

сероводородные орошения разработанным нами устройством для гидромассажа десен.

Таким образом, применение в комплексном лечении РАС УФФ 10% доксилина на слизистую оболочку полости рта и прием внутрь ОМЦ корректируют функциональные нарушения и предупреждают обострения при РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г.В. // Зубоврачебный вестник. — 1993. — № 2. — С. 13—19.
2. Камиллов Ф.Х., Лазарева Д.Н., Плечев В.В. Пиримидины и их применение в медицине. — Уфа, 1992.
3. Лазарева Д.Н., Алехин Е.В., Сибиряк С.В. Иммуностропные свойства лекарственных средств. — Уфа, 1993.
4. Максимовская Л.Н., Царев В.Н., Давыдова М.М., Шищенко В.М. // Стоматология. — 1995. — № 1. — С. 16—19.
5. Мельниченко Э.М., Шугля Л.В. // Здоровоохран. — 1990.

6. Михайлова Р.И., Терехова Н.В., Земская Е.А., Мелкадзе Н. // Стоматология. — 1992. — № 3—6. — С. 27—28.

7. Anne Pedersen / Copenhagen, Munksgaard. — 1993. — P. 37.

Поступила 18.01.03.

ON PREVENTION OF RELAPSES OF RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

T.S. Chemiksova

Summary

The efficiency of oxymethacil for preventing aphthous stomatitis relapses is determined. Ultraphonophoresis using 10% doxylane for 2—3 minutes with the intensity of 0,4 Wt/cm² (N6) with subsequent administration of 10% doxylane ointment to the mucous erosive lesions has been used in the complex treatment of patients. For correction of general immunity 1,5 g oxymethacil per day for one month has been used. There was no evidence of the disease relapse in 70% of cases for 6—12 months. Manifestations of aphthous stomatitis during relapse period following the treatment were rather mild in 30% of cases.

УДК 616.33 — 002.44 — 036.17 — 06 + 616.34 — 008.87 : 579.835.12] — 092 — 053.2 : 612.017.1 — 02 : 616.314.17 — 002

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С *HELICOBACTER PYLORI*

Р.Э.Уразова, Н.Ш.Шамсутдинов

Кафедра стоматологии детского возраста (зав. — докт. мед. наук Р.Э. Уразова), кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Н.Ш. Шамсутдинов) Казанского государственного медицинского университета

В настоящее время воспалительные заболевания пародонта, в том числе в детском возрасте, характеризуются склонностью к рецидивирующему течению, особенно при патологии желудочно-кишечного тракта. Традиционные схемы лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц с гастродуоденальной патологией малоэффективны [4, 5]. Самой актуальной в гастроэнтерологии остается проблема реинфицирования и развития рецидивов язвенных и воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние годы в гастроэнтерологической практике все чаще назначают противорецидивное лечение с использованием антигеликобактерных препаратов [2, 7].

В ходе исследований [5, 6] полость рта была определена как источник реинфицирования и рецидивов *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и тканей пародонта. Результаты этих исследований позволили рекомендовать включение в традиционные схемы лечения *Helicobacter pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологии мероприятий, направленных на подавление этого микроба в полости рта.

Учитывая литературные данные и результаты собственных исследований, выявившие особенности поражения тканей пародонта в детском возрасте при *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваниях желудка и двенадцатиперст-

ной кишки, мы решили оценить эффективность специфической и неспецифической терапии воспалительных заболеваний пародонта при *Helicobacter pylori*-инфекции в комплексной антигеликобактерной терапии гастродуоденальной области. Для этого нами были выделены три диспансерные и одна контрольная группы детей в возрасте от 7 до 16 лет с хроническим катаральным гингивитом. 1-ю диспансерную группу составили 15 детей с эрозивно-язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 2 и 3-ю группы — дети с активным хроническим гастродуоденитом (соответственно 29 и 21 чел.). 4-я группа, в которую вошли 26 детей с активным хроническим гастродуоденитом, являлась контрольной. Всем детям четырех групп педиатры-гастроэнтерологи назначили антигеликобактерную терапию, согласно рекомендациям Российской группы по изучению *Helicobacter pylori* (1997), как правило, трех- или четырехкомпонентную, а также лечение, направленное на патогенетические звенья заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Дети 1 и 2-й групп получали специфическую антигеликобактерную терапию с использованием 1% мази метронидазола на основе лечебно-косметического средства "Мюстела". Основой 1% метронидазоловой мази "Мюстела" является высокодисперсная эмульсия масла норки в воде, стабилизированная эмульсионными восками, легко распределяющаяся по слизистым оболочкам ротовой полости, смачивающаяся слюной, что обеспