

Я.А. Самедли

Состояние тканей пародонта на фоне хронического холецистита и лечебные мероприятия

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Цель работы – оценка состояния пародонта на фоне хронического холецистита и определение возможности лечения воспалительных заболеваний пародонта с применением растительных средств. Контингент обследованных в целом составил 230 человек, разделенных на три группы, на фоне развития или отсутствия различных форм заболеваний желчного пузыря.

Стоматологический статус пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического калькулезного холецистита, характеризовался статистически значимым повышением индекса РМА, РНР и уровня обсемененности патогенными микроорганизмами. Включение в комплексную терапию заболеваний пародонта растительного препарата («Можжевельник (плоды)» *Herba Flora*) улучшает состояние гигиены полости рта и тканей пародонта.

Ключевые слова: заболевания пародонта, хронический холецистит, лечение.

Воспалительные и деструктивные заболевания тканей пародонта являются одной из актуальных и нерешенных проблем современной стоматологии. Так, в среднем 60–70 % населения в средних возрастно-половых группах страдают теми или иными формами пародонтопатии, а у лиц старшей возрастной группы этот показатель может достигать максимальной отметки в 100 % [1, 5].

У почти 90–97 % больных с пародонтопатией диагностируются различные патологии внутренних органов, что свидетельствует о наличии определенной взаимосвязи между состоянием тканей и органов полости рта и общим статусом организма. С этой точки зрения воспалительные заболевания пародонта можно рассматривать как фактор риска развития различных соматических заболеваний [2, 4, 6]. За последнее десятилетие интерес к вопросам взаимосвязи заболеваний пародонта и последствий развития данной патологии с некоторыми системными заболеваниями [7, 8] очень вырос.

Согласно современным представлениям, механизм этой ассоциации описывается как стимуляция и поддержание воспалительного ответа посредством противовоспалительных цитокинов и других медиаторов воспаления, производством патогенными микроорганизмами эндотоксинов, выделяющихся в кровоток из пародонтальных карманов [3].

При проведении лечебно-профилактических мероприятий обычно ограничиваются контролем гигиенического состояния полости рта, наличия бактериальной инфекции в пародонтальных карманах и степени проявления их вирулентности [9]. Но у больных с заболеваниями пародонта, развивающимися при соматической патологии, целесообразно применять биологически нейтральные препараты комплексного действия в сочетании со стандартной терапией. Широкое применение натуральных препаратов в медицине обусловлено выраженным положительным клиническим действием, отсутствием побочных эффектов, хорошей переносимостью и все это на фоне выраженного противоотечного и противовоспалительного действия.

Цель работы – оценить состояние пародонта на фоне хронического холецистита и определить возможности лечения воспалительных заболеваний пародонта с применением растительных средств.

Материал и методы

Контингент обследованных в целом составил 230 человек, разделенных на три группы, на фоне развития или отсутствия различных форм заболеваний желчного пузыря. Из них для дальнейших исследований были отобраны 25 больных с хроническим бескаменным холециститом (группа сравнения) и основная группа – 28 пациентов с хроническим калькулезным холециститом и воспалительными заболеваниями пародонта. Группу контроля составили 25 больных с воспалительными заболеваниями пародонта без сопутствующей патологии.

Возраст обследованных колебался в пределах от 35 до 52-х лет. Проводились стоматологическое обследование больных, оценка степени изменения цвета слизистой оболочки десны, ее кровоточивости, глубины пародонтальных карманов, подвижности зубов. Кроме того, осуществлялась оценка состояния тканей пародонта с использованием индекса РМА (Parma, 1960).

Диагностика соматической патологии базировалась на традиционной схеме и включала ультразвуковые, эндоскопические и лабораторные методы исследования. Проводилось комплексное пародонтологическое лечение всех больных – профессиональная гигиена полости рта, по необходимости иммобилизация подвижных зубов путем шинирования и противовоспалительная терапия, в конкретных случаях применялся хирургический метод устранения патологических пародонтальных карманов.

На втором этапе исследований оценивалась эффективность различных схем лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у больных, выбранных из числа ранее обследованных пациентов с холециститом. В основной лечебной группе больным назначали аппликацию растительного препарата («Можжевельник (плоды)» *Herba Flora*). Данный растительный препарат назначают в качестве дезинфицирующего средства при мочекаменной болезни. Также его используют при застое желчи и склонности к камнеобразованию в желчном пузыре. В контрольной лечебной группе больным назначалась стандартная терапия с назначением аппликации антисептика (биглюконат хлоргексидина). Время воздействия 15 минут, курс лечения – 7–10 процедур, проводящихся ежедневно. Оценку действия проводили на основании динамики изменения клинических признаков, которые определяли при контрольных осмотрах и в динамике лечебно-

профилактических мероприятий до лечения и через 4, 6 и 8 недель после него. Степень тяжести патологического процесса в мягких и твердых тканях пародонта оценивалась с использованием методик и критериев ВОЗ и применением индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPITN, 1980.

Для микробиологических исследований биоматериал (смешанная ротовая жидкость) помещали в гелевую транспортную систему со средой Стюарта в полистироловой пробирке, которые доставляли в лабораторию в течение 12-ти часов. Далее материал засеивался на различные питательные среды и инкубировался до выделения отдельных микроорганизмов.

Для получения объективных результатов больных всех трех групп сопоставили по возрасту, полу, характеру и глубине поражения тканей пародонта.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Microsoft Excel, Statistica for Windows v. 7.0).

Результаты исследований

В основной группе уровень распространенности воспалительных заболеваний тканей пародонта составил почти 97 %. Среднее количество больных в этой группе, у которых при клиническом исследовании диагностировали патологические пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм, характерные для пародонтита средней степени тяжести, имело максимальное по всем трем группам значение – $36,0 \pm 4,80$ % (табл. 1).

Важно отметить, что несвоевременное лечение патологии при наличии костных карманов нередко приводит к утрате интактных зубов, что, в свою очередь, серьезным образом влияет на тяжесть течения и результаты лечения самой фоновой соматической патологии. В группе контроля, которую составили практически здоровые люди без фонового заболевания, определялась менее выраженная картина по интенсивности и глубине поражения пародонтальных тканей, что главным образом проявлялось меньшей частотой встречаемости нарушений в околозубных тканях и глубоких костных карманов, которые не выявлялись при обследовании полости рта у больных данной группы.

При сравнительном анализе индексной оценки у больных группы контроля чаще, чем в других группах, наблюдался интактный пародонт – $44,0 \pm 7,02$ %, частота встречаемости здорового пародонта в этой группе – против $12,5 \pm 3,70$ и $3,0 \pm 1,71$ % значений в группе сравнения и в основной группе соответственно.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, который является показателем клинической выраженности воспалительных изменений в тканях пародонта,

существенно повысился под влиянием диагностированной общесоматической патологии, особенно у больных основной группы. Значение пародонтального индекса, характеризующие тяжесть течения воспалительно-деструктивных процессов в пародонте, у больных вышеуказанной группы составило $29,5 \pm 0,47$ %. Сравнительно низкие показатели индекса в контрольной группе практически здоровых лиц объяснялись тем, что отсутствие побочного влияния соматической патологии и правильный уход за гигиеническим состоянием полости рта исключают дальнейшее ухудшение стоматологического статуса.

Результаты обследований позволили констатировать, что воспалительные изменения в тканях пародонта нарастали соответственно тяжести течения воспалительного процесса в желчном пузыре.

Данные микробиологических исследований, представленные в табл. 2, демонстрируют относительную сохранность количественных и качественных показателей представителей нормальной микрофлоры в контрольной группе и низкие по сравнению с основной группой пациентов с соматической патологией количественные и качественные показатели патогенных микроорганизмов *Porphyromonas gingivalis* – $25,0 \pm 12,50$ % и $5,06 \pm 0,19$ lgCFU/ml.

В ходе микробиологических исследований были также выделены представители *Actinomyces* spp., динамика частоты высеваемости которых была почти аналогичной в обеих группах. Только в основной группе показатели были ниже по интенсивности выявляемости пародонтопатогенных бактерий – $3,95 \pm 0,03$ против $4,67 \pm 0,21$ lgCFU/ml значений в группе контроля.

При рассмотрении агрессивной микрофлоры были определены представители пародонтопатогенных бактерий, в том числе и *Prevotella intermedia* (табл. 3). Важно отметить, что в группе контроля количественные показатели по данному микроорганизму $16,7 \pm 10,76$ % значительно ниже, чем в группе больных с заболеваниями желчного пузыря, – $38,5 \pm 13,49$ %, что позволяет высказать мнение о росте количества и формировании устойчивых штаммов некоторых патогенных микроорганизмов на фоне развития соматической патологии. Зарегистрированные для этой группы бактерий данные свидетельствуют о возникновении патологических изменений в области зубодесневой связи.

