

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. *Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учебник*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
2. Шаргородский А.Г. *Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках*. В кн.: *Труды VII Всероссийского съезда стоматологов*. М.; 2003: 126-7.
3. Морозов В.В. *Патогенетические подходы и новые лимфотропные методы коррекции нарушений гемолимфоциркуляции в клинике*: Дисс. ... д-ра мед. наук. Новосибирск; 2004.
4. Гуляев А.Е., Лохвицкий С.В., Ширинский В.Г. *Антимикробная профилактика в хирургии: Клиническое руководство*. М.: Труды – X; 2003.
5. Кантемиров О.И. *Лимфотропная антибактериальная терапия в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области*: Дисс. ... канд. мед. наук. Самара; 2001.
6. Foldi M. Lymphology in the second millennium. *Lymphology*. 2001; 34(1): 12–21.
7. Moffett S.L. Overwhelming postsplenectomy infection: managing patients at risk. *JAAPA*. 2009; 22(7): 36-9.
8. Fischbach M.A., Walsh C.T. Antibiotics for emerging pathogens. *Science*. 2009; 325 (5944): 1089-93.
9. Воробьев П.А., ред. *Клинико-экономический анализ*. М.; 2008.
10. Омаров М.Р., Гуляев А.Е. В кн.: *Международный симпозиум "Фармакоэкономические исследования и управление качеством медицинской помощи". Сборник тезисов*. Астана; 2010: 31.

Поступила 05.03.14

REFERENCES

1. Zelenskiy V.A., Mukhoramov F.S. Children's Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery: Textbook. [Detskaya khirurgicheskaya

Received 05.03.14

© БИРЮКОВА, 2014

УДК 616.311.2-002.18-085.454.1

Бирюкова Ю.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ФИТОПРЕПАРАТОМ, ДИОКСИДИНОВОЙ И ОРТОФЕНОВОЙ МАЗЯМИ

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 390005, г. Рязань

Статья посвящена оценке клинической эффективности фитопрепарата, 5% диоксидинового и 2% ортофенового мазей при лечении гипертрофического гингивита на основании субъективных данных и объективных клинических показателей: индекса кровоточивости зубодесневой борозды, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА).

Ключевые слова: индекс кровоточивости зубодесневой борозды; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс; гипертрофический гингивит; фитопрепарат; ортофеновая мазь; диоксидиновая мазь.

Biryukova Y.A.

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF HYPERTROPHIC GINGIVITIS A PHYTOPREPARATION, DIOXIDULUI AND OINTMENTS ORTHOPHENOL

«State Education Institution of Higher Professional Education of the Academic I.P.Pavlov Ryazan State Medical University of the Federal Agency of Health and Development of the Russian Federation», 390005, Ryazan, Russia

The article is devoted to the study of the clinical effectiveness of herbal remedies, 5% dioxidului and 2% orthophenol ointments for the treatment of hypertrophic gingivitis based on subjective data and objective clinical indicators: index bleeding gingival sulcus, papillary-marginal-alveolar index.

Keywords: index bleeding gingival sulcus; papillary-marginal-alveolar index; hypertrophic gingivitis; phytopreparation; orthofena ointment; dioksidina ointment.

Для корреспонденции: Бирюкова Юлия Александровна, e-mail: Karevayulya@yandex.ru

For correspondence: Biryukova Juliya Aleksandrovna, e-mail: Karevayulya@yandex.ru

Введение. Заболевания пародонта широко распространены во всем мире в различных возрастных группах и слоях населения. По данным ВОЗ, воспалительные заболевания пародонта поражают 30–80% лиц детского и

Таблица 1. Распределение пациентов по степеням тяжести в исследуемых группах

Степень тяжести	Основная группа		1-я контрольная группа		2-я контрольная группа		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	28	54,9	19	39,6	22	48,9	41	44,1
Средняя	19	37,3	23	47,9	18	40,0	41	44,1
Тяжелая	4	7,8	6	12,5	5	11,1	11	11,8
Всего...	51	100	48	100	45	100	93	100

юношеского возраста, среди взрослых на долю данной патологии приходится 64–98%. Гипертрофический гингивит в общей структуре заболеваний пародонта составляет от 5,2 до 41,6% случаев [1–15].

По мнению ряда авторов, консервативное лечение пациентов с отечной формой гипертрофического гингивита включает профессиональную гигиену полости рта; устранение факторов, усугубляющих патогенное действие микроорганизмов (окклюзионная травма, аномалия прикрепления уздечек в области преддверия); местное применение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств: антисептиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), средств, влияющих на микроциркуляцию, антиоксидантов [16–20].

С учетом современных представлений о патогенезе заболеваний пародонта консервативное лечение предусматривает антибактериальную и иммуномодулирующую терапию в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, степени выраженности общих и местных проявлений, характера и вида возбудителя, его устойчивости к антибиотикам, общего состояния больного, его возраста, стадии развития процесса [21, 22].

Согласно данным литературы, патогенетическая терапия воспалительных заболеваний пародонта включает несколько механизмов: нормализацию сосудистотканевой проницаемости; ингибирование лизосомальных ферментов; снижение активности гистамина, кининов, простагландинов; улучшение обменных процессов; снижение гипоксии и свободнорадикального окисления; цитостатическое действие; стимуляцию секреции эндогенных глюкокортикоидов [23, 24].

Арсенал средств для лечения гипертрофического гингивита велик: антисептики, противовоспалительные, анаболизирующие, склерозирующие средства, ферментативные препараты [25, 26].

Целью нашего исследования явился анализ клинической эффективности фитопрепарата, 5% диоксидинового и 2% ортофеновой мазей при лечении гипертрофического гингивита легкой, средней и тяжелой степени.

Материал и методы

Обследовано 144 пациента в возрасте от 14 до 59 лет с отечной формой гипертрофического гингивита. Пациенты разделены на 3 группы: основная группа ($n = 51$) – проводили аппликации фитопрепарата на гипертрофированную десну на 15–20 мин ежедневно в течение 14 дней; контрольная 1-я группа ($n = 45$) – проводили аппликации 5% диоксидинового мазию на слизистую оболочку гипертрофированной десны на 20 мин ежедневно в течение 10 дней, во 2-й контрольной группе ($n = 48$) – аппликации 2% ортофеновой мазию на слизистую оболочку гипертрофированной десны на 20 мин ежедневно в течение 10 дней.

Каждую обследуемую группу разделили на 3 подгруппы соответственно степеням тяжести гипертрофического гингивита: пациенты с легкой степенью гипертрофического

го гингивита, со средней степенью, с тяжелой степенью (табл. 1).

Фитопрепарат был разработан на кафедре терапевтической и детской стоматологии совместно с кафедрой фармакогнозии с курсом ботаники ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России (решение о выдаче патента от 11.03.14, заявка 2013107384). Разработанный фитопрепарат в виде мази имеет следующий состав: 70% настойка корневищ с корнями левзеи или травы смолевки татарской 10 мл, 70% настойка травы зверобоя 5 мл, 70% настойка календулы 5 мл, 70% настойка травы таволги 5 мл, масло эфирное гвоздичное 1 г, вазелин 35 г, ланолин 39 г.

Пациенты проинформированы о целях предстоящего исследования, их участие в исследовании было добровольным.

Результаты лечения гипертрофического гингивита оценивали по динамике изменений субъективных ощущений пациентов и объективных показателей (индекс кровоточивости по Muhlemann–Cowell, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – РМА) до лечения, непосредственно после окончания курса лечения, через 1, 3, 6 и 12 мес после лечения.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ характера жалоб у пациентов исследуемых групп после лечения, через 1, 3, 6 и 12 мес показал снижение степени гипертрофии десен и кровоточивости. Так, непосредственно после лечения в основной группе жалобы отсутствовали у 90,2% пациентов, в 1-й и 2-й контрольной группах отсутствие кровоточивости десен и уменьшение их в объеме отметили 83,3 и 91,1% пациентов соответственно.

Через 1 мес после лечения в основной группе положительный эффект терапии отметили 84,3% пациентов, в 1-й контрольной группе жалобы отсутствовали у 79,2% пациентов, во 2-й контрольной группе – у 84,4%. Через 3 мес количество пациентов, не предъявляющих жалобы, не изменилось. Через 6 мес сохранение положительного результата лечения наблюдалось у пациентов основной группы в 68,6% случаев, 1-й контрольной группы в 70,8% случаев, 2-й контрольной группы в 77,8%. Сравнительный анализ результатов лечения через 12 мес показал, что сохранение положительного эффекта лечения в основной группе отметили 68,6% пациентов, в 1-й контрольной группе 66,7% пациентов, во 2-й контрольной группе – 66,7%.

При сравнительном анализе индекса РМА во всех исследуемых группах наблюдалось снижение данного показателя. Так, непосредственно после лечения в основной группе РМА достоверно снизился на 52,73%, в 1-й контрольной группе на 31,96%, во 2-й контрольной на 51,97% ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$) (табл. 2).

Через 1 мес после лечения индекс РМА увеличился незначительно: в основной группе на 6,14% по сравнению с показателями непосредственно после лечения, в 1-й группе на 6,62%, во 2-й группе на 7,98% ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,01$). Через 3 мес отмечено дальнейшее увеличение индекса РМА. Так, в основной группе РМА увеличился на 14,29% по отношению к показателям после лечения,

Таблица 2. Сравнительная оценка индекса РМА у пациентов исследуемых групп ($M \pm m$, %)

Группа	Срок наблюдения					
	до лечения	после лечения	через 1 мес	через 3 мес	через 6 мес	через 12 мес
Основная	34,27±0,95	16,20±1,0***	17,26±0,93**	18,90±0,97***	20,19±1,0***	22,13±0,95***
1-я контрольная	37,11±0,95	25,25±0,46***	27,04±0,49**	28,41±0,53***	29,95±0,53***	32,09±0,54***
2-я контрольная	35,75±0,38	17,17±0,16***	18,66±0,18**	20,30±0,22***	21,78±0,24***	24,12±0,29***

Примечание. Здесь и в табл. 3: *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$.

Таблица 3. Сравнительная оценка индекса кровоточивости у пациентов исследуемых групп ($M \pm m$, усл. ед.)

Группа	Срок наблюдения					
	до лечения	после лечения	через 1 мес	через 3 мес	через 6 мес	через 12 мес
Основная	1,385±0,089	0,542±0,048***	0,587±0,05	0,732±0,053**	0,834±0,06***	0,962±0,06***
1-я контрольная	1,617±0,099	1,098±0,075**	1,174±0,084	1,296±0,083	1,409±0,087**	1,530±0,09***
2-я контрольная	1,448±0,104	0,629±0,055***	0,689±0,06	0,793±0,058*	0,903±0,063**	1,049±0,064***

в 1-й контрольной группе на 11,12%, во 2-й – на 15,42% ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$). Через 6 мес этот показатель увеличился в основной группе на 19,76%, в 1-й контрольной на 15,69%, во 2-й контрольной на 21,17% ($p < 0,001$; $p_2 < 0,001$). При сравнительном анализе результатов лечения через 12 мес установлено, что индекс РМА в основной группе увеличился на 26,8% по сравнению с показателями после лечения, в 1-й контрольной группе на 21,32%, во 2-й контрольной на 28,81% ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$) (табл. 2).

В ходе сравнительного анализа индекса кровоточивости десневой борозды по Muhlemann-Cowell во всех исследуемых группах наблюдалось его снижение. Так, непосредственно после лечения в основной группе индекс кровоточивости снизился на 60,87%, в 1-й контрольной группе на 32,10%, во 2-й контрольной на 56,56% ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,001$) (табл. 3).

Через 1 мес после лечения индекс кровоточивости увеличился незначительно: в основной группе на 7,67% по сравнению с показателями непосредственно после лечения, в 1-й контрольной группе на 8,7%, во 2-й контрольной на 6,5% ($p_1 > 0,05$, $p_2 > 0,05$). Через 3 мес отмечалось дальнейшее увеличение значений индекса кровоточивости в исследуемых группах. Так, в основной группе индекс кровоточивости увеличился на 25,96% по отношению к показателям после лечения; в 1-й контрольной группе он увеличился на 20,68%, во 2-й контрольной – на 15,68% ($p_1 > 0,05$, $p_2 > 0,05$). Через 6 мес этот показатель повысился у пациентов основной группы на 35,01%, у пациентов 1-й контрольной группы на 30,34%, 2-й контрольной на 22,07% ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,01$). При сравнительном анализе результатов лечения через 12 мес установлено, что индекс кровоточивости в основной группе по сравнению с показателями после лечения увеличился на 43,66%, в 1-й контрольной группе – на 40,04%, во 2-й контрольной группе – на 28,24%.

Выводы

1. Сравнительный анализ эффективности лечения по характеру жалоб у пациентов исследуемых групп показал, что лучшие результаты непосредственно после лечения были получены у пациентов основной и 2-й контрольной групп (90,2 и 91,1%), в которых проводили аппликации фитопрепаратом и 2% ортофеновой мазью. В отдаленные сроки через 12 мес положительный эффект терапии выявлен как в основной, так

и в 1-й и 2-й контрольных группах – 68,6, 66,7 и 66,7% соответственно.

2. При оценке индекса РМА у пациентов исследуемых групп обнаружено, что максимальное его снижение наблюдалось непосредственно после лечения в основной группе – на 52,73%, в 1-й и 2-й контрольных группах на 31,96 и 51,97% соответственно ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). В отдаленные сроки лучшие результаты получены во 2-й группе, в которой применяли 2% ортофеновую мазь: индекс РМА ниже исходных показателей на 51,97 и 32,53% соответственно ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

3. Результат изучения индекса кровоточивости у пациентов исследуемых групп, показал, что большее его снижение на 60,87% наблюдали в основной группе непосредственно после лечения, на 56,56% в 1-й контрольной и на 32,10% во 2-й контрольной группах ($p < 0,001$). В отдаленные сроки через 12 мес лучшие результаты наблюдали также в основной группе – снижение исходных показателей на 30,54%, в 1-й и 2-й контрольных группах – на 5,38 и 27,56% соответственно ($p < 0,001$).

Таким образом, сравнительный анализ эффективности лечения гипертрофического гингивита изучаемыми мазями продемонстрировал более выраженный клинический эффект фитопрепарата по сравнению с 2% ортофеновой и 5% диоксидиновой мазями.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрахам-Инпяян Л., Рабер-Дурлахер. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных. *Стоматология*. 1996; 3: 15-8.
- Грудянов А.И., Овчинникова В.В. *Профилактика воспалительных заболеваний пародонта*. М.: МИА; 2007.
- Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта. *Пародонтология*. 2003; 1: 32-5.
- Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Салина Е.В., Рассанов С.П. *Микрофлора полости рта: норма и патология*. Н. Новгород: НГМА; 2004.
- Иванов В.С. *Заболевания пародонта*. М.: Медицина; 2001.
- Куралесина В.П. *Роль профессиональной гигиены полости рта в профилактике и лечении хронических гингивитов*: Дисс. ... канд. мед. наук. Воронеж; 2003.
- Мюллер Х. П. *Пародонтология*. Львов: ГалДент; 2004.
- Элех Махтай, Рахель Анер. Разрастание десен в результате побочного действия некоторых лекарственных средств. *Международный Медицинский Журнал*. 1996; 4: 338-42.
- Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта. *Стоматология*. 2006; 6: 37-48.

10. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. *Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии*. М.: МИА; 2004.
11. Axelsson P., Nystrom B., Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries, and periodontal disease in adults: results after 30 years of maintenance. *J. Clin. Periodontol.* 2004; 31(9): 749-57.
12. Bobetsis Y.A., Barros S.P., Offenbacher S. Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. *J. Am. Dent. Assoc.* 2006; 137 (2): 7-13.
13. Crossner C.G., Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41. *Swed. Dent. J.* 2007; 31(2): 65-74.
14. Кириллова Е.В. Клинико-лабораторная эффективность зубных паст "R.O.C.S." в профилактике основных стоматологических заболеваний у взрослых. *Стоматология сегодня*. 2010; 1(91): 16.
15. Киселева Е.А. *Клинико-лабораторное обоснование применения ликопида в комплексном лечении хронического катарального гингивита*: Дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 2005.
16. Алексеева Е.С. *Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта*: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.; 2007.
17. Ficarra G., Beninati F., Rubino I., Vannucchi A., Longo G., Tonelli P., Pini Prato G. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *J. Clin. Periodontol.* 2005; 32: 1123-8.
18. Page R.S., Marting J.A. Quantification of periodontal risk and disease severity and extent using the Oral Health Information Suite (OHIS). *Periodont. Pract. Today.* 2007; 4: 163-80.
19. Орехова Л.Ю., Тэц В.В., Улитовский С.Б., Леонтьев А.А., Доморад А.А., Яковлева О.М. Использование адгезивного бальзама "Асепта" при лечении воспалительных заболеваний пародонта. *Пародонтология*. 2007; 44(3): 64-8.
20. Модина Т.Н., Мамаева Е.В., Лопаткина О.И. Оценка состояния тканей пародонта и функциональное состояние организма у подростков. *Стоматология сегодня*. 2006; 3: 47.
21. Перова М. Д. *Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления*. М.: Триада; 2005.
22. Улитовский С. Б. *Гигиена полости рта в пародонтологии*. М.; 2006.
23. Янушевич О.О. *Стоматологическая заболеваемость населения России*. М.: МГМСУ; 2009.
24. Aas J.A., Paster B.J., Stokes L.N., Olsen I., Dewhirst F.E. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J. Clin. Microbiol.* 2005; 43: 5721-32.
25. Silk H., Douglass A.B., Douglass J.M., Silk L. Oral health during pregnancy. *Am. Fam. Physician.* 2008; 77(8): 1139-44.
26. Kinane D.F., Bartold P.M. Clinical relevance of the host responses of periodontitis. *Periodontology* 2007; 43: 278-93.
6. Kuralesina V.P. Role of Professional Hygiene of an Oral Cavity in Prevention and Treatment Chronic Gingivitis. [Rol' professional'noy gigeny polosti rta v profilaktike i lechenii khronicheskikh gingivitov]: Diss. Voronezh; 2003. (in Russian)
7. Myuller Kh.P. *Parodontology*. [Parodontologiya]. L'vov: GalDent; 2004. (in Russian)
8. Elekh of Makhtay, Rakhel' Aner. Growth of gums as a result of collateral effect of some medicines. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal.* 1996; 4: 338-42. (in Russian)
9. Sivovol S.I. Primary factors in an etiology and pathogenesis inflammatory diseases пародонта. *Stomatologiya.* 2006; 6: 37-48. (in Russian)
10. Grudyanov A.I., Ovchinnikova V.V., Dmitriyev N.A. *Antimicrobial and Anti-inflammatory Therapy in a Parodontologiya*. [Antimikrobnaya i protivovospalitel'naya terapiya v parodontologii]. Moscow: MIA; 2004. (in Russian)
11. Axelsson P., Nystrom B., Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries, and periodontal disease in adults: results after 30 years of maintenance. *J. Clin. Periodontol.* 2004; 31(9): 749-57.
12. Bobetsis Y.A., Barros S.P. Offenbacher S. Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. *J. Am. Dent. Assoc.* 2006; 137 (2): 7-13.
13. Crossner C.G., Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41. *Swed. Dent. J.* 2007; 31(2): 65-74.
14. Kirillova E.V. *Клинико-лабораторная эффективность зубных паст «R.O.C.S.» в профилактике основных стоматологических заболеваний у взрослых*. *Стоматология сегодня*. 2010; 91(1): 16. (in Russian)
15. Kiselyeva E.A. *Клинико-лабораторное обоснование применения Липида в Комплексном Лечение Хронического Катарального Гингивита*: [Kliniko-laboratornoye obosnovaniye primeneniya likopida v kompleksnom lechenii khronicheskogo gingivita]: Diss. Novosibirsk; 2005. (in Russian)
16. Alekseeva E.S. *Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта*: [Kliniko-laboratornoye obosnovaniye primeneniya immunomoduliruyushchikh preparatov v kompleksnom lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta]: Diss. St Petersburg; 2007. (in Russian)
17. Ficarra G., Beninati F., Rubino I., Vannucchi A., Longo G., Tonelli P., Pini Prato G. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *J. Clin. Periodontol.* 2005; 32: 1123-8.
18. Page R.S., Marting J.A. Quantification of periodontal risk and disease severity and extent using the Oral Health Information Suite (OHIS). *Periodont. Pract. Today.* 2007; 4: 163-80.
19. Orekhovo L.Yu., Tets V.V., Ulitovskiy S.B., Leont'yev A.A., Domorad A.A., Yakovleva O.M. Use of adhesive Asepta balm at treatment of inflammatory diseases пародонта. *Parodontologiya.* 2007; 44(3): 64-8. (in Russian)
20. Modena T.N., Mamayev E.V. Lopatkina O.I. Otsenka of a condition of fabrics пародонта and a functional condition of an organism at teenagers. *Stomatologiya segodnya.* 2006; 3: 47. (in Russian)
21. Perova M. D. *Fabrics Parodontium: Norm, Pathology, Restoration Ways*. [Tkani parodonta: norma, patologiya, puti vosstanovleniya]. Moscow: Triada; 2005. (in Russian)
22. Ulitovskiy S.B. *Hygiene of an Oral Cavity in a Periodontics*. [Gigiena polosti rta v parodontologii]. Moscow; 2006. (in Russian)
23. Yanushevich O.O. *Dental Morbidity of Russia*. [Stomatologicheskaya zaboлеваemost' naseleniya Rossii]. Moscow: MGMSU; 2009. (in Russian)
24. Aas J.A., Paster B.J., Stokes L.N., Olsen I., Dewhirst F.E. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J. Clin. Microbiol.* 2005; 43: 5721-32.
25. Silk H., Douglass A.B., Douglass J.M., Silk L. Oral health during pregnancy. *Am. Fam. Physician.* 2008; 77(8): 1139-44.
26. Kinane, D.F., Bartold P.M. Clinical relevance of the host responses of periodontitis. *Periodontology.* 2007; 43: 278-93.

Поступила 05.03.14

REFERENCES

1. Abrakham-Inpyayan L., Raber-Durlakher. Value of endocrine factors and microorganisms in development gingivitis pregnant women. *Stomatology.* 1996; 3: 15-8. (in Russian)
2. Grudyanov A.I., Ovchinnikova V.V. Prevention of Inflammatory Diseases Parodontium. [Profilaktika vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta]. Moscow: MIA; 2007. (in Russian)
3. Dmitriyev L.A., Kraynov A.G. Modern ideas of a microflora role in pathogenesis diseases пародонта. *Parodontologiya.* 2003; 1: 32-5. (in Russian)
4. Zelenova E.G., Zaslavskaya M.I., Salina E.V., Rassanov S.P. Mikroflora of an Oral Cavity: Norm and Pathology. [Mikroflora polosti rta: norma i patologiya]. N. Novgorod: NGMA; 2004. (in Russian)
5. Ivanov V.S. *Diseases Parodontal*. [Zabolevaniya parodonta]. Moscow: Meditsina; 2001. (in Russian)

Received 05.03.14