

УДК 616.31-002-06:618.15-022.7]-085-036.8

А.Д. Шульженко, Т.О. Петрушанко, М.В. Микитюк\*

## КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА НА ТЛІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ

ВДНЗУ «УМСА», кафедра терапевтичної стоматології

\*НДІ ГОРПФ

Запально-дистрофічні хвороби пародонта – це проблема, що потребує комплексного і мультидисциплінарного підходів і в діагностиці, і в тактиці лікування та профілактики, оскільки переважна більшість хвороб пародонта є синдромним проявом численних соматичних та психосоматичних хвороб. Доведено взаємозв'язок хвороб ендокринної, травної, серцево-судинної, дихальної, нервової, імунної систем організму, опорно-рухового апарату з генералізованими ураженнями пародонта [1;2]. Натепер відсутня тактика стоматологічного обстеження і лікування жінок, які страждають на бактеріальний вагіноз (БВ), хоча доведено, що всі пацієнтки із БВ мають хронічні генералізовані запальні та запально-дистрофічні захворювання пародонта, такі як хронічний катаральний гінгівіт, пародонтит початкового і першого ступеня тяжкості [2-4]. Частота виявлення БВ у сучасних жінок віком 18-45 років складає 67%-89% [5]. За визначенням ВООЗ, бактеріальний вагіноз – це полімікробна дисбіотична незапальна хвороба, при якій видовий і кількісний вектори мікрофлори піхви зміщені в бік анаеробних мікроорганізмів. Основними збудниками БВ є *Gardnerella vaginalis* – факультативний анаероб, який виявляється у 82% жінок із вищезазначеним діагнозом, та *Atorobium vaginae*, що викликає часті клінічні рецидиви [5-7]. Частота, з якою БВ трапляється і рецидивує в жінок дітородного віку, складає 67%-89% [8]. Зважаючи на поширеність зазначеного гінекологічного діагнозу і виявлення запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта в жінок репродуктивного віку [4], доцільними є впровадження й оцінка в динаміці ефективності комплексного лікування жінок, які страждають на бактеріальний вагіноз і мають клінічні прояви запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта.

**Мета** роботи – визначити клініко-лабораторну ефективність схеми лікування жінок із захворюваннями пародонта на тлі бактеріального вагінозу.

### Матеріали і методи

Було обстежено 54 жінки віком 18-45 років без тяжкої соматичної та ортодонтичної патології. Діагноз БВ установлював лікар акушер-гінеколог за критеріями Амселя, що є маркерами БВ [8]. Пародонтологічний діагноз формулювали за класифікацією хвороб пародонта М.Ф.Данилевського [9]. Ступінь запального процесу пародонта визначали за індексами РМА (модифікація С.Ратта), КПІ за Леусом [4]. Окрім загальноприйнятих клінічних методів стоматологічного обстеження, для об'єктивізації результатів лікування визначали наявність збудників БВ *Gardnerella vaginalis* та *Atorobium vaginae* (метод полімеразно-ланцюгової реакції), аміно-тест ротової рідини [11], кількісну активність альфа-амілази слини (біохімічний кінетичний

метод), концентрацію sIgA в слині (метод імуноферментного аналізу).

Обстежених жінок було поділено на дві групи залежно від призначеної схеми комплексного лікування. У всіх пацієнток дослідних груп виконано професійну гігієну та санацію порожнини рота, закритий кюретаж за показаннями. Представникам I контрольної групи (26 жінок) призначали загальноприйнятий курс лікування: місцеве медикаментозне лікування (ротіві ванночки розчину препарату «Стоматофіт» після ранкових і вечірніх гігієнічних процедур, аплікації з «Метрагіл-дента» (7 діб); загальну терапію (метронідазол 250 мг через кожні 8 годин *per os* 7 днів, пробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» *per os* 21 день). Жінки II дослідної групи (28 пацієнток) проліковані за запатентованою нами схемою [10]. Їх місцеве лікування охоплювало ротіві ванночки препаратом «Стоматофіт» після ранкових і вечірніх гігієнічних процедур (7 діб), таблетки для розсмоктування «Лізак» по 1 таб. через кожні 6 годин *per os* (5 діб), аплікації з «Метрогіл-дента» на 20 хв. двічі за добу. Після закінчення використання «Стоматофіту» (10 діб), аплікації «Симбітер омега» 21 добу в силіконових капах на ніч після завершення застосування «Метрогіл-дента». Загальне медикаментозне лікування хворих II дослідної групи: кліндамицин 150 мг через кожні 6 годин (7 діб), пробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» *per os* (21 день).

Результати лікування оцінювали через 14 днів, 3, 6 і 12 місяців після завершення медикаментозного курсу.

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з використанням критеріїв Ст'юдента [12].

### Результати та їх обговорення

В обстежених обох груп виявлено порушення стану тканин пародонта. У жінок першої групи зареєстровано хронічний катаральний гінгівіт у 11,5%, хронічний генералізований пародонтит початкового ступеня – в 57,69%, хронічний генералізований пародонтит – у 30,77%; у пацієнток II групи – 10,71%, 64,29% і 25% відповідно. У жодної з 54 пацієнток не було клінічно інтактного пародонта.

Клінічно оцінюючи ступінь запалення пародонта на основі індексу РМА, виявлено, що на момент первинного обстеження показники жінок I та II груп достовірно не відрізнялися і становили  $63,04 \pm 2,63\%$  та  $62,36 \pm 1,78\%$  відповідно. На 3 місяць після закінчення лікування показник зазначеного індексу жінок першої групи знизився на 16,15% і склав  $46,88 \pm 3,86\%$ . Показник пацієнток II групи становив  $13,68 \pm 2,38\%$ , що на 48,62% менше за первинний результат. На 6 місяць показники в обох групах несуттєво підвищилися і становили  $51,77 \pm 4,28\%$  і  $25,57 \pm 4,34\%$  у I та II групах ві-

дповідно. Через 1 рік після проведеного лікування значення індексу РМА в жінок I групи склало  $60,58 \pm 3,14\%$ , що свідчить про відсутність достовірної різниці з початковим показником у цій групі. В аналогічний термін у обстежених II групи показник індексної оцінки запалення пародонта становив  $20,78 \pm 3,51\%$ , що в 3,01 раза нижче за початковий рівень у своїй групі та у 2,91 раза менше за кінцевий результат жінок I групи, що свідчить про стійку ремісію на фоні запатентованого курсу лікування і її відсутність після проведення загальноприйнятого курсу.

Отримані результати визначення КПІ за Леусом у жінок I групи становили  $2,19 \pm 0,097$  на початку лікування, знижувались у 1,32 раза через 3 місяці ( $1,65 \pm 0,244$ ) та поступово підвищувалися до початкового рівня на 6 ( $1,93 \pm 0,203$ ) і 12 ( $2,47 \pm 0,203$ ) місяці динамічного спостереження. Достовірної різниці між початковим і кінцевим результатом зареєстровано не було, окрім того, показник через рік на 0,28 одиниць перевищував результат первинного обстеження, що свідчить про відсутність стійкого лікувального ефекту в цій групі. У жінок II групи результат КПІ складав  $2,57 \pm 0,093$  до лікування та зменшувався в 6,3 раза ( $0,41 \pm 0,094$ ) на 3 місяць, у 2,69 раза ( $0,96 \pm 0,184$ ) на 6 і в 3,32 раза ( $0,77 \pm 0,161$ ) на 12 місяць порівняно з початковим рівнем, що свідчить про стійке зменшення запального процесу в тканинах пародонта протягом 1 року.

Для об'єктивізації та підтвердження клінічної діагностики на ранніх термінах дослідження проводили обстеження факторів місцевого імунітету, таких як альфа-амілаза слини та IgA до лікування та через 2 тижні після закінчення медикаментозного курсу (табл.1). Норма концентрації S IgA слини становить  $115,3-299,7$ . Зниження концентрації IgA в змішаній слині є проявом хронічних запальних захворювань порожнини рота [13-15]. На початку обстеження показники жінок I та II груп не мали достовірної різниці та були нижчі відомої норми, що підтверджує наявність запальних процесів у ротовій порожнині жінок із БВ. Після проведеного лікування достовірно підвищення концентрації IgA в ротовій рідині спостерігалось в пацієнток обох груп: у жінок I групи в 1,49 раза, II – у 2,08 раза, причому концентрація IgA в змішаній слині пацієнток II групи на 48,53 одиниці перевищувала показник жінок II групи, що підтверджує вищу ефективність запатентованого курсу лікування перед загальноприйнятим.