Для оценки уровня гигиены полости рта у 25-ти пациентов основной группы до и после лечения различными методами и средствами был использован индекс эффективности гигиены полости рта РНР по Podshadley, Haley (1968). До начала лечебно-профилактических мероприятий и проведения профессиональной гигиены у всех обследованных пациентов уровень

Таблица 1

Распространенность заболеваний пародонта в различных группах (индекс CPITN)

Возрастные группы	Количество обследованных	Количество обследованных, %				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4–5 мм	6 мм и более
Контрольная группа	50	$44,0 \pm 7,02$	$38,0 \pm 6,86$	$18,0 \pm 5,43$	–	–
Группа сравнения	80	$12,5 \pm 3,70$	$32,5 \pm 5,24$	$13,8 \pm 3,85$	$26,3 \pm 4,92$	$15,0 \pm 3,99$
Основная группа	100	$3,0 \pm 1,71$	$5,0 \pm 2,18$	$35,0 \pm 4,77$	$36,0 \pm 4,80$	$21,0 \pm 4,07$
Всего	230	$15,2 \pm 2,37$	$21,7 \pm 2,72$	$23,9 \pm 2,81$	$24,8 \pm 2,85$	$14,4 \pm 2,31$

Таблица 2

Характеристика микробной флоры полости рта у пациентов контрольной группы

Микроорганизмы	Кол-во пациентов (n = 12)	Частота (% от числа пациентов)	Микробное число (lgCFU/ml)
<i>Streptococcus salivarius</i>	3	25,0±12,50	6,52±0,17
<i>Enterococcus spp.</i>	10	83,3±10,76	5,88±0,18
<i>Actinomyces spp.</i>	8	66,7±13,61	4,67±0,21
<i>Fusobacterium spp.</i>	9	75,0±12,50	5,43±0,16
<i>Prevotella intermedia</i>	2	16,7±10,76	4,63±0,26
<i>Veillonella spp.</i>	2	16,7±10,76	3,85±0,27
<i>Enterobacterium spp.</i>	6	50,0±14,43	4,30±0,18
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	3	25,0±12,50	5,06±0,19

Таблица 3

Характеристика микробной флоры полости рта у пациентов основной группы

Микроорганизмы	Кол-во пациентов (n = 13)	Частота (% от кол-ва пациентов)	Микробное число (lgCFU/ml)
<i>Streptococcus salivarius</i>	10	76,9±11,69	4,87±0,14
<i>Enterococcus spp.</i>	8	61,5±13,49	5,03±0,16
<i>Actinomyces spp.</i>	8	61,5±13,49	3,95±0,03
<i>Fusobacterium spp.</i>	7	53,8±10,95	3,31±0,29
<i>Prevotella intermedia</i>	5	38,5±13,49	4,67±0,22
<i>Veillonella spp.</i>	4	30,8±12,80	4,21±0,13
<i>Enterobacterium spp.</i>	5	38,5±13,49	3,54±0,18
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	5	38,5±13,49	5,51±0,11

Таблица 4

Динамика показателей индекса эффективности гигиены полости рта РНР

Группы обследованных	до лечения	через 4 недели	$P_{до}$ <	через 6 недель	$P_{до}$ <	через 8 недель	$P_{до}$ <
Группа 1 (n = 12)	2,53±0,061	1,39±0,037	0,001	1,08±0,052	0,001	1,24±0,048	0,001
Группа 2 (n = 13)	2,65±0,048	1,81±0,090	0,001	1,64±0,092	0,001	1,69±0,096	0,001
	до	4 нед.		6 нед.		8 нед.	
P (1–2)	0,6445	0,1213		0,0812		0,0792	

гигиены оценивался как «плохой», РНР – 2,53±0,061 и 2,65±0,048 балла, соответственно у пациентов 1-й (основной) лечебной группы и 2-й группы – группы сравнения (табл. 4).

У пациентов группы сравнения через месяц после завершения курса базовой терапии, включавшей профессиональную гигиену и назначение необходимых профилактических процедур, значение индекса эффективности гигиены полости рта значительно снизилось и соответствовало неудовлетворительной гигиене – 1,81±0,090 балла, тогда как в основной группе, где в качестве поддерживающей терапии была назначена аппликация растительного препарата, показатели оказались еще ниже и составили 1,39±0,037 балла (p = 0,1213).

Однако через 6 недель индекс РНР значительно снизился в основной группе и достиг минимального значения по группам на всех этапах исследований – 1,08±0,052 при 1,64±0,092 (p < 0,001). Следует отметить, что на завершающем этапе клинических исследований в контрольной группе значения индекса превысили уровень «неудовлетворительной гигиены». Показатели индекса РНР в группе больных, не использовавших растительный препарат, независимо от сроков реабилитации свидетельствовали о неудовлетворительном на фоне высокого уровня микробной колонизации гигиеническом состоянии полости рта.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет заключить, что на фоне развития тяжелых форм

патологій желчевыводящих путей діагностуються тяжелі зміни в м'яких і твердих тканинах пародонта. Так, у пацієнтів з хронічним калькулезним холециститом генералізований пародонтит середньої і тяжкої ступені реєструється частіше. Стоматологічний статус пацієнтів, страждаючих запальними захворюваннями пародонта на фоні хронічного

калькулезного холецистита, характеризується статистично значимим підвищенням індекса РМА, РНР і рівня обсемененості патогенними мікроорганізмами. Включення в комплексну терапію захворювань пародонта вказаного вище рослинного препарату значительно удосконалює стан гігієни порожнини рота і тканин пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gazhva SI, Guluev RS. Rasprostranennost' i intensivnost' vospalitel'nyh zabolevanij parodonta (obzor literatury). Stomatologija. – 2012. № 1: 13–4 [In Russian]
2. Gorbacheva IA, Kirsanov AI, Orehova LJ. Edinstvo sistemnyh patogeneticheskikh mehanizmov pri zabolevaniyah vnutrennih organov, asociirovannyh s generalizovannym parodontitom. Stomatologija. – 2016. № 3: 6–11 [In Russian]
3. Grudjanov AI, Bezrukova IV. Immunologicheskie pokazateli krovi pri bystroprogressivnom parodontite. Stomatologija. – 2016. № 3: 15–7 [In Russian]
4. Kil'muhametova JH, Batig VM, Abramchuk II. Zabolevanija parodonta na fone somaticheskikh patologij. Molodoy uchenyj. – 2017. № 26: 57–62 [In Russian]
5. Leont'ev VK. Zdorove zuby i kachestvo zhizni. Institut stomatologii. – 2014. № 3: 2–5 [In Russian]
6. Leus LI. Patogeneticheskie vzaimosvjazi hronicheskogo oral'nogo sepsisa s obshchimi zabolevanijami. Stomatologicheskij zhurnal. – 2000. № 2: s. 25–30 [In Russian]
7. Judina VA, Leus PA. Hronicheskaja infekcija v rotovoj polosti i ishemicheskaja bolezn' serdca: vozmozhnaja vzaimosvjaz' i puti umen'shenija vlijanija stomatologicheskoi patologii na razvitie i progressirovanie IBS. Stomatologicheskij zhurnal. – 2013. № 3: 12–5 [In Russian]
8. Castillo A, Mesa F, Liebana J. Periodontal and oral microbiological status of an adult population undergoing haemodialysis: a cross-sectional study. Oral Dis. – 2007 Mar 13 (2): 198–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17305623> Doi.org/10.1111/j.1601-0825.2006.01267.x
9. Dahlen G. Microbiological diagnostics in oral diseases. Acta Odontol. Scand. – 2006. Vol. 64. № 3: 164–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00016350500520318> Doi.org/10.1080/00016350500520318

Стан тканин пародонта на тлі хронічного холециститу й лікувальні заходи

Я.А. Самедлі

Мета роботи – оцінка стану пародонта на тлі хронічного холециститу й визначення можливості лікування запальних захворювань пародонта із застосуванням рослинних засобів. Контингент обстежених у цілому склав 230 осіб, розділених на три групи, на тлі розвитку або відсутності різних форм захворювань жовчного міхура.

Стоматологічний статус пацієнтів, які страждають на запальні захворювання пародонта на тлі хронічного холециститу, характеризувався статистично значущим підвищенням індексу РМА, РНР і рівня обсеменіння патогенними мікроорганізмами. Включення в комплексну терапію захворювань пародонта рослинного препарату («Ялівець (плоди)» Herba Flora) покращує стан гігієни порожнини рота і тканин пародонта.

Ключові слова: захворювання пародонта, хронічний холецистит, лікування.

The condition of periodontal tissues on the background of chronic cholecystitis and therapeutic measures

Ya.A. Samedli

The aim of research was to assess the condition of periodontal tissues on the background of chronic cholecystitis and to determine the possibility of treating inflammatory periodontal diseases using herbal remedies. The contingent surveyed as a whole was 230 people, divided into 3 groups against the background of the development or absence of various forms of gallbladder diseases.

The dental status of patients suffering from inflammatory periodontal diseases against the background of chronic calculous cholecystitis was characterized by a statistically significant increase in the PMA index, PHP and the level of pathogen bacteria. Inclusion in the complex therapy of periodontal diseases of the herbal preparation («Juniper (fruit)» Herba Flora) improves the condition of oral hygiene and periodontal tissues.

Key words: periodontal diseases, chronic cholecystitis, treatment.

Самедлі Ялчин Алифага оглы – сотрудник кафедры терапевтической стоматологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджан.