

of the antidysbiotic "Lekvin" on the efficacy of the treatment for inflammatory parodontal diseases in patients with hepatobiliary disorder. The article describes the results obtained through the study of the state of parodontal tissues in 157 patients with hepatobiliary pathology. The data analyzed included findings of clinical observations and index evaluation (OHI-S, PMA, PBI). 85 persons with non-alcoholic liver steatosis made up the group I and 72 persons with non-alcoholic steatohepatitis made up the group II. Depending on the therapy, patients with hepatic steatosis were divided into two subgroups: 41 patients received the basic treatment, and 44 individuals in addition to the basic therapy, took the antidysbiotic "Lekvin". Based on the the same principle the patients with steatohepatitis were divided into 2 subgroups: 34 patients received basic therapy, and 38 individuals in addition to the basic therapy took the antidysbiotic "Lekvin". The control group consisted of 20 healthy persons without pathology of the periodontal disease. The indices after the treatment have showed that using of the antidysbiotic agent in the comprehensive treatment significantly improves the oral hygiene index (Green-Vermillion), the periodontal-marginal-alveolar index, and reduces the index of gum bleeding. Therefore, in order to increase the effectiveness of the treatment, it is advisable to use an antidysbiotic "Lekvin" in a complex treatment, and data obtained in 3 months after the completion of the treatment demonstrate a long-term effect.

УДК 616.31-002-06:618.15-022.7]:614.22-036

Шульженко А.Д.

ДИНАМІКА ПАРОДОНТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЖІНОК ІЗ БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. На сьогоднішній день немає тактики стоматологічної курації жінок, які страждають на бактеріальний вагіноз, не визначено, тоді як доведено, що всі пацієнтки із бактеріальним вагінозом мають хронічні генералізовані запальні та запально-дистрофічні захворювання пародонта, такі як хронічний катаральний гінгівіт, пародонтит початкового та першого ступеня тяжкості. *Мета.* Клініко-лабораторна оцінка ефективності на різних термінах спостережень нового запропонованого способу лікування жінок із генералізованим пародонтитом на тлі бактеріального вагінозу. *Матеріали та методи.* Обстежено 84 жінки репродуктивного віку. Поділ по групам проведено на основі гінекологічного статусу, що визначається акушером-гінекологом: I група (контрольна) – 25 жінок з I та II ступенем чистоти піхви, II-а – 27 жінок - носіїв *Gardnerella vaginalis*, II-я – 54 жінки із бактеріальним вагінозом. III група була поділена на III-A (26 пацієнток) зі стандартною схемою лікування, та III-Б підгрупи (28 пацієнток) – з запатентованою схемою. Проведено клінічне стоматологічне, гінекологічне та лабораторне обстеження. Додатково проведено аміно-тест ротової та піхвової рідини, ПЛР на наявність *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* в порожнині рота та піхві. *Результати.* У жінок III-A групи через 12 місяців частота хронічного генералізованого пародонтиту I ст. збільшилася на 0,3%, хронічного генералізованого пародонтиту початкового ступеню зменшилася на 3,89%, що говорить про відсутність стабільної ремісії та ефективності стандартної схеми в лікуванні запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта у жінок із бактеріальним вагінозом. Відсоток хронічного генералізованого пародонтиту I ст. та хронічного генералізованого пародонтиту початкового ступеню у пацієнток III-Б групи знизився на 10,7% та 32,19% відповідно, що об'єктивізує позитивну динаміку та ефективність запатентованої нами схеми лікування. *Висновки.* У всіх пацієнток із БВ діагностовано запальні та запально-дистрофічні захворювання пародонта і не зареєстровано клінічно інтактного пародонта. Виявлено опосередкований зв'язок тяжкості пародонтальної патології з кількістю статевих партнерів. Констатовано об'єктивно стабільний позитивний результат лікування у жінок III-Б групи, та недовготривалий результат лікування у жінок III-A групи.

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

Зазначений фрагмент роботи входить до прикладної НДР, що виконується за рахунок коштів державного бюджету, НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патологій та фармакогенетики ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія" «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» (№ ДР 0115 У001138) 2015-2018рр.

Вступ

Сучасний підхід до лікування пародонтологічних хворих ґрунтується на принципах комплексності, поєднаності, диференціації, індивідуалізації та курсовості лікування з урахуванням етіологічних факторів та патогенетичних механізмів

захворювань. Відомі схеми такого лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта на тлі патології різних органів та систем [1;2]. В той же час тактики стоматологічної курації жінок, які страждають на бактеріальний вагіноз (БВ), не визначено, тоді як доведено, що всі пацієнтки із БВ мають хронічні генералізовані запальні та

запально-дистрофічні захворювання пародонта, такі як хронічний катаральний гінгівіт, пародонтит початкового та першого ступеня тяжкості [3;4].

Частота виявлення БВ у сучасних жінок віком 18-45 років складає 67-89%. Збудниками БВ є *Gardnerella vaginalis* та *Atorobium vaginae*. *Gardnerella vaginalis* - коменсальний мікроорганізм, що у кількостях 10^3 - 10^5 КОЕ/мл реєструється у 30-40% жінок дітородного віку, в яких БВ не діагностується [5], тоді як *Atorobium vaginae* безпосередньо пов'язаний із БВ та за рахунок низької чутливості до метранідазолу та кліндаміцину, що традиційно використовуються при лікуванні БВ, призводить до рецидивів зазначеного захворювання. Враховуючи поширеність БВ серед жінок репродуктивного віку, доцільними є розробка та впровадження схеми їх комплексного лікування у стоматолога і гінеколога.

Мета роботи

Клініко-лабораторна оцінка ефективності на різних термінах спостережень нового запропонованого способу лікування жінок із генералізованим пародонтитом на тлі бактеріального вагінозу.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 84 жінки репродуктивного віку (18-45 років). Пацієнтки обиралися без шкідливих звичок, тяжкої супутньої загальносоматичної та ортодонтичної патології. Поділ по групах проведено на основі гінекологічного статусу, що визначався акушером-гінекологом: I група (контрольна) – 25 жінок з I та II ступенем чистоти піхви, II-а – 27 жінок - носіїв *Gardnerella vaginalis*, але без клінічного діагнозу БВ, II-я – 54 жінки з верифікованим діагнозом БВ. III група була поділена на III-А (26 пацієнток) та III-Б підгрупи (28 пацієнток) в залежності від призначеної схеми лікування. Діагноз БВ встановлювався акушером-гінекологом на основі критеріїв Амслея. Методом опитування визначалась кількість статевих партнерів за життя.

Було проведено загальноприйняте клінічне стоматологічне, гінекологічне та лабораторне обстеження пацієнток на момент звернення, через 6 та 12 місяців після лікування. Визначалися розповсюдженість та інтенсивність карієсу, наявність некаріозних уражень, ортодонтичний статус, індекси гігієни за Грінном-Вермільйоном та пародонтальні (РМА, КПІ за Леусом, йодне Число Свракова). Для рентгенологічного дослідження використовувались ортопантомограми та внутрішньоротові прицільні знімки. Діагноз пародонтологічного захворювання формулювали за класифікацією Н.Ф. Данилевського (1994) [6-11]. Додатково було проведено аміно-тест ротової [12] та піхвової рідини (результати оцінювались в балах за кількістю плюсів, що характеризує інтенсивність запаху), ПЛР на наявність *Gardnerella vaginalis* та *Atorobium vaginae* в по-

рожнині рота та піхві (визначався як якісний показник).

У ході диспансерного спостереження пацієнткам всіх груп проведена професійна гігієна та санація порожнини рота. Лікування, призначене пацієнткам III-А групи, було традиційним і включало в себе метронідазол 250 мг per os через 8 год 7 діб, глутаргін 750 мг per os через 8 год 15 діб, ротові ванночки з «Стоматофітом» 2 рази на день 7 діб, аплікації гелю «Метрогіл дента» 7 діб, пробіотик «Симбітер ацидофільний» per os № 21. Лікування пацієнток III-Б групи було запатентовано і включало призначення Кліндаміцину 150 мг per os через 6 год. 5 діб, глутаргіну 750 мг per os через 8 год 15 діб, ротові ванночки «Стоматофіту» 2 рази на день 7 діб, аплікації гелю «Метрогіл дента» 7 діб, «Лізак» (деквалінія хлорид) таблетки для розсмоктування per os через 6 год. 5 діб, пробіотик «Симбітер омега» (аплікації в силіконових капах на 6-8 год № 21), пробіотик «Симбітер ацидофільний» per os № 21 [13].

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з використанням критеріїв Стьюдента [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Стоматологічне обстеження виявило відсутність достовірної різниці результатів показників розповсюдженості та інтенсивності карієсу, частоти флюорозу та гіоплазії емалі між пацієнтками усіх груп. Так, індекс КПВ коливався в діапазоні від $4,29 \pm 2,87$ до $5,48 \pm 2,34$, розповсюдженість карієсу складала $88,89 \pm 4,28$ - $96,0 \pm 3,91\%$. Флюороз мали від $53,7 \pm 6,79\%$ до $72,0 \pm 8,98\%$ пацієнток, гіоплазію емалі $24,0 \pm 8,54$ - $33,3 \pm 9,07\%$, клиноподібні дефекти $22,2 \pm 7,99$ - $57,41 \pm 6,73\%$ відповідно. Аналіз отриманих результатів свідчить про відсутність активного впливу дисбіозу піхви на стан твердих тканин зубів жінок репродуктивного віку.

Динаміка структури пародонтологічної захворюваності на різних термінах диспансерного спостереження після завершення лікування жінок дослідних та контрольної груп наведена у таблиці 1.

Жінки I та II групи отримали необхідне лікування та підтримуючу терапію за стандартною методикою. Необхідно зазначити об'єктивне покращення показників обстежених зазначених груп. Хронічний генералізований пародонтит I ст. не діагностовано у жодної пацієнтки на всіх етапах спостереження, що свідчить про відсутність агресії хвороботворних факторів і можливість впливу на них стандартними методами лікування. Відсоток виявлення хронічного генералізованого пародонтиту початкового ступеня у жінок I-ї групи зменшився на 40% за 12 місяців, в обстежених II-ї групи на 11,12%, що свідчить про ремісію запально-дистрофічних захворювань пародонта.

Таблиця 1
Структура пародонтологічної захворюваності жінок з БВ на етапах диспансерного спостереження

Термін обстеження	Стан пародонта	I Група (25)	II Група (27)	III-A група (26)	III-B група (28)
Первинне звернення	Клініч.інтактний пародонт	20,0 %	18,52 %	0%	0%
	Хр.генералізований катаральний гінгівіт	56,0 %	55,56 %	11,5%	10,71%
	Хр.генералізований пародонтит почат. ступеня	24,0 %	25,92 %	57,69%	64,29%
	Хр.генералізований пародонтит I ступеня	0	0	30,77%	25%
Через 6 місяців після лікування	Клініч.інтактний пародонт	72,0 %	33,0 %	0	0%
	Хр.генералізований катаральний гінгівіт	4,0 %	66,6 %	15,4 %	28,6%
	Хр.генералізований пародонтит почат. ступеня	24,0 %	7,4 %	57,7 %	53,6%
	Хр.генералізований пародонтит I ступеня	0	0	26,9 %	17,8%
Через 12 місяців	Клініч.інтактний пародонт	64,0 %	22,2 %	0	7,1%
	Хр.генералізований катаральний гінгівіт	12,0 %	63,0 %	15,4 %	50%
	Хр.генералізований пародонтит почат. ступеня	24,0 %	14,8 %	53,8 %	32,1%
	Хр.генералізований пародонтит I ступеня	0	0	30,8 %	10,7%

Примітка: в дужках - кількість обстежених жінок.

У жінок III-A групи на етапі обстеження через 12 місяців частота хронічного генералізованого пародонтиту I ст. збільшилася на 0,3%, хронічного генералізованого пародонтиту початкового ступеню зменшилася на 3,89%, що говорить про відсутність позитивної динаміки, стабільної ремісії та відсутності ефективності стандартної схеми в лікуванні запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта у жінок із БВ. В той же час відсоток виявлення хронічного генералізованого пародонтиту I ст. та хронічного генералізованого пародонтиту початкового ступеню у пацієнток III-B групи знизився на 10,7% та 32,19% відповідно, що є достовірною різницею та об'єктивізує позитивну динаміку та ефективність запатентованої нами схеми лікування. Діагностована клінічна симптоматика запальних та

запально-дистрофічних змін пародонта повністю узгоджувалась із значеннями розрахованих показників пародонтальних індексів обстежених пацієнток.

Необхідно підкреслити, що анамнестично 77,78% жінок III-ї групи зазначали синхронність виникнення симптомів та рецидивів БВ і запальних та запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта.

Одним із факторів ризику виникнення та збільшення тяжкості перебігу БВ є полігамні відносини, а саме часта зміна статевих партнерів. Акушерами-гінекологами анамнестично з'ясовано кількість статевих партнерів за моменту дебюту пацієнток усіх груп. Результати наведені в таблиці 2.

Таблиця 2
Кількість статевих партнерів за життя в обстежених жінок (M±m)

	I група (25)	II група (27)	III-A група (26)	III-B група (27)
Кількість статевих партнерів	1,88±0,12	2,667±0,16* p1 < 0,05	4,423±0,28*# p1 < 0,05 p2 < 0,05	5±0,26*# p1 < 0,05 p2 < 0,05 p3 > 0,05

Примітка: в дужках - кількість обстежених жінок; * - достовірна різниця (p < 0,05) при порівнянні з показниками I групи, # - достовірна різниця (p < 0,05) при порівнянні з показниками II групи; p1 - достовірність показників при порівнянні між I, II, III-A та III-B групами, p2 - достовірність показників при порівнянні II, III-A та III-B групи, p3 - достовірність показників при порівнянні III-A та III-B групи.

За даними літератури, ризик виникнення БВ зі зміною кожного наступного статевого партнера збільшується на 17-25%. Кількість статевих партнерів жінок III-A та III-B групи не мала достовірної різниці між собою, на відміну від показників пацієнток контрольної та II-ї групи і були вищі у 2,35 і 1,66 та 2,66 і 1,88 відповідно. Чим більше статевих партнерів за життя має жінка, тим тяжчим буде перебіг БВ (Malg N.P., N Engl. J Med, 2006, 354 European IUST, 2014).

Співставлення структури пародонтологічної захворюваності та кількості статевих партнерів жінок яскраво демонструє зв'язок тяжкості перебігу БВ та супутньої пародонтологічної патології:

у жодної пацієнтки з верифікованим діагнозом БВ не виявлено клінічно інтактного пародонта (див. таб.1). Порівняно з обстеженими I-ї та II-ї груп, у жінок III-A та III-B групи виявлення запально-дистрофічних захворювань пародонта, таких як хронічний генералізований пародонтит початкового ступеня виявляється частіше на 33,69% і 31,77% та 40,29% і 38,37% відповідно, а хронічний генералізований пародонтит I ступеня на 30,77% і 25% відповідно (див. таб.1). Отримані дані дають змогу говорити про безпосередній вплив дисбіозу піхви, яким є БВ, на стан пародонта жінок репродуктивного віку.

Для експрес-контролю наявності збудників

БВ в ротовій порожнині використано аміно-тест ротової рідини. На всіх етапах спостереження у жінок I-ї та II-ї групи тест продемонстрував негативний результат. Показники аміно-тесту пацієнток III-A та III-B групи наведено в таблиці 3.

Показник аміно-тесту III-A групи продемонст-

рував хвилюподібну динаміку: на 6-й місяць спостереження показник знизився на 1,15, але на 12-й – підвищився на 0,54, що говорить про нестійкий вплив традиційного курсу лікування на патогенну мікрофлору ротової порожнини жінок на тлі БВ.

Таблиця 3

Показники аміно-тесту ротової рідини пацієнток із БВ в динаміці після проведеного лікування (M±m)

Термін спостереження	III-A група (26)	III-B група (28)
На початку первинного обстеження	2,34±0,135	1,82±0,146* p < 0,05
Через 6 місяців	1,192±0,266 P 1-2 < 0,05	0,393±0,119* p < 0,05 P 1-2 < 0,05
Через 12 місяців	1,731±0,226 P 1-3 < 0,05 P 2-3 < 0,05	0,25±0,098* p < 0,05 P 1-3 < 0,05 P 2-3 > 0,05

Примітка: в дужках - кількість обстежених жінок, * - достовірна різниця (p < 0,05) при порівнянні з показниками III-A групи; p - достовірність показників в період однакового обстеження з групою III-A; P 1-2, P 1-3 - достовірність показників при порівнянні в межах однієї групи із показником первинного обстеження, P 2-3 - достовірність показників в межах однієї групи з показником обстеження через 6 місяців після лікування.

Обробка результатів аналогічного дослідження пацієнток III-B групи вказує на стійке зниження показників: на 1,43 на 6-й та на 0,14 на 12-й місяць дослідження, що говорить про стійкий вплив запатентованої нами схеми лікування на хвороботворні пародонтогенні фактори у жінок із БВ. Для об'єктивізації аміно-тесту ротової рідини, оскільки метод є суб'єктивним, використано метод ПЛР-діагностики для якісного визначення у порожнині рота *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*, як збудників БВ. У пацієнток I-ї та II-ї групи на всіх етапах спостереження зареєстровано відсутність обох мікроорганізмів в порожнині рота. В той час в обстежених III-A групи, аналогічно з результатами аміно-тесту, спостерігалась хвилюподібна тенденція: *Gardnerella vaginalis* на початку обстеження виявлялась у 84,6±7,2% жінок, на 6-й місяць даний показник знижувався на 69,2%, а на 12-й підвищувався на 38,4% і становив 53,8±10%. Наявність *Atopobium vaginae* підтверджено у 84,6±7,2% обстежених при первинному заборі біологічного матеріалу, через 6 місяців знижується до 57,7±9,9%, а на 12-й місяць підвищується до 69,2±9,2%. Показники ПЛР у жінок III-A групи об'єктивно доводять недовгостроковість впливу стандартної схеми лікування на нетипову для порожнини рота мікрофлору, якою є *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*. Результати ПЛР жінок III-B групи на наявність *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* у ротовій порожнині також підтвердили результати аміно-тесту ротової рідини. Відсоток наявності *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae* в обстежених на початку обстеження склав 67,9±9% та 78,6±7,9% відповідно. Через 6 місяців спостерігалось зниження виявлення обох мікроорганізмів до 28,6±8,7%. На етапі спостереження через 1 рік після проведеного лікування *Gardnerella vaginalis* виявлена у 14,3±6,7% жінок, показник *Atopobium vaginae* залишився на попередньому

рівні. Отримані результати дають змогу констатувати стабільний результат впливу розробленої власної схеми лікування на збудників БВ в порожнині рота жінок із зазначеною патологією.

Висновки

Структура пародонтологічної захворюваності жінок контрольної групи та носіїв *Gardnerella vaginalis* не мали між собою достовірної різниці, що дає змогу констатувати яскраво виражений вплив наявності даного коменсалу в піхві на стан пародонта. У всіх пацієнток із БВ діагностовано запальні та запально-дистрофічні захворювання пародонта і не зареєстровано клінічно інтактного пародонта. Констатовано опосередкований зв'язок тяжкості пародонтальної патології з кількістю статевих партнерів, а отже з тяжкістю перебігу БВ, у жінок із зазначеним гінекологічним діагнозом. Порівнюючи зміну в структурі пародонтологічної захворюваності на різних етапах дослідження у пацієнток, пролікованих стандартним медикаментозним курсом та за запатентованою нами схемою, необхідно констатувати об'єктивно стабільний позитивний результат лікування у жінок III-B групи, та недовготривалий результат лікування у жінок III-A групи.

Література

1. Ярова С.П. Структура стоматологічної патології при серцево-судинних захворюваннях / С. П. Ярова, Н. В. Мозгова // Современная стоматология. – 2006. – № 2. – С. 21–22.
2. Огонян А. В. Клинико-морфологические изменения зубочелюстной системы при гипотиреозе : автореф. дисс. на соискание науч. степени кан. мед. наук : спец. 14.01.14. «Стоматология». 14.03.02. «Патологическая анатомия» / А. В. Огонян. – Ставрополь, 2010. – 22 с.
3. Петрушанко Т. А. 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.
4. Шульженко А.Д. Эффективность лечения хвороб пародонта у жінок бактеріальним вагінозом / А.Д. Шульженко, Т.О. Петрушанко, Е.І. Крутикова // Вісник проблем біології і медицини. - 2017. – № 4, Т.2 (140). – С. 257-262.
5. Галич С.Р. Бактериальный вагиноз / С.Р. Галич // Здоров'я України. - 2012. - №4(8). - С 40-42.

6. Липова Е.В. Бактериальный вагиноз : завжди дискусії / Е.В. Липова, В.Е. Радзинський // Status Praesens. 2012. - № 2[8]. - С.27-60.
7. He X.S. Oral microbiology: past, present and future / X.S. He, W.Y. Shi // Int J Oral Sci. - 2009. - Vol. 1, N 2. - P. 47-58.
8. Поліщук Т.В. Комплексне лікування та вторинна профілактика хронічного генералізованого катарального гінгівіту з урахуванням стану мікрофлори над'ясенного зубного нальоту у дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Т.В. Поліщук. - Полтава, 2013. - 19 с.
9. Петрушанко Т.А. Роль колонизационной резистентности полости рта в развитии кариеса / Т.А. Петрушанко, В.В. Черета, Г.А. Лобань // Стоматология. - 2013. - Т.92, № 1. - С 43-45.
10. Петрушанко Т.А. Скрининговая диагностика микробиологических нарушений полости рта / Петрушанко Т.А., Черета В.В., Лобань Г.А. // Клиническая лабораторная диагностика. - Москва, Россия. - 2014. - № 6. - С. 48-51.
11. G. Pizzo. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept / G. Pizzo, R. Guiglia, L. Lo Russo, G. Campisi // Eur J Intern Med. - 2010. - Vol. 21, N 6. - P. 496-502.
12. Пат. 99694 Україна, МПК G01N 33/487 Спосіб експрес-діагностики ротової рідини на наявність летючих амінів у жінок з бактериальним вагінозом / Петрушанко Т.А., Крутікава Е.І., Шульженко А.Д.; заявник та патентовласник на корисну модель ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - № u201403891; заявл. 2014.04.14; опубл. 2015.06.25.
13. Пат. 120483 Україна, МПК А61К 6/00 Спосіб лікування пародонтиту у жінок з бактериальним вагінозом / Петрушанко Т.А., Крутікава Е.І., Шульженко А.Д.; заявник та патентовласник на корисну модель ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - № u201702119; заявл. 2017.03.06; опубл. 2017.11.10.
14. Герасимов А.Н. Медицинская статистика Учебное пособие./ А.Н. Герасимов - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. - 480 с.

Реферат

ДИНАМИКА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Шульженко А.Д.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, хронический катаральный гингивит, хронический генерализованный пародонтит.

Введение. На сегодняшний день нет тактики стоматологической курации женщин, страдающих бактериальным вагинозом, тогда как доказано, что все пациентки с бактериальным вагинозом имеют хронические генерализованные воспалительные и воспалительно-дистрофические заболевания пародонта, такие как хронический катаральный гингивит, пародонтит начальной и первой степени тяжести. Цель. Клинико-лабораторная оценка эффективности на разных сроках наблюдений нового предложенного способа лечения женщин с генерализованным пародонтитом на фоне бактериального вагиноза. Материалы и методы. Обследовано 84 женщины репродуктивного возраста. Разделение по группам проведено на основе гинекологического статуса, который определялся акушером-гинекологом: I группа (контрольная) - 25 женщин с I и II степенью чистоты влагалища, II-я - 27 женщин - носителей Gardnerella vaginalis, II-я - 54 женщины с бактериальным вагинозом. III группа была разделена на III-A (26 пациенток) со стандартной схемой лечения, и III-B подгруппы (28 пациенток) - с запатентованной схемой. Проведено клиническое стоматологическое, гинекологическое и лабораторное обследование. Дополнительно проведено амино-тест полости и влагалищной жидкости, ПЦР на наличие Gardnerella vaginalis и Atopobium vaginae в полости рта и влагалище. Результаты. У женщин III-A группы через 12 месяцев частота хронического генерализованного пародонтита I в. увеличилась на 0,3%, хронического генерализованного пародонтита начальной степени уменьшилась на 3,89%, что говорит об отсутствии стабильной ремиссии и эффективности стандартной схемы в лечении воспалительно-дистрофических заболеваний тканей пародонта у женщин с бактериальным вагинозом. Процент хронического генерализованного пародонтита I в. и хронического генерализованного пародонтита начальной степени у пациенток III-B группы снизился на 10,7% и 32,19% соответственно, что объективизирует положительную динамику и эффективность запатентованной нами схемы лечения. Выводы. У всех пациенток с БВ диагностированы воспалительные и воспалительно-дистрофические заболевания пародонта и не зарегистрировано клинически интактного пародонта. Выявлено опосредованная связь тяжести пародонтальной патологии с количеством половых партнеров. Констатировано объективно стабильный положительный результат лечения у женщин III-B группы, и недолгий результат лечения у женщин III-A группы.

Summary

DYNAMICS OF PERIODONTAL DISEASE IN WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS AT DIFFERENT STAGES OF DISPENSARY OBSERVATION

Shulzhenko A.

Key words: bacterial vaginosis, Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, chronic catarrhal gingivitis, chronic generalized periodontitis.

Introduction To date, there is no dental management strategy for women suffering from bacterial vaginosis, though it has been proven that all patients with bacterial vaginosis have chronic generalized inflammatory and inflammatory-dystrophic periodontal diseases such as chronic catarrhal gingivitis, periodontitis of the primary and the first degree of severity. The purpose of this study to carry out clinical and laboratory evaluation of the effectiveness new developed method of treatment for women with generalized periodontitis against the background of bacterial vaginosis at different terms of observation. Materials and methods 84 women of child-bearing age were examined. The division into groups was based on the gynecological status determined by the gynaecologist: I group (control) included 25 women with I and II degree of vaginal purity, II group included 27 women, Gardnerella vaginalis carriers, III group included 54 women with bacterial vaginosis. III group was divided into III-A (26 patients) with the standard treatment regimen, and III-B subgroups (28 patients) with a patented scheme. Clinical dental, gynecological and laboratory tests were performed. Addi-