Таблиця 1  
Результати дослідження концентрації IgA змішаної слини жінок із бактеріальним вагінозом ( $M \pm m$ )

Термін обстеження	I група (15)	II група (15)
Первинне	$97,47 \pm 4,43$	$93,53 \pm 4,35$
Через 2 тижні після лікування	$145,87 \pm 13,12$ $p < 0,05$	$194,4 \pm 15,17^*$ $p < 0,05$

Примітка: в дужках – кількість обстежених жінок;  
\* – достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) при порівнянні з показниками I групи.

Динаміка кінетичної активності альфа-амілази змішаної слини жінок із БВ наведена в табл. 2. На початку обстеження показники кінетичної активності альфа-амілази ротової рідини пацієнток обох груп не мали достовірної різниці, але перевищували норму ( $160-320$  одиниць) [19;20], що підтверджує наявність запального процесу в порожнині рота. Після проведеного лікування в жінок I групи показники активності досліджуваного ферменту знизилися на 126,7 одиниць, але перевищували верхню межу норми на 5,03

одиниць, що є свідченням недостатньої ефективності використаної схеми лікування.

Таблиця 2  
Результати дослідження кінетичної активності альфа-амілази змішаної слини жінок із бактеріальним вагінозом ( $M \pm m$ )

Термін обстеження	I група (15)	II група (15)
Первинне обстеження	$452,0 \pm 12,9$	$443,63 \pm 10,91$
Через 2 тижні після лікування	$325,30 \pm 15,17$ $p < 0,05$	$245,95 \pm 15,35^*$ $p < 0,05$

Примітка: в дужках – кількість обстежених жінок;  
\* – достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) при порівнянні з показниками I групи.

У пацієнток II групи спостерігалось зниження кінетичної активності до меж норми на  $197,68$  одиниць, що об'єктивно свідчить про усунення запальних явищ у порожнині рота за рахунок використання курсу лікування, спрямованого на пригнічення збудників БВ.

Для аналізу взаємозв'язків БВ зі станом пародонта використовували метод аміно-тесту ротової рідини, що є експрес-методом виявлення *Gardnerella vaginalis* і *Atopobium vaginae*, та метод ПЛР для об'єктивного підтвердження наявності збудників БВ у ротовій порожнині.

Аміно-тест ротової рідини жінок із БВ у пацієнток обох груп до лікування позитивний у 100% з інтенсивністю від + до +++ . На 14 день після лікування позитивний результат аміно-тесту з інтенсивністю + виявлявся в 53,8% (14 пацієнток) обстежених I групи. У жінок II групи в аналогічний термін позитивний результат тесту визначався у 28,6% (8 пацієнток) з інтенсивністю +.

Наявність *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* в ротовій порожнині жінок із БВ визначали методом ПЛР (таблиці 3, 4). На первинному обстеженні доведена наявність хоча б одного зі збудників БВ у 100% жінок обох груп. Порівняння показників ПЛР на наявність *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* між пацієнтками I та II груп продемонструвало відсутність достовірної різниці, що свідчить про ідентичність патологічних чинників на початку лікування.

Таблиця 3  
Результати ПЛР на наявність *Gardnerella vaginalis* у порожнині рота жінок із БВ ( $M \pm m$ )

Термін обстеження	I група (n=26)	II група (n=27)
Первинне звернення	$84,6 \pm 0,072$	$67,9 \pm 0,09$ P I-II $> 0,05$
Через 3 місяці	$15,4 \pm 0,072$ $p 1-2 < 0,05$	$28,6 \pm 0,087^*$ P1 $< 0,05$ $p 1-2$
Через 6 місяців	$15,4 \pm 0,072$ $p 1-3 < 0,05$ $p 2-3 > 0,05$	$28,6 \pm 0,087^*$ P I-II $< 0,05$ $p 1-3 < 0,05$ $p 2-3 > 0,05$
Через 12 місяців	$53,8 \pm 0,1$ $p 1-4 < 0,05$ $p 3-4 < 0,05$	$14,3 \pm 0,067^*$ P I-II $< 0,05$ $p 1-4 < 0,05$ $p 3-4 > 0,05$

Примітка: у цій і в таблиці 4 (в дужках - кількість обстежених жінок);  
\* – достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) при порівнянні з показниками I групи. P I-II – достовірність показників у період однакового обстеження з групою I  $p 1-2$ ,  $p 1-3$ ,  $p 1-4$  – достовірність показників при порівнянні в межах однієї групи з показником первинного обстеження,  $p 2-3$ ,  $p 2-4$  – достовірність показників у межах однієї групи з показником обстеження через 3 місяці після лікування,  $p 3-4$  – достовірність показників у межах однієї групи з показником обстеження через 6 місяців після лікування.

Таблиця 4  
Результати ПЛР на наявність *Atorobium vaginae* в порожнині рота жінок із бактеріальним вагінозом ( $M \pm m$ )

Термін обстеження	I група (26)	II група (27)
Первинне звернення	84,6±0,072	78,6±0,079 P I-II >0,05
Через 3 місяці	57,7±0,099 p 1-2<0,05	28,6±0,087* P1<0,05 p 1-2
Через 6 місяців	57,7±0,099 p 1-3<0,05 p 2-3>0,05	28,6±0,087* P I-II <0,05 p 1-3<0,05 p 2-3>0,05
Через 12 місяців	69,2±0,092 p 1-4<0,05 p 3-4<0,05	28,6±0,087* P I-II <0,05 p 1-4<0,05 p 3-4>0,05

Після проведеного медикаментозного курсу відсоток виявлення наявності *Gardnerella vaginalis* у обстежених I групи на 3 і 6 місяць знизився на 69,2%. Але на 12 місяць зафіксовано підвищення показника на 38,4% відносно останнього результату. Ідентична тенденція спостерігалась і у випадку *Atorobium vaginae*: на 3 і 6 місяць зменшення кількості жінок із позитивним результатом ПЛР на 26,9%, на 12 місяць – збільшення на 11,5%. Дані обстеження свідчать про відсутність стійкого результату лікування загальноприйнятним методом, оскільки в зазначеному курсі антибактеріальний вплив на організми здійснюється метранідазолом, який не приводить до достатнього кількісного зниження в ротовій порожнині *Atorobium vaginae*, оскільки цей мікроорганізм не має чутливості до зазначеного препарату. Незважаючи на суттєве зниження *Gardnerella vaginalis*, через 6-12 місяців виникає рецидив, причиною якого стає висока здатність *Atorobium vaginae* до утворення біоплівки, а отже, для створення умов активного розмноження *Gardnerella vaginalis*.

У жінок II групи за використання запатентованої методики лікування наявність збудників БВ у ротовій порожнині продемонструвала стійку тенденцію зниження. Результати ПЛР на наявність *Gardnerella vaginalis* на 3-6 місяць знизилися на 39,3%, а на 12 – ще на 14%. Показники виявлення *Atorobium vaginae* після проведення лікування знизилися на 50% та не збільшувалися протягом 1 року. Отримані результати були досягнуті за допомогою використання в схемі лікування кліндаміцину, до якого стійкість цих організмів значно нижча, в порівнянні з метронідазолом, а також антисептик деквалінія хлориду («Лізак»), що безпосередньо впливає на *Atorobium vaginae*, який найчастіше стає причиною рецидивів БВ.

### Висновки

При порівнянні загальноприйнятої та запатентованої схем лікування визначено, що традиційне лікування суттєво менш ефективне. Для контролю якості лікування жінок із БВ і проявами захворювань пародонта недостатньо лише клінічних методів обстеження, оскільки в ротовій порожнині цього контингенту пацієнтів виявляється специфічна мікрофлора. Для об'єктивізації клінічних результатів доцільно використовувати досліджені фактори місцевого імунітету, таких як альфа-амілаза слюни і sIgA. Для контролю наявності збудників БВ у ролі експрес-методу необхідно використовувати аміно-тест, а в разі його пози-

тивного результату – ПЛР на виявлення *Gardnerella vaginalis* та *Atorobium vaginae*.

**Перспективи подальших досліджень.** Результати лікування потребують подальших досліджень у віддаленіші терміни для можливості адекватного коригування підтримувальної терапії для досягнення повної ремісії.

### Література

- Linden G. J. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases / Linden G. J., Herzberg M. C. // J. Periodontol. – 2013. – Vol. 84, №4. – P.20-23.
- Проданчук А.І. Захворювання пародонта і соматична патологія / А.І. Проданчук, І.Д. Кіюн, М.О. Кройтор // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, №2(62). – С.164-168.
- Шульженко А.Д. Состояние тканей пародонта у женщин с бактериальным вагинозом / Т.А. Петрушанко, А.Д. Шульженко, Э.И. Крутикова // Georgian Medical News. – 2014. – № 12. – С. 24-28.
- Особливості стоматологічного лікування пацієнток з бактеріальним вагінозом / [А.Д. Шульженко, Т.О. Петрушанко, Е.І. Крутикова, Л.І. Островська] // Український стоматологічний альманах. – 2017. – №3. – С. 15-18.
- Галич С.Р. Бактериальный вагиноз / С.Р. Галич // Здоров'я України. – 2012. – №4(8). – С 40-42.
- Ліпова Е.В. Бактеріальний вагіноз: завжди в дискусії / Lipova E.V. Bakterialnii vaginosis: zavzhdі v diskusii / E.V. Lipova, V.E. Radzinskii // Status Praesens. – 2012. – № 2 (8). – С.27-60.
- The effects of commensal bacteria on innate immune responses in female genital tract / Mirmonsef P., Gilbert D., Zariffard M.R. [et. al.] // Am. J. Reprod. Immunol. – 2011. – Vol. 65. – P. 190-195.
- Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 472 с.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоровье, 2000. – 464 с.
- Патент України на корисну модель № 120483, 10.11.2017. Петрушанко Т.А., Крутикова Е.І., Шульженко А.Д. Спосіб експрес-діагностики ротової рідини на наявність летючих амінів у жінок з бактеріальним вагінозом // Патент України на корисну модель № 120483. – 2017. Бюл. № 21.
- Патент України на корисну модель № 99694, 25.06.2015. Петрушанко Т.А., Крутикова Е.І., Шульженко А.Д. Спосіб експрес-діагностики ротової рідини на наявність летючих амінів у жінок з бактеріальним вагінозом // Патент України на корисну модель № 99694. – 2015. Бюл. № 12.
- Герасимов А.Н. Медицинская статистика: учебное пособие / А.Н. Герасимов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 480 с.
- Секреторный иммуноглобулин А в контроле адаптивно-компенсаторных реакций организма человека / [Г.В. Виха, О.А. Сердюк, Т.В. Выгодская, А.В. Фурсова] // Медицинский Алфавит. Современная лаборатория. – 2011. – №4. – С.24-26.
- Применение нестероидных противовоспалительных средств для лечения стоматологических заболеваний / [С.Т. Сохов, Л.А. Аксамит, Г.В. Виха и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 82 с.
- Дяттерев Е.Н. Уровень альфа-амилазы слюны как показатель стресса у беременных / Дяттерев Е.Н., Шифман Е.М., Тихова Г.П. // Региональная анестезия и лечение острой боли. – 2017. – №1(11). – С. 22-28.

Стаття надійшла  
14.02.2018 р.

### Резюме

Натепер відсутня тактика стоматологічного обстеження і лікування жінок, які страждають на бактеріальний вагіноз, хоча доведено наявність хронічного катарального гінгівіту, пародонтиту початкового та першого ступеня тяжкості в пацієнок із цією патологією. Частота виявлення БВ у сучасних жінок віком 18-45 років складає 67%-89%. Основними збудниками БВ є *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*. Діагноз БВ установлював лікар акушер-гінеколог за критеріями Амселя. Було обстежено 54 жінки віком 18-45 років. Обстежених жінок було поділено на дві групи залежно від призначеної схеми комплексного лікування. Ступінь запального процесу пародонта визначали за індексами РМА (модифікація С. Парма), КПІ за Леусом. Контроль якості лікування проводили методом ПЛР наявності збудників БВ *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*, аміно-тест ротової рідини, кількісну активність альфа-амілази, концентрацію *slgA* в слині. Після проведених курсів лікування показники всіх жінок II групи змінилися до меж норми на відміну від результатів пацієнок I групи. Об'єктивізація результатів лікування цієї категорії пацієнтів потребує додаткової лабораторної діагностики.

**Ключові слова:** бактеріальний вагіноз, гінгівіт, пародонтит, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*.

### Резюме

В настоящее время отсутствует тактика стоматологического обследования и лечения женщин, страдающих бактериальным вагинозом, хотя доказано наличие хронического катарального гингивита, пародонтита начальной и первой степени тяжести у пациенток с данной патологией. Частота выявления БВ у современных женщин в возрасте 18-45 лет составляет 67%-89%. Основными возбудителями БВ являются *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae*. Диагноз БВ устанавливался врачом акушер-гинекологом на основе критериев Амселя. Было обследовано 54 женщины в возрасте 18-45 лет. Обследованные женщины были разделены на две группы в зависимости от назначенной схемы комплексного лечения. Степень воспалительного процесса пародонта определяли по индексам РМА (модификация С. Парма), КПИ по Леус. Контроль качества лечения проводился методом ПЦР наличие возбудителей БВ *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae*, амина-тест ротовой жидкости, количественную активность альфа-амилазы, концентрацию *slgA* в слюне. После проведенных курсов лечения показатели всех женщин II группы изменились в пределах нормы в отличие от результатов пациенток I группы. Объективизация результатов лечения данной категории пациентов нуждается в дополнительной лабораторной диагностике.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, гингивит, пародонтит, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*.

UDC 616.31-002-06:618.15-022.7]-085-036.8

## CLINICAL AND LABORATORY EFFICIENCY OF TREATMENT OF WOMEN WITH PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF BACTERIAL VAGINOSIS

**A.D. Shulzhenko, T.O. Petrushanko, M.V. Mykytiuk**

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy",

Department of Therapeutic Dentistry, SRI GIFPPD

### Summary

**Introduction.** There is currently no tactic for dental examination and treatment of women suffering from bacterial vaginosis (BV), although chronic catarrhal gingivitis, periodontitis of initial and first degree of severity in patients with this pathology has been proven. The frequency of detection of BV in modern women aged 18-45 is 67-89%. The main pathogens of BV are *Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae*.

**Aim.** To determine clinical and laboratory effectiveness of the treatment scheme for women with periodontal diseases on the background of bacterial vaginosis.

**Materials and methods.** Diagnosis of BV was established by an obstetrician-gynaecologist based on the Amsel criteria. 54 women aged 18-45 were examined. The examined women were divided into two groups, depending on the intended scheme of integrated treatment. Determination of the degree of inflammation of the periodontal period was carried out according to the PMA indices (modified by S. Parma), KPI by Leus. The quality control of the treatment was performed by PCR method, the presence of *Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae*, the amino test of oral liquid, the quantitative activity of alpha amylase and the concentration of *slgA* in saliva. Representatives of the first control group (26 women) were prescribed the common course of treatment, namely: local treatment therapy (oral baths of the solution of the medicine "Stomatophyte" after morning and evening hygiene procedures, application of "Mergagil-denta" (7 days); general therapy (metronidazole 250 mg every 8 hours for every 7 days, probiotic "Symbiter acidophilic concentrate" for 21 days). Women of the second experimental group (28 patients) were treated according to the scheme we patented. Their local treatment included: oral baths with the medicine "Stomatophyte" after morning and evening hygiene procedures (7 days), tablets for resuscitation "Lizak" for 1 tab. every 6 hours (5 days), application of "Metrogil-denta" for 20 minutes twice a day. After using "Stomatophyte" (10 days), use "Symbiter omega" for 21 days in silicone caps for the night after the completion of the use of "Metrogil-Denta". General medicines for patients in the 2nd group: clindamycin 150 mg every 6 hours (7 days), probiotic "Symbiter acidophilic concentrate" per unit (21 days). Evaluation of the treatment results was carried out 14 days, 3, 6 and 12 months after the end of the course treatment.

**Results.** In the examined two groups, there was a disorder in the condition of periodontal tissues. In women of the first group chronic catarrhal gingivitis was registered in 11.5%, chronic generalized periodontitis of initial degree - in 57.69%, chronic generalized periodontitis - in 30.77%; in patients of the 2nd group - in 10.71%, 64.29% and 25% respectively. None of the 54 patients had clinically intact periodontal disease. The PMA and Leish KPI indices in women of the 1st group after the treatment did not have a significant difference with the initial results, while the rates of patients in the second group decreased significantly, indicating a decrease in inflammation in the periodontal tissues. The concen-

tration of sIgA after the end of the treatment course was higher in women of the 2nd group, which suggests a higher efficacy of the proposed method of treatment.

**Conclusions.** Comparing the conventional and patented treatment regimen, it has been determined that traditional treatment is significantly less effective. Clinical methods of examination are insufficient to control the quality of treatment of women with BV and manifestations of periodontal disease, since a specific microflora appears in the oral cavity of this contingent of patients. In order to objectify clinical results, it is advisable to use a study of local immunity factors, such as saliva alpha-amylase and sIgA. To control the presence of IB pathogens as an express method, an amino test should be used, and in the case of its positive result, PCR should be used to detect *Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae*.

**Key words:** bacterial vaginosis, gingivitis, periodontitis, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*.