

интенсивность кровотока пародонта: линейная систолическая скорость кровотока возросла в среднем на 34,5%, диастолическая скорость – на 42,8%. Индекс периферического сопротивления (RI) снизился в среднем на 15,2%, а систолодиастолический индекс (ISD), отражающий упруго-эластические свойства сосудистой стенки, – в среднем на 24%.

У больных пародонтитом легкой степени тяжести после проведенного лечения через 14 дней показатели значений линейной систолической скорости (Vas) и диастолической скорости (Vad) кровотока стали в пределах нормы ( $p < 0,001$ ). Положительная динамика индекса Стюарта отмечена в 100% случаев, из них в 62,5% случаев ISD достигал нормы ( $2,17 \pm 0,035$ ).

При пародонтите средней степени тяжести через 14 дней после проведенного лечения у пациентов, по данным УЗДГ, в микроциркуляторном русле тканей пародонта линейная систолическая скорость кровотока возросла в 1,6 раза ( $p < 0,001$ ), у 26,7% больных Vas стала в пределах нормы. Диастолическая скорость кровотока увеличилась в 1,8 раза ( $p < 0,01$ ) и у 53,3% пациентов достигла нормальных значений. Снизилось периферическое сопротивление в сосудах пародонта, о чем свидетельствует уменьшение индекса Пурселло (RI) на 13,4% ( $p < 0,01$ ).

Проведенные исследования показывают, что орошения сероводородной водой оказывают благотворное действие на регионарную гемодинамику пародонта, обеспечивая оптимизацию местного кровообращения при пародонтите легкой и средней степени тяжести, а УЗДГ позволяет объективно оценить выявленные изменения.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИСТОРХОЗОМ

*Ломова О.Л., врач-стоматолог стоматологической клинки  
«Дентал-Комфорт», г. Тобольск*

*Ронь Г.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой  
терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава,  
г. Екатеринбург*

В настоящее время большой интерес исследователей вызывает проблема влияния общесоматических заболеваний, заболеваний органов ЖКТ на состояние полости рта [2, 3, 4]. Описторхоз как болезнь проявляется тяжелым течением в острой и хронической фазах с поражением

не только органов локализации гельминтов, но и существенным влиянием инвазии на формирование патологических состояний [5]. Доказано негативное влияние описторхоза на формирование и течение заболеваний различных органов и систем [1, 5]. Ранее влияние описторхозной инвазии на состояние органов и тканей полости рта не изучалось.

### **Цель исследования**

Определить распространенность и глубину поражения заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки рта у пациентов с описторхозной инвазией.

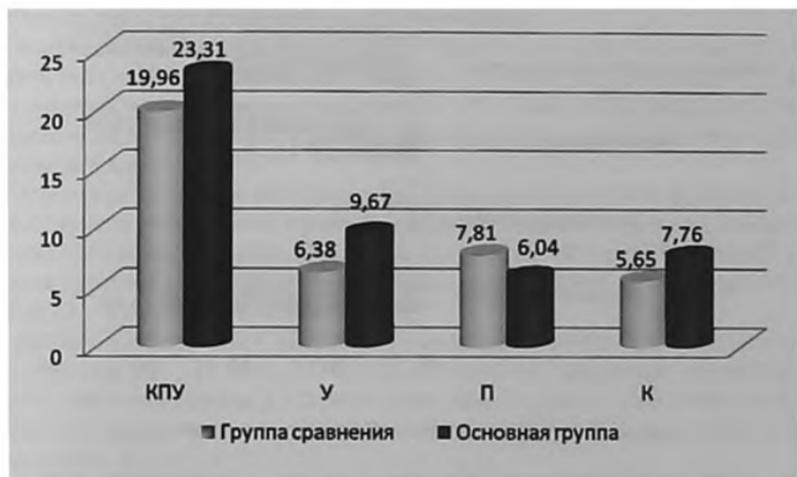
### **Материал и методы**

Обследовано 78 пациентов. Все обследованные являются жителями юга Тюменской области, в основном города Тобольска, Тобольского района, а также Уватского, Вагайского и Демьянского районов. Большая часть обследованных проживает в данной местности более 15 лет (88,89%). Основную группу составили 52 больных с хронической описторхозной инвазией в анамнезе (39 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 30 до 55 лет, средний возраст которых составил 43,1 года. Продолжительность заболевания описторхозом у пациентов была не менее четырех лет и составила в среднем  $18,13 \pm 1,61$  лет. У всех обследованных пациентов диагноз описторхоз был поставлен на основании копроовоскопического исследования в разные периоды жизни, чаще в детском и юношеском возрасте и подтверждался данными анализов впоследствии. Специфическая терапия в большинстве случаев не проводилась, за исключением трех пациентов, у которых описторхоз был выявлен повторно после проведенного лечения бельтрицидом.