tionally, we performed an amine test of oral and vaginal fluid, PCR to detect the presence of Gardnerella vaginalis and Atopobium vaginae in the oral cavity and vagina. Results Women of III-A group in 12 months demonstrated an increase in incidence of chronic generalized periodontitis of I degree by 0,3%, while chronic generalized periodontitis of the initial degree decreased by 3,89% that suggests the lack of stable remission and the effectiveness of the standard scheme in the treatment of inflammatory as well as dystrophic diseases of periodontal tissues in women with bacterial vaginosis. Percentage of chronic generalized periodontitis of I degree and chronic generalized periodontitis of initial stage in patients of the III-B group decreased by 10.7% and 32.19%, respectively that is an evidence of the positive dynamics and efficacy of the proprietary treatment regimen. Conclusions All patients with bacterial vaginosis have been diagnosed as having inflammatory and inflammatory-dystrophic periodontal disease and have not had clinically intact parodontal apparatus. There has been revealed an indirect association between the severity of periodontal disease and the number of sexual partners. Objectively, a stable positive outcome of the treatment in women of the III-B group has been established, while the women of III-A group demonstrated the short-term treatment effects.

УДК 616.724-008.6-612.311

Яценко П.И., Яценко О.И., Рыбалов О.В., Семененко Ю.И.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ЕЕ ПАРАДОКСЫ У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

С заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в настоящее время отмечается возросшее обращение больных в клинику отоларингологии, неврологии, стоматологии, врачам-остеопатолам, врачам нетрадиционной медицины. Около 90% этой категории пациентов ставится диагноз дисфункции ВНЧС. С учетом мышечного генеза дисфункций ВНЧС в литературных источниках обращается внимание на то, что в норме наличие симметричных жевательных мышечных тяг обеспечивает конгруэнтное расположение суставных головок нижней челюсти в суставных ямках, определяя согласованную функцию височно-челюстных сочленений. В современных научных исследованиях имеет место недостаточное количество информации о физиологических особенностях жевательных мышц у этой категории пациентов. Целью работы явилась сравнительная качественная оценка биоэлектрической активности собственно жевательных и височных мышц у больных мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункцией ВНЧС. Объекты и методы исследования. Проведен визуальный анализ электромиограмм симметричных собственно жевательных и височных мышц 17 здоровых добровольцев и 83 больных с явлениями мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС. Результаты исследования. У большинства больных (64 человека) с мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункцией ВНЧС характерной чертой графических записей функциональных свойств изучаемых мышц является выраженное превалирование максимальных показателей их биоэлектрической активности на стороне сустава с дислокацией суставной головки нижней челюсти по сравнению с суставом, находящимся в состоянии компрессии, в периодах как сжатия зубов, так и жевания. Сделано заключение, что почти у каждого четвертого пациента с изучаемой патологией имеют место парадоксальные явления в деятельности жевательного мышечного компонента, что отражается на степени тяжести заболевания.

Ключевые слова: электромиография, собственно жевательные и височные мышцы, височно-нижнечелюстной сустав, дисфункция, анализ результатов.

Проведенное исследование является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры ортопедической стоматологии и имплантологии ВГУЗУ «УМСА» по комплексной теме: "Применение современных технологий диагностики и лечения для реабилитации стоматологических больных ортопедическими методами" (государственный регистрационный № 0117U004778), Самофинансирование.

В последнее десятилетие отмечено возросшее обращение больных с заболеваниями ВНЧС в клинику отоларингологии, неврологии, стоматологии, врачам-остеопатолам, нетрадиционной медицины. В основном (около 90%) у этой категории пациентов диагностируется дисфункция ВНЧС [1;5;8].

Как показывают научно-прикладные наблюдения, до настоящего времени нет четкого представления о патогенезе дисфункциональных состояний ВНЧС, что определяет сложность

в диагностике этих заболеваний [7,10].

С учетом мышечного генеза дисфункций ВНЧС обращается внимание на то, что в норме наличие симметричных жевательных мышечных тяг обеспечивает конгруэнтное расположение суставных головок нижней челюсти в суставных ямках, определяет согласованную функцию височно-челюстных сочленений [2].

Различные внутри- и вне-органные нарушения (травма компонентов ВНЧС, нарушение артикуляции зубных рядов, аномалии прикуса,