул. А.Гасымзаде 14 (конференц зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета (www.amu.edu.az).

Автореферат разослан по соответствующим адресам «_____» _____ 2024 года

Подписано в печать: 17.05.2024

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объём: 38796 символов

Тираж:70