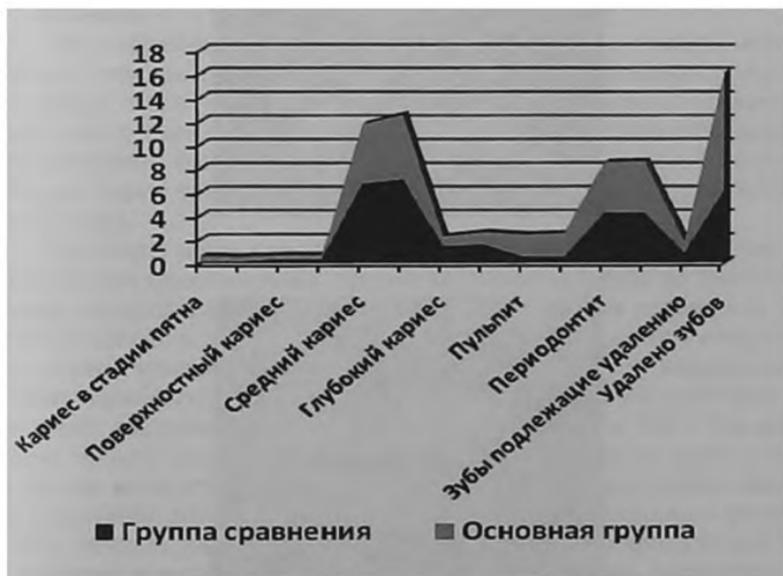
Группу сравнения составили 26 пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику «Дентал-Комфорт» с целью санации и протезирования, не имевших в анамнезе указаний на наличие описторхоза, отрицавших употребление в пищу рыбы из местных водоемов.

Клиническое стоматологическое обследование включало: анализ жалоб и анамнестических данных, осмотр, определение индексов гигиены по Грину-Вермильону, КПУ зубов, заполнение специально разработанной индивидуальной карты стоматологического обследования.

Результаты исследования обработаны с помощью методов медицинской статистики, программы Майкрософт офис эксель 2007. Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ( $M \pm m$ ). Для установления достоверности различий использовался t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .



**Рис. 1. Значения КПУ зубов**



**Рис. 2. Глубина поражения зубов кариесом**



**Рис. 3. Структура пораженности некариозными заболеваниями твердых тканей зубов (%)**



**Рис. 4**



**Рис. 5**

### Результаты исследования и их обсуждение

Заболевания ЖКТ имеют 84,62% пациентов основной группы и 34,48% больных из группы сравнения, что почти в 2,5 раза выше. У обследованных в группе сравнения анамнез отягощен аллергическими реакциями у 34,61% пациентов, а в основной группе – у 61,54%, что почти в два раза выше.

Анализ результатов обследования показывает высокое распространение кариеса зубов у лиц, проживающих в Тюменской области: в обеих группах он достигает 100%. Значения индекса J.C. Green, J.R. Vermillion в обеих группах были примерно одинаковыми:  $1,45 \pm 0,12$  в основной и  $1,42 \pm 0,17$  – в группе сравнения.

Данные индекса КПУ составили в основной группе  $23,3 \pm 0,8$ , в контрольной группе –  $19,96 \pm 1,23$ . Средняя величина показателя удаленных зубов в основной группе в 1,5 раза выше, чем в группе сравнения, также в основной группе выше средний показатель кариеса. Данные представлены на рис. 1.

Глубина поражения зубов кариесом представлена на рис. 2.

Распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов в группе сравнения составила 50%, а в основной группе – 75%.

### Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о более высоком уровне и глубине поражения зубов кариесом и более высоком показателе удаленных зубов у больных с хронической описторхозной инвазией по сравнению с пациентами группы сравнения. А также можно предположить, что описторхоз является фактором риска развития некариозной патологии твердых тканей зуба в виде клиновидных дефектов и повышенной стираемости зубов.

Результаты исследования подтверждают предположение о том, что хроническая описторхозная инвазия оказывает влияние на тяжесть течения стоматологических заболеваний. Поэтому при проведении профилактических и лечебных мероприятий таким пациентам следует использовать комплексный подход с предупреждением возникновения стоматологических заболеваний. Больные с хронической описторхозной инвазией, как правило, имеют в анамнезе заболевания ЖКТ. Так как санация полости рта и устранение дефектов зубных рядов путем восстановления жевательной эффективности оказывают позитивное влияние на улучшение желудочного пищеварения [2, 3], необходимо рекомендовать лечение зубов и протезирование пациентам с хронической описторхозной инвазией. Этот момент следует учитывать терапевтам при оказании помощи больным с описторхозом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беэр С.А. Биология возбудителя описторхоза. Москва: Товарищество научных изданий КМК. – 2005. – С. 57.
2. Десятниченко К.С., Леонтьев В.К. О механизме взаимосвязи ротовой фазы пищеварения, состояния полости рта и желудочной секреции//Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 102–103.
3. Леонтьев В.К., Десятниченко К.С. Взаимосвязь состава и свойств слюны у взрослых с характеристикой желудочной секреции, влияние лечения кариеса и протезирования зубочелюстной системы//Институт стоматологии. – 2007. – № 4. – С. 66–67.
4. Пихур О.Л., Робакидзе Н.С., Черевко Н.И. Состояние твердых тканей зубов у больных с двигательными дисфункциями верхних отделов пищеварительного тракта//Институт стоматологии. – 2007. – № 1. – С. 39–41.
5. Степанова Т.Ф. Описторхоз: новые взгляды на инвазионную болезнь, основы клинической реабилитации, методологию крупномасштабных оздоровительных работ. – М.:Тюмень: Изд-во ТГУ, 2002. – 196 с.