

группе, и составил $24,88 \pm 1,83$ ($25,04 \pm 1,85$ и $27,75 \pm 2,28$ соответственно). Соответственно иммунорегуляторный индекс, представленный соотношением регуляторных хелперных и супрессорных популяций CD_4/CD_8 , в основной группе снижался в 1,8 раз ($0,83 \pm 0,05$) по отношению к группе сравнения ($1,44 \pm 0,09$) и практически в 2 раза от показателей контрольной группы ($1,6 \pm 0,12$). Нарушение соотношения регуляторных хелперных и супрессорных популяций лимфоцитов свидетельствует о недостаточности клеточного звена иммунитета у пациентов основной группы, что отражает взаимное влияние воспалительного процесса в пародонте и системных нарушений в иммунной системе у пациентов с гипотиреозом.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. У пациентов с генерализованным пародонтитом, протекающем на фоне гипотиреоза, выявлены значительные нарушения иммунной системы в виде достоверного снижения фагоцитарной активности и показателей клеточного иммунитета, преимущественно за счет Т-хелперной субпопуляции лимфоцитов.

2. Нарушение активности фагоцитарного и клеточного звена иммунной системы и патологический воспалительный процесс в тканях пародонта при гипопаратиреозе

обуславливают взаимное отягочающее влияние на состояние организма, что приводит к формированию порочного круга с развитием вторичной иммунной недостаточности.

Оценка характера и степени нарушений в иммунном статусе при пародонтите у пациентов с гипотиреозом позволит определить потенциальные критерии для обоснованного включения иммуномодулирующих препаратов в комплексное лечение.

Литература

1. Воложин А. И., Порядин Г. В., Казимирский А. Н. и др. Иммунологические нарушения в патогенезе хронического пародонтита. *Стоматология*, 2005; 3: 4-7.
2. Грекова Т. И., Бурланчук В. Т., Будневский А. В. и др. Тиреоидные гормоны и нетиреоидная патология: профилактика, лечение: Учебное пособие для врачей. Петрозаводск, 2003; 30.
3. Епишин А. В., Хабарова Н. А., Грыцив В. Е. Отдаленные результаты терапии идиопатического гипотиреоза в зависимости от иммунного статуса. *Клиническая медицина*. 1996; 74: 5: 37-39.
4. Иванюшко Т. П. Роль иммунных механизмов в патогенезе пародонтита и обоснование методов локальной иммунотерапии Автореф. дисс. ... докт. мед. наук М., 2002; 46.
5. Михалева Л. М., Шаповалов В. Д., Бархина Т. Г. Хронический пародонтит. *Клиническая морфология и иммунология*. М.: «Триада-фарм», 2004; 126.
6. Москвина Т. С. Эффективность лечения пародонтита у больных с нарушением функции щитовидной железы. *Стоматология*, 2001; 1: 47-51.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Оптимизация комплексного лечения гингивита у женщин с гестозом

С. В. Чуйкин, Р. Р. Кутушева

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме

В статье приведены исследования по изучению возможности использования сорбента «Полсорба МП» и фитопрепарата «Стоматологического карандаша» в комплексном лечении гингивита у беременных женщин.

Ключевые слова: стоматология, сорбент, фитопрепарат.

Проблема охраны материнства является важнейшей задачей государства, медицины в целом и стоматологической службы в частности. Исследования последних лет, направленные на лечение воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) у беременных женщин, сви-

детельствуют об актуальности этой проблемы [1; 2; 7]. Распространенность заболеваний пародонта составляет 98,3% у женщин с гестозом и 20,0% — у беременных с физиологическим течением беременности. В структуре пародонтальных заболеваний преобладают воспалительные — гингивит, пародонтит. Около 90% случаев гингивита составляет катаральный гингивит [3; 5].

Накопление вазоактивных веществ (серотонинов, катехоламинов) в плацентарной тка-

С. В. Чуйкин — д. м. н., проф., зав. кафедры стоматологии детского возраста БГМУ, член-корр. РАЕН;

Р. Р. Кутушева — аспирант кафедры стоматологии детского возраста БГМУ.

ни и возможный их переход в общий кровоток ведут к возникновению и прогрессированию изменений на общесоматическом уровне. Именно нарушение микроциркуляции и внутрисосудистого звена является результатом всех гемодинамических, метаболических и сосудистых расстройств и приводит к трофическим и органическим изменениям в тканях пародонта у беременных, формируя симптоматику гестоза [12; 10; 8]. Заболевания пародонта неблагоприятно действуют на функцию пищеварения, психоэмоциональную сферу, снижают резистентность организма к действию инфекционных и других факторов, приводят к сенсбилизации больного. Общесоматические заболевания и функциональные нарушения в 85% случаев активизируют процесс в пародонте [4].

Применение многих лекарственных препаратов небезопасно во время беременности, поэтому их выбор ограничен. Лекарственные растения имеют ряд преимуществ: содержат биологически активные вещества, оказывающие комплексное действие на организм, обладают низкой токсичностью, мягкостью действия. Благодаря наличию микроэлементов, витаминов, биогенных веществ, они обладают не только выраженным местным действием, но и повышают общую резистентность организма [6; 11]. Использование сорбентов дает возможность снизить интенсивность медикаментозной терапии или исключить ее, в том числе антибиотикотерапию, гормонотерапию, десенсбилизирующее лечение. Аппликационная сорбция является самым безопасным, неинвазивным методом лечения беременных женщин.

Цель исследования — оптимизация комплексного лечения гингивита у женщин с гестозом с применением сорбента и фитопрепарата.

Материалы и методы

Оценка эффективности примененной методики основывалась на анализе результатов комплексного обследования 168 беременных женщин (из них 117 женщин с гестозом) с катаральным гингивитом в возрасте 17-34 года со II по III триместр беременности, на лечении в отделении патологии беременных (ОПБ №1) роддома №4 г. Уфы. Возраст обследованных пациенток составил от 17 до 34 лет. Срок беременности от 30-36 недель.

117 женщин с гестозом объединены в группы в зависимости от примененной схемы лечения. В соответствии с этим, в III триместре все женщины с гестозом были разделены на три группы: в 1-ю группу включено 35 женщин, которым после профессиональной гигиены полости рта проводилось комплексное лечение гингивита с применением сорбента

«Полисорб МП» и фитопрепарата «Стоматологический карандаш». 2-я группа состояла из 40 женщин, которым проводилась профессиональная гигиена полости рта с рекомендацией трехкратной чистки зубов и массажа десен. 3-я группа — 42 женщины — контрольная. Результаты оценивали через 10 дней после проведения лечебного курса.

В комплексе терапевтических мероприятий применяли сорбент «Полисорб МП», который разрешен к применению приказом МЗ РФ №50 от 13 февраля 1996г (рег. №96/50/11) и фитотерапию, которую проводили с использованием растительного средства в виде помады-карандаша («Стоматологический карандаш»), в состав которого входил масляный растительный экстракт, включающий растения, разрешенные для применения в медицине (приоритетная справка о выдаче патента на изобретение Роспатента ФГУ ФИПС от 27.04.06 №2006114538/15(015806)).

В III триместре беременности женщинам с гестозом, находящимся под контролем акушера-гинеколога и врача-стоматолога, нами предложена система проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий:

Схема лечения включала: удаление зубного камня с помощью ультразвукового аппарата на всех зубах верхней и нижней челюсти; удаление мягкого зубного налета со всех зубов верхней и нижней челюсти с помощью щеточек и абразивной пасты «Septodont» (Германия); полирование всех зубов резиновыми головками; орошение десны 3% взвесью «Полисорб МП»; нанесение «Стоматологического карандаша» по вестибулярной и оральной поверхности пародонта. Комплексную терапию рекомендовано было проводить в течение 10 дней по 3 раза в день в виде полоскания полости рта 3% взвесью сорбента «Полисорб МП» и фитопрепарата «Стоматологический карандаш» в виде аппликаций 3 раза в день длительностью 10 дней.

Клиническое обследование проводилось по традиционной схеме, включавшей: опрос, осмотр с применением индексов КПУ, РМА, КПИ, ИЗН, ИК. Основанием для включения женщины в эту группу являлись усиление кровоточивости и отек десен, отмечаемые и развивающиеся за короткий срок в период беременности. Рентгенологическое исследование не применялось из-за противопоказаний.

Бактериологическое исследование. Материалом для микробиологического исследования явились мазки зубного налета у 117 женщин с гестозом. Изучение микрофлоры полости рта проводилось качественными и количественными методами в соответствии с приказом МЗ СССР №535 от 22.04.1985 г.

Статистическую обработку клинического материала проводили при помощи статистических программ Microsoft Excel 2002 (Microsoft Corp., США) и Statistica 6.0 for Windows (Stat Soft Inc., США) с учетом рекомендаций для медицинских научных исследований. Результаты обследования регистрировали в специально разработанную карту, которые затем были перенесены в компьютерную базу данных.

Результаты и их обсуждение

Все беременные женщины до поступления в роддом прошли лечение у стоматолога. Распространенность кариозного процесса у женщин с гестозом и женщин с неосложненной гестозом беременностью была 100%. Интенсивность кариеса по индексу КПУ у женщин с гестозом равна 8 – средний уровень интенсивности, с неосложненной гестозом беременностью интенсивность составила 8,5 – средний уровень интенсивности, при этом компонент «П» (пломба) в структуре индекса КПУ равна 100%.

При анализе результатов эффективности «Полисорба МП» и «Стоматологического карандаша» были получены объективные данные у 35 женщин с гестозом, свидетельствующие о преимуществах применения «Полисорб МП» и «Стоматологического карандаша» по сравнению с группой 2-а, в которой проводилась профессиональная гигиена полости рта и массаж десен, и группой 3-й контроля. Средние показатели до лечения между группами 1, 2 и 3-й нет статистически значимых различий. После лечения и профессиональной чистки, проведенной в группах 1 и 2-а все средние значения пародонтальных индексов и индексов гигиены снизились.

В 1-й группе, где применяли «Полисорб МП» и «Стоматологический карандаш» после профессиональной чистки зубов в комплексном лечении ВЗП в III триместре среднее значение индекса РМА до лечения составило $53,17 \pm 6,7$; после лечения $24,63 \pm 2,5$, различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,05$).

Во 2-й группе, где проводилось традиционное лечение и профессиональная чистка зубов в III триместре среднее значение индекса РМА до лечения составило $51,73 \pm 6,29$; после лечения $28,68 \pm 4,82$ различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,01$).

В контрольной 3-й группе без профессиональной чистки зубов в III триместре среднее значение индекса РМА до лечения составило $51,45 \pm 6,24$; после лечения $52,36 \pm 6,00$, различие средних значений недостоверно ($p = 0,84$).

Средние значения индекса РМА после лечения между 1 и 3, 2 и 3 группами статисти-

чески достоверно различаются ($p < 0,05$ и $p < 0,01$).

В 1-й группе, где применяли «Полисорб МП» и «Стоматологический карандаш» после профессиональной чистки зубов в комплексном лечении ВЗП в III триместре среднее значение индекса ИЗН до лечения составило $2,09 \pm 0,31$; после лечения $0,21 \pm 0,14$, различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,01$).

В 2-й группе, где проводилось традиционное лечение и профессиональная чистка зубов в III триместре среднее значение индекса ИЗН до лечения составило $2,13 \pm 0,27$; различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,01$).

В контрольной 3-й группе без профессиональной чистки зубов в III триместре среднее значение ИЗН до лечения составило $1,95 \pm 0,31$; после лечения $0,80 \pm 0,27$, различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,05$).

Средние значения ИЗН после лечения между 1 и 3, 2 и 3 группами статистически достоверно различаются ($p < 0,01$ и $p < 0,01$).

В 1-й группе, где применяли «Полисорб МП» и «Стоматологический карандаш» после профессиональной чистки зубов в комплексном лечении ВЗП в III триместре среднее значение индекса КПИ до лечения составило $2,41 \pm 0,21$; после лечения $0,71 \pm 0,09$, различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,01$).

Во 2-й группе, где проводилось традиционное лечение, и профессиональная чистка зубов в III триместре среднее значение индекса КПИ до лечения составило $2,29 \pm 0,22$; после лечения $0,80 \pm 0,08$; различие средних значений до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,01$).

В контрольной 3-й группе без профессиональной чистки зубов ВЗП в III триместре среднее значение индекса КПИ до лечения составило $2,49 \pm 0,24$; после лечения $2,52 \pm 0,18$; средние значения до и после совпадают ($p < 0,05$).

Средние значения КПИ после лечения между 1 и 3, 2 и 3 группами статистически достоверно различаются ($p < 0,01$ и $p < 0,05$).

В 1-й группе, где применяли «Полисорб МП» и «Стоматологический карандаш» после профессиональной чистки зубов в комплексном лечении ВЗП в III триместре среднее значение ИК до лечения составило $2,06 \pm 0,2$; после лечения $0,00 \pm 0,00$; средние значения до и после лечения различаются статистически достоверно ($p < 0,01$).

Во 2-й группе, где проводилось традиционное лечение, и профессиональная чистка

зубов в III триместре среднее значение ИК до лечения составило $2,03 \pm 0,18$; после лечения $0,45 \pm 0,8$; средние значения до и после лечения различаются статистически достоверно ($p < 0,01$).

В контрольной 3-й группе без профессиональной чистки зубов ВЗП в III триместре среднее значение ИК до лечения составило $2,05 \pm 0,18$; после лечения $1,83 \pm 0,19$; средние значения до и после лечения различаются статистически достоверно ($p < 0,05$).

Средние значения РМА после лечения между 1 и 2, 1 и 3, 2 и 3 группами статистически достоверно различаются ($p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,05$).

В 1-й группе, где применяли «Полисорб МП и Стоматологический карандаш» после профессиональной чистки зубов в комплексном лечении ВЗП в III триместре среднее значение по клиническому состоянию пародонта до лечения составило $4,11 \pm 0,62$; после лечения составило $1,14 \pm 0,45$; средние значения до и после лечения различаются статистически достоверно ($p < 0,01$).

Во 2-й группе, где проводилось традиционное лечение, и профессиональная чистка зубов в III триместре среднее значение по клиническому состоянию пародонта до лечения составило $4,00 \pm 0,58$; после лечения составило $1,58 \pm 0,42$; средние значения до и после лечения различаются статистически достоверно ($p < 0,01$).

В контрольной 3-й группе без профессиональной чистки зубов ВЗП в III триместре среднее значение по клиническому состоянию пародонта до лечения составило $4,05 \pm 0,56$; после лечения составило $4,14 \pm 0,58$; средние значения до и после лечения совпадают статистически достоверно ($p < 0,01$).

Средние значения РМА после лечения между 1 и 3, 2 и 3 — й группами статистически достоверно различаются ($p < 0,01$ и $p < 0,01$).

Положительные результаты проведенного комплексного лечения проявлялись в значительном уменьшении признаков воспаления в пародонте, а именно кровоточивости, изъязвлений, отечности десен, выраженной гиперемии слизистой оболочки десен в области зубодесневого желобка. При этом положительные клинические результаты после лечения при обследовании отмечались независимо от степени тяжести заболеваний пародонта

Специфический состав ассоциаций микроорганизмов выявлен при количестве случаев высеваемости микрофлоры зубодесневого желобка у 117 женщин с гестозом в III триместре. При анализе материалов выявилось широкое разнообразие ассоциаций микроорганизмов и их видового состава. По дан-

ным статистической обработки полученных результатов бактериологического исследования было определено количество случаев высеваемости отдельных представителей ассоциации микроорганизмов. Итак, у женщин с гестозом в III триместре процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющий группу плазмокоагулирующих представителей рода *Staphylococcus*: 1-й группы уменьшился от $71,43 \pm 3,58$ до $17,14 \pm 1,34$; 2-й группы уменьшился от $72,50 \pm 3,82$ до $22,50 \pm 2,05$; 3-й группы увеличился от $69,05 \pm 1,81$ до $69,05 \pm 3,00$. У женщин с гестозом в III триместре процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющий группу плазмонекоагулирующих представителей рода *Staphylococcus*: 1-й группы уменьшился от $71,43 \pm 2,75$ до $34,29 \pm 1,96$; 2-й группы уменьшился от $62,50 \pm 0,83$ до $27,50 \pm 1,77$; 3-й группы уменьшился от $80,95 \pm 3,26$ до $73,81 \pm 2,51$. У женщин с гестозом в III триместре процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющий группу плазмонекоагулирующих представителей рода *Streptococcus*: 1-й группы уменьшился от $85,71 \pm 5,91$ до $34,29 \pm 3,11$; 2-й группы уменьшился от $70,00 \pm 5,30$ до $27,50 \pm 3,82$; 3-й группы увеличился от $66,67 \pm 3,57$ до $76,19 \pm 4,46$. У женщин с гестозом в III триместре процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющий группу *Prevotella intermedia*: 1-й группы уменьшился от $54,29$ до $17,14$; 2-й группы уменьшился от $50,00$ до $30,00$; 3-й группы увеличился от $35,71$ до $45,24$. У женщин с гестозом в III триместре процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющий группу другие микроорганизмы: 1-й группы уменьшился от $34,29 \pm 2,16$ до $11,43 \pm 0,55$; 2-й группа уменьшился от $22,50 \pm 1,27$ до $10,00 \pm 0,45$; 3-й группы увеличился от $19,05 \pm 0,98$ до $23,81 \pm 1,38$.

При более детальном анализе этиологической значимости различных микроорганизмов воспалительных заболеваний пародонта у женщин с гестозом отдельно рассматривали микробный состав условно патогенных кокков, как важных участников патологических процессов. При определении моноинфекции и ассоциативных инфекционных процессов нами выделялись микробы, отличающиеся высокой паразитарной адаптацией (*Str. pyogenus*, *Str. pneumoniae*, *St. Aureus*, *St. Haemolyticus*, *St. Hyicus*). Как следует из полученных результатов, адаптированных к паразитизму культуры не имеют доминирующего звена среди самостоятельных возбудителей и, соответственно, участников составляющих ассоциаций. Исходя из данных, можно заключить, что момент обострения воспалительных заболеваний пародонта у женщин с гестозом, зарегистрированный клинически, обусловлен

изменениями патогенных свойств пародонтопатогенной микрофлоры.

Применение «Полисорба МП» и «Стоматологического карандаша», а также активные гигиенические мероприятия полости рта показали положительную оценку случаев высева микрофлоры в зубодесневом желобке, что сопровождалось положительными клиническими данными по лабораторным исследованиям после 10 дней лечения.

Сравнение результатов в 1-й и 2-й группах показало выраженность антимикробного эффекта в этих группах. Однако более выраженный терапевтический эффект при применении «Полисорба МП» и «Стоматологического карандаша» можно объяснить уменьшением пародонтопатогенных представителей микроорганизмов на фоне большого общего процента случаев высеваемости выделенных микроорганизмов в ассоциации.

Группу высокого риска по возникновению частых рецидивов ВЗП составляют женщины, в анамнезе у которых отмечаются хронические общесоматические заболевания. Общесоматическая патология была выявлена у всех 117 (100%) женщин с гестозом и у 46 (90,8%) женщин с неосложненной гестозом беременностью. Среди сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у женщин с гестозом преобладали болезни сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, сравнение результатов микробиологического исследования, содержащего зубодесневых карманов до и после 10 дней лечения показало положительные изменения в популяции микроорганизмов и уменьшение патогенной микрофлоры.

Выводы

1. Изучен стоматологический статус у женщин с гестозом, позволяющий выявить группу риска по возникновению воспалительных заболеваний пародонта и частых их рецидивов — катаральный гингивит 100% (из них преобладают хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени (26,49%) и хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени (19,66%)) и у них в анамнезе отмечаются хронические общесоматические заболевания — 100% (из них преобладают болезни сердечно-сосудистой системы (70,09%), заболевания почек (55,56%) и органов дыхания (29,91%) и желудочно-кишечного тракта (24,79%).

2. Исследования микрофлоры зубодесневого желобка у женщин с гестозом после применения «Полисорба МП» и «Стоматологичес-

кого карандаша» показали эффективность воздействия на патогенную и условно патогенную микрофлору снижением случаев высева пародонтопатогенной микрофлоры (процент случаев высеваемости микроорганизмов, составляющей группу плазмокоагулирующих представителей рода *Staphylococcus*: 1-й группы уменьшился от $71,43 \pm 3,58$ до $17,14 \pm 1,34$; составляющей группу плазмонекоагулирующих представителей рода *Staphylococcus*: 1-й группы уменьшился от $71,43 \pm 2,75$ до $34,29 \pm 1,96$; составляющей группу *Prevotella intermedia*: 1-й группы уменьшился от $54,29$ до $17,14$).

3. Разработана схема комплексного лечения гингивита у женщин гестозом с применением сорбента и фитопрепарата, показывает положительные результаты и дает возможность исключить прием антибиотиков, оказывающих неблагоприятное влияние на мать и плод (до лечения хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести составляет 22,86%, после лечения — 0%).

Литература

1. Бахмудов Б. Р., Бахмудова З. Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин. *Стоматология*. 2000; 3: 12-14.
2. Камилов, Ф. Х. Биохимия в стоматологии: монография. Камилов Ф. Х., Чуйкин С. В., Чемикосова Т. С. Уфа: Издательство Башкирского гос. мед. ун-та, 2000; 85.
3. Каримов, Р. Р. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта у беременных с гестозом с применением пластин «ЦМ». Автореф. дис. ... канд. мед. наук Уфа, 2001; 17.
4. Копейкин, В. Н. Иммунный и стоматологический статус женщин, родивших с внутриутробной задержкой развития плода. В. Н. Копейкин, В. В. Коржова, М. И. Воропаева, В. С. Сускова. *Стоматология*. 1998; 3: 27-30.
5. Курякина, Н. В. Заболевания пародонта. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2007; 292.
6. Лукиных, Л. М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. Л. М. Лукиных. М.: Медицинская книга, 2003; 196.
7. Лукиных, Л. М. Дентикс-ополаскиватель для полости рта. Л. М. Лукиных. *Обзор* *Стоматология*. 2004; 8: 9-11.
8. Мазурская Н. М. Клинико-функциональные особенности показателей системной гемодинамики у беременных, рожениц и родильниц с артериальной гипертензией: автореф. дис...д-ра. мед. наук. М., 2007; 48.
9. Покровский, М. Ю. Уровень санитарно-гигиенических знаний по уходу за полостью рта у беременных женщин. М. Ю. Покровский. *Нижегородский медицинский журнал*. 2002; 1: 144-147.
10. Савельева Г. М., Шалина Р. И. Современные проблемы этиологии, патогенеза и профилактики гестозов. *Акушерство и гинекология*. №5. 1998; 6-9.
11. Самылина И. А. Сравнительное изучение настоек календулы. И. А. Самылина, Н. С. Терешина. *Фармация*. 2005; 6: 6-8.
12. Хамадянов У. Р., Кульмухаметова Н. Г., Плечев В. В. Гестозы беременных. Уфа, 1997; 158.