

DOI 10.31718/2077–1096.21.4.112

УДК 616.31-06:618.15-022.7:616-058.83]-085-036.66

Крутікова А.Д.

## РЕМІСІЯ В ПРОЦЕСІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ ТА ЇХ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ

Полтавський державний медичний університет

У пацієнток із бактеріальним вагінозом виявляють запальні та запально-дистрофічні захворювання пародонта. Мета роботи. Дослідження ефективності схеми лікування запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта у пацієнток різних гендерних груп на етапі 12 місяців з моменту завершення лікування. Матеріали і методи. Обстежено 28 гетеросексуальних пар віком 18-45 років. Стоматологічне обстеження виконувалось на момент звернення та через 3, 6 та 12 місяців. Клінічне стоматологічне обстеження проводилось при первинному візиті, через 3, 6 та 12 місяців після фіналу лікування. В якості гігієнічного індексу був обраний індекс Гріна-Верміліона. Пародонтальна діагностика була проведена за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу, комплексного пародонтального індексу за Леусом, проби Писарева-Шиллера, числа Свракова. Діагноз формувался за класифікацією Н.Ф. Данилевського (1994). Метод полімеразної ланцюгової реакції був використаний підтвердження присутності *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* в ротовій порожнині як жінок, так і чоловіків. Був використаний запатентований нами протокол лікування. Застосовано аналогічний курс лікування для обох груп пацієнток. До загальної терапії входили: «Флюконазол» по 50 мг 1 раз на добу (7 днів), «Кліндаміцин» по 150 мг через кожні 6 годин (5 днів), починаючи з 3-ї доби прийому антибіотиків - пробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» (21 день), Кальцій-Д3-Нікомед по 1 таб. під час вечері 30 діб. Місцеве лікування включало в себе: ротові ванночки препарату «Стоматофіт» після ранкових та вечірніх гігієнічних процедур (7 діб), аплікації «Метрогіл-дента» на ясна (7 діб), препарат «Лізак» по 1 таб. тримати у роті до повного розчинення через кожні 6 годин (5 діб), після закінчення використання «Стоматофіту» та «Метрогіл – дента» - аплікації «Симбітер омега» на ясна в силіконових капах на ніч (21 день). Результати. Через 3 місяці після лікування РМА пацієнток знизився на 49,03%, у чоловіків – на 51,95%, через 6 місяців підвищився на 0,03% та 0,08%, а через 12 – на 0,01 та 0,23 відповідно. За комплексним пародонтальним індексом на 3 місяць жінки мали достовірну різницю у 1,98 бали, у чоловіків даний показник становив 2,01 бали, на 6й місяць спостереження показник підвищився на 0,03 та 0,02 бали, а на 12й місяць - на 0,01 у пацієнток обох гендерних груп відповідно. Аналогічна позитивна динаміка характеризує і показник – число Свракова та відсоток виявлення *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*. Всі дослідження довели відсутність достовірної різниці між показниками I та II групи. Висновки. Розроблена схема лікування сприяє регресу запальних явищ та має однаково ефективність лікування для обох гендерних груп пацієнток та призводить до ремісії запальних та запально-дистрофічних станів пародонту на тлі бактеріально-вагіноз-асоційованої мікрофлори у 94,64% пацієнток.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, запально-дистрофічні захворювання пародонта.

### Актуальність

Пародонтологічні та слизові оболонки порожнини рота патології є синдромним маркером порушень роботи внутрішніх органів. Патології щитоподібної залози, цукровий діабет, ревматизм, падагра, ішемічна хвороба серця, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки можуть стати провокуючим фактором для запальних запально-дистрофічних захворювань пародонту. Порушення сечо-статевої системи також впливають на стан пародонту, особливо бактеріальний вагіноз (БВ), що є найпоширенішим захворюванням даної системи у жінок. 67-89 % жінок у всьому світі репродуктивного віку мають зазначену патологію[1].

Бактеріальний вагіноз – це незапальне захворювання, пов'язане з порушенням мікробіоти піхви, що характеризується критично-низькою кількістю або повною відсутністю лактобацил та надвисокою кількістю мікроорганізмів, що не входять до складу нормобіоти статевого тракту жінки (*Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides*, *Prevotella*,

*Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas*) [2]. *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* є основними провокуючими чинниками БВ через свою низьку чутливість до більшості сучасних антибіотиків та високу здатність до утворення біофільму [3,4].

Доведено, що на тлі БВ, як супутньої патології, у пацієнток спостерігаються наступні захворювання: хронічний генералізований катаральний гінгівіт, пародонтит початкового та I ступеня тяжкості [5,6,7,8].

### Мета роботи

Дослідження ефективності схеми лікування запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта у пацієнток різних гендерних груп на етапі 12 місяців з моменту завершення лікування.

Практичним значенням є запровадити в практику лікаря-стоматолога протоколи лікування хронічного катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту для різних гендерних груп при наявності у ротовій порожнині пацієнток БВ-асоційованої мікрофлори.

### Матеріали і методи

Було обстежено 28 пар (жінок та чоловіків) віком від 18 до 45 років. У кожної пацієнтки лікарем-гінекологом діагностовано БВ. Набір пацієнтів проведено за рядом обов'язкових параметрів: відсутність тяжкої соматичної патології, ортодонтичних порушень та шкідливих звичок, у жінок обов'язковим фактором був вік до настання менопаузи. Групи були розподілені за гендерною ознакою. До першої групи було відібрано 28 жінок, що підходили по зазначеним критеріям, до другої – 28 чоловіків, що були їх статевими партнерами.

Клінічне стоматологічне обстеження проводилось при первинному візиті, через 3, 6 та 12 місяців після фіналу лікування. В якості гігієнічного індексу був обраний індекс Гріна-Вермільйона. Пародонтальна діагностика була проведена за допомогою індексів РМА (в модифікації Рамта), комплексного пародонтального індексу за Леусом (КПІ), проби Писарева-Шиллера, числа Свракова. Діагноз формувався за класифікацією Н.Ф. Данилевського (1994) [9].

Метод ПЛР-тестування був використаний підтвердження присутності *Gardnerella vaginalis* та *Atorobium vaginae* в ротовій порожнині як жінок, так і чоловіків. Був використаний запатентований нами протокол лікування. Застосовано аналогічний курс лікування для обох груп пацієнтів. До загальної терапії входили: «Флюконазол» по 50 мг 1 раз на добу (7 днів), «Кліндаміцин» по 150 мг через кожні 6 годин (5 днів), починаючи з 3-ї доби прийому антибіотиків - пробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» (21 день), Кальцій-Д3-Нікомед по 1 таб. під час вечері 30 діб. Місцеве лікування включало в себе: ротові ванночки препарату «Стоматофіт» після ранкових та вечірніх гігієнічних процедур (7 діб), аплікації «Метрогіл-дента» на ясна (7 діб), препарат «Лізак» по 1 таб. тримати у роті до повного розчинення через кожні 6 годин (5 діб), після закінчення використання «Стоматофіту» та «Метрогіл – дента» - аплікації «Симбітер омега» на ясна в силіконових капах на ніч (21 день) [10].

До початку медикаментозного лікування для всіх пацієнтів була призначена професійна гігієна методом ультра-звукового скейлінгу та поліровки зубів за допомогою хендібластерами, створено алгоритм індивідуальної гігієни та виконано санацію порожнини рота, проведено закритий кюретаж за наявністю показань. Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з використанням критеріїв Стюдента та Йовена [11].

### Результати та їх обговорення

Після проведеного обстеження відмічено відсутність клінічно-інтактного пародонту серед всіх пацієнтів. У жінок ( I група) хронічний генералізований катаральний гінгівіт визначався у 10,71%, хронічний генералізований пародонтит

початкового ступеня у 64,29% та хронічний генералізований пародонтит I ступеня у 25%. Серед чоловіків (II група) хронічний генералізований катаральний гінгівіт виявлено у 7,14%, хронічний генералізований пародонтит початкового ступеня у 60,71% та хронічний генералізований пародонтит I ступеня у 32,14%.

Моніторинг стану тканин пародонта пацієнтів протягом 12 місяців після завершення лікування реально продемонстрував позитивну динаміку пародонтологічного статусу. У періоді від 3 до 12 місяців після завершення проведеної терапії зникли скарги, достовірно покращився показник гігієни порожнини рота. На першому відвідуванні індекс Гріна-Вермільйона у групі пацієнок із БВ складав  $1,323 \pm 0,035$  бали, через 3 міс. результат знизився до  $1,032 \pm 0,021$  у період від 3 до 12 місяців був незмінним і становив  $1,04 \pm 0,022$  бали. Вважаємо, що дану тенденцію до стабільного результату спровокувала вироблена звичка правильного проведення індивідуальної гігієни. Тотожна динаміка зареєстрована і у статевих партнерів пацієнок: стартовий результат індекса Гріна-Вермільйона у  $1,336 \pm 0,041$  бали був знижений до  $1,048 \pm 0,036$  через 3 місяці, та незначно підвищений до  $1,051 \pm 0,039$  на 6 місяць та 12 місяць. Зміни в показниках у чоловічій групі були спровоковані гіршими навиками індивідуальної гігієни та необхідністю корекції алгоритму у деяких пацієнтів.

Показові зміни відбулися у стані тканин пародонту у пацієнок із БВ та у їх чоловіків. На 3 місяць після фінішу лікування не визначалась запальна реакція ясен, рухомість зубів виявлена в межах фізіологічної норми. Динаміка змін у стані пародонта пацієнтів наведена у таблиці 1.

На третій місяць після фінішу лікування РМА жінок, знизився на 49,03%, у їх статевих партнерів – на 51,95%, через 6 місяців підвищився на 0,03 та 0,08, а через 12 – на 0,01 та 0,23 відповідно. Слід зазначити відсутність достовірності у різниці результатів різних гендерних груп, в той же час динаміка в середині груп підтверджується достовірною різницею показників.

Аналіз даних КПІ за Леусом продемонстрував значне покращення на 3й місяць спостереження, а саме зниження на 1,98 бали у жіночій групі та 2,01 бали у чоловічій. У термін 6 місяців після завершення лікування зареєстровано підвищення результату індексу на 0,03 та 0,02 бали відповідно, а на 12й місяць - підвищення на 0,01 у пацієнтів обох гендерних груп. Обидві останні зміни в показниках індексу КПІ за Леусом не мають достовірної різниці. Достовірної різниці між показниками пацієнтів жіночої та чоловічої групи не виявлено від початку спостереження до 12 місяця включно.

Число Свракова в динаміці продемонструвало аналогічні зміни показників.

При порівнянні даних I та II групи достовірної різниці не виявлено від старту спостереження до 12 місяця включно. У жіночій групі на 3й місяць

відбулось зниження показника на 2,789, а у чоловічій – на 2,831. На 6й місяць відбулось не-

значне підвищення на 0,019 та 0,031 відповідно, на 12й – на 0,01 в обох групах (див. табл. 1). )

Таблиця 1.  
Динаміка індексної оцінки стану пародонта у обстежених (M±t)

Показники	I група (28 жінок)				II група (28 чоловіків)			
	Первинне відвідування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	Первинне відвідування	Через 3 місяці ісля лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування
Індекс РМА, %	62,68±6,52	13,65± 2,32* p1<0,05	13,68± 2,36* p1<0,05 p2>0,05	13,69 ±2,39* p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05	64,69±6,71 p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05	16,54± 2,47* p1<0,05	16,62± 2,51* p1<0,05 p2>0,05	16,85±2,68 p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05
Індекс КПІ за Леусом, бали	2,39±0,53	1,39±0,12* p1<0,05	1,42±0,14* p1<0,05 p2>0,05	1,43±0,21* p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05	2,42±0,58	1,409±0,14* p1<0,05	1,51±0,21* p1<0,05 p2>0,05	1,52±0,26* p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05
Число Свракова	3,58±0,66	0,791±0,042* p1<0,05	0,81±0,045* p1<0,05 p2>0,05	0,82±0,047* p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05	3,62±0,69	0,789±0,039* p1<0,05	0,82±0,051* p1<0,05 p2>0,05	0,83±0,051* p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05

Примітка: в дужках - кількість обстежених, \* - достовірна різниця (p1<0,05) при порівнянні з показником у групі до лікування, γ - достовірна різниця (p2<0,05) при порівнянні з показником у групі через 3 місяці лікування # - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 3 місяці після лікування, ° - достовірна різниця (p<0,05) – вірогідна відмінність при порівнянні з I групою до лікування, ° - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 6 місяців після лікування, " - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 12 місяців після лікування.

Аналіз отриманих результатів всіх гінгіво-пародонтальних індексів, що показали недостовірне підвищення на етапі 6 та 12 місяців, дають змогу констатувати стан ремісії у 94,64% пацієн-

тів не залежно від статі.

ПЛР-тестування було проведено у ротовій порожнині на наявність *Atopobium vaginae* та *Gardnerella vaginalis* та представлено у таблиці 2:

Таблиця 2  
*Atopobium vaginae* та *Gardnerella vaginalis* у порожнині рота жінок із БВ та їх статевих партнерів у динаміці лікування від 0 до 12 місяців, %

Збудники БВ	I група (28 жінок)				II група (28 чоловіків)			
	До лікування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування
<i>Gardnerella vaginalis</i>	82,1	14,23*	15,34*	16,38*	75	13,41*	15,6*	16,2*
<i>Atopobium vaginae</i>	78,6	12,81*	14,2*	15,1*	71,4	12,75*	13,9*	14,5*

Примітка: в дужках - кількість обстежених, \* - достовірна різниця (p1<0,05) при порівнянні з показником у групі до лікування, γ - достовірна різниця (p2<0,05) при порівнянні з показником у групі через 3 місяці лікування # - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 3 місяці після лікування, ° - достовірна різниця (p<0,05) – вірогідна відмінність при порівнянні з I групою до лікування, ° - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 6 місяців після лікування, " - достовірна різниця (p<0,05) при порівнянні з показником I групи через 12 місяців після лікування.

Достовірної різниці між результатами виявлення в ротовій порожнині *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* пацієнтів I та II групи не зафіксовано. Всередині I та II груп зареєстрована достовірна різниця між показниками, що отримані на первинному обстеженні та через 3 та 6 місяців після лікування. Після завершення терапевтичного курсу, що враховував особливості впливу на БВ-асоційовану мікрофлору у ротовій порожнині, реєстрація *Gardnerella vaginalis* у I групі на 3 місяці знизилася на 67,87%, на 6 місяць – підвищилася на 1,11%, на 12й місяць – на 1,04%, а у II групі – на 61,59% та підвищення 1,39 та 0,6% відповідно. У змінах даних виявлення *Atopobium vaginae* тенденція до змін було тотожна з показниками *Gardnerella vaginalis* – через 3 місяці по завершенню лікування у жінок спад на 65,79%, у чоловіків на 58,65%, через 6 місяців - збільшення на 2,19% та 1,15%, на 12й

місяць – на 1,39% та 0,6% відповідно.

### Висновки

Виконане клінічне та лабораторне обстеження засвідчило вплив наявності збудників БВ, а саме *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*, у ротовій порожнині та появу запальних та запально-дистрофічних патологій тканин пародонта в обох гендерних групах.

Аналіз динаміки пародонтального статусу у пацієнток із БВ та у їх статевих партнерів корелювала з динамікою відсотка виявлення *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* в порожнині рота, що є прямим доказом аналогічної ефективності лікування для обох гендерних груп пацієнтів.

Результати клінічного дослідження доводять, що лікування за запатентованим терапевтичним курсом лікування хронічного генералізованого

пародонтиту, для пацієнтів, що мають у ротовій порожнині *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* є ефективним та таким, що призводить до стану ремісії у 94,64%.

В майбутньому повинні бути проаналізовані результати обстеження в пізні строки ( від 2 років) після фінішу лікування у пацієнтів різних гендерних груп. Також необхідно порівняти ефективність схеми профілактичного лікування пародонтиту та генералізованого хронічного катарального гінгівіту у різних гендерних груп.

### Література

1. Demkovich AV. Porushennya imynologichnoi reaktivnosni organizmu v patogenezi zapalnih zahvoruman parodonta [Violation of immunological reactivity in the pathogenesis of inflammatory periodontal diseases]. *Clinical Dentistry*. 2015; 2: 30-37. (Ukrainian).
2. Grishin GP, Pereshivailova ES, Holodnaya EV. Imynologicheskie aspekty boleznei parodonta i vnutrennih organov [Immunological aspects of periodontal disease and internal organs: pathogenesis, prevention, treatment]. *Imunologia i allergologiya: nauka i praktika*. 2010; 3(4):15-24. (Ukrainian).

3. Kira EF. Bakterialnii vaginoz [Bacterial vaginosis]. Moscow; 2012. 312 p. (Russian).
4. Lipova EF, Radzinskii VP. Bakterialnii vaginoz: zavgdi v diskusii [Bacterial vaginosis: always debate]. *Status Praesens*. 2012; 2(8):27-60. (Ukrainian).
5. He XS. Oral microbiology: past, present and future. *Int J Oral Sci*. 2009 Jun-Jul; 1(2):47-58.
6. Prodanchuk AV, Kiyun IO, Kroytor MM. Zahvoryuvannya parodonta i somatichna patologiya [Periodontal disease and somatic pathology]. *Bukovinskii medichnii visnik*. 2012; 16(62):164-168. (Ukrainian).
7. Pizzo G, Guiglia R, Lo Russo L, Campisi G. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept. *Eur J Intern Med*. 2010 Feb-Mar; 21(6):496-502.
8. Petrushanko TO, Krutikova EI, Shulzhenko AD. Sostoyanie tkanei parodonta u genschin s bakterialnim vaginozom [Status of periodontal tissues in women with bacterial vaginosis]. *Georgian Medical News*. 2014; 12:24-28. (Ukrainian).
9. Danilevskii NF, Borisenko AB. Zabolevaniya parodonta [Periodontal disease]. Kiev; 2000. 428 p. (Ukrainian).
10. Petrushanko TO, Krutikova EI, Shulzhenko AD. Higher State Educational Institution "Ukrainian Medical Stomatological Academy", assignee. Method for rapid diagnosis of oral fluids for the presence of volatile amines in women with bacterial vaginosis. Ukraine patent 99694, 2012 Jun 25.
11. Gerasimov AP. Medicinskyya statistika. Uchebnoe posobie [Medical Statistics. Textbook]. Moscow; 2007. 318 p. (Russian).

### Реферат

РЕМИССИЯ В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Крутикова А.Д.

Ключевые слова: хронический генерализованный парадонтит, воспалительно-дистрофические заболевания пародонта.

У пациенток с бактериальным вагинозом выявляют воспалительные и воспалительно-дистрофические заболевания пародонта. Цель работы. Исследование эффективности схемы лечения воспалительных и воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта у пациентов различных гендерных групп на этапе 12 месяцев с момента завершения лечения. Материалы и методы. Обследовано 28 гетеросексуальных пар возрастом 18-45 лет. Стоматологическое обследование выполнено на момент обращения и через 3 месяца. Клиническое стоматологическое обследование проводилось при первичном визите через 3, 6 и 12 месяцев после финала лечения. В качестве гигиенического индекса был выбран индекс Грина-Вермилиона. Пародонтальная диагностика была проведена с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса, комплексного пародонтального индекса по Лесу попытки Писарева-Шиллера, числа Свракова. Диагноз формировался по классификации Н.Ф. Данилевского (1994). Метод полимеразной цепной реакции был использован подтверждением присутствия *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* в ротовой полости как женщин, так и мужчин. Был использован запатентованный протокол лечения. Использован аналогичный курс лечения для обеих групп пациентов. В общую терапию входили: «Флюконазол» по 50 мг 1 раз в сутки (7 дней), «Клиндамицин» по 150 мг через каждые 6 часов (5 дней), начиная с 3-х суток приема антибиотиков – пробиотик «Симбитер ацидофильный концентрированный» (21 день), Кальций-Д3-Никомед по 1 таб. во время ужина 30 дней. Местное лечение включало в себя: ротовые ванночки препарата «Стоматофит» после утренних и вечерних гигиенических процедур (7 суток), аппликации «Метрогил-дента» на десну (7 суток), препарат «Лизак» по 1 таб. держать во рту до полного растворения через каждые 6 часов (5 суток), после окончания использования «Стоматофита» и «Метрогил – дента» – аппликации «Симбитер омега» на десну в силиконовых капях на ночь (21 день). Результаты. Через 3 месяца после лечения РМА пациенток снизился на 49,03%, у мужчин - на 51,95%, через 6 месяцев повысился на 0,03% и 0,08%, а через 12 - на 0,01 и 0,23 соответственно. По комплексному пародонтальному индексу на 3 месяц женщины имели достоверную разницу в 1,98 балла, у мужчин данный показатель составил 2,01 балла, на 6й месяц наблюдения показатель повысился на 0,03 и 0,02 балла, а на 12й месяц - на 0,01 у пациентов обеих гендерных групп соответственно. Аналогичная позитивная динамика характеризует и показатель - число Свракова и процент обнаружения *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium Vaginae*. Все исследования доказали отсутствие достоверной разницы между показателями I и II группы. Выводы. Разработанная схема лечения сопутствует регрессу воспалительных явлений, и имеет одинаковую эффективность лечения для обоих гендерных групп пациентов и приводит к ремиссии воспалительных и воспалительно-дистрофических состояний пародонта на фоне бактериальновагиноз-асацированной микрофлоры у 94,64% пациентов.

### Summary

REMISSION IN THE PROCESS OF DENTAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BACTERIAL VAGINOSIS AND THEIR SEXUAL PARTNERS

Krutikova A. D.

Key words: Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, inflammatory periodontal diseases, inflammatory-dystrophic periodontal diseases.

Patients with bacterial vaginosis are diagnosed as having chronic generalized inflammatory and inflammatory-dystrophic periodontal diseases, such as chronic catarrhal gingivitis, mild and moderate periodontitis of initial and first severity. The aim of this study is to compare the effectiveness of the treatment of inflammatory and inflammatory-dystrophic periodontal diseases in women with bacterial vaginosis and their sexual partners. Materials and methods. 28 heterosexual couples aged from 18 to 45 took part in the survey. Clinical dental examination was performed before the treatment and in 3 months after the completion of treatment. Green-Vermilion indices, RMA (in Parma modification), complex periodontal index according to Leus (KPI), Svrakov's number were determined. Both groups of patients were examined for the presence of Gardnerella vaginalis and Atopobium vaginae in the oral cavity by PCR testing. The therapeutic course was the same for all groups of patients. General therapy included: "Fluconazole" 50 mg once a day (7 days), "Clindamycin" 150 mg every 6 hours (5 days), probiotic "Symbiter acidophilus concentrated" starting from the 3rd day of antibiotics course (21 days), Calcium-D3-Nycomed 1 tab. during dinner (30 days). Local treatment included: oral baths with the drug "Stomatophyte" after morning and evening hygienic procedures (7 days), application of "Metrogil-dent" onto the gums (7 days), the drug "Lizak" 1 tab. kept in the mouth until complete dissolution every 6 hours (5 days), application of "Symbiter omega" onto the gums in silicone caps at night (21 days) after the completion of "Stomatophyte" and "Metrogil-Dent" course. Results. The women demonstrated the following: chronic generalized catarrhal gingivitis was detected in 10.71% of cases, mild chronic generalized periodontitis was found in 64.29% of cases, and chronic generalized periodontitis of I degree was diagnosed in 25% of cases. In men who were carriers of causative agents of bacterial vaginosis, chronic generalized catarrhal gingivitis was found in 7.14% of cases, mild chronic generalized periodontitis was found in 60.71% of cases. General and local dental treatment of women with bacterial vaginosis and their sexual partners showed positive objective dynamic changes in dental status. Thus, in 3 months of clinical and laboratory observations, no complaints were presented, the state of oral hygiene improved significantly. Before the treatment the Green-Vermilion index in general in women with bacterial vaginosis was  $1.323 \pm 0.035$  points, and in 3 months it equalled to  $1.032 \pm 0.021$  points. A similar dynamics was observed in men: from the starting index of  $1.336 \pm 0.041$ , the Green-Vermilion index decreased to  $1.048 \pm 0.036$ . 3 months after treatment, the PMA of patients dropped by 49.03%, and by 51.95% in men, no significant difference between the indicators of groups I and II was registered, while the difference between the results in the middle of groups I and II was significant. According to the DFM index, women had a significant difference between baseline and post-treatment outcomes that was 1.98 points, while men had 2.01 points. No significant difference was found between the results of groups I and II before and after the treatment. A similar positive dynamics characterizes the values of Svrakov's number then comparing the values before and after the treatment. The significant difference between the indicators in the group of women and men was 2,789 and 2,831, respectively. Before and after the treatment, the detection rate of Gardnerella vaginalis and Atopobium vaginae in oral cavity did not demonstrate a significant difference between the group of men and women, but there was a clear difference between the parameters obtained during the initial examination and in 3 months after the treatment completion. Conclusions. The described treatment mode for patients with bacterial vaginosis contributes to the regression of inflammatory phenomena, improves oral hygiene, and is effective for the treatment of women with this comorbidity and for the treatment of their sexual partners. The dynamic lowering of the percentage of detection of bacterial vaginosis causative agent corresponded to the dynamics of the clinical picture of periodontal disease in both women with bacterial vaginosis and men who were their sexual partners that confirms the equal effectiveness of treatment for both gender groups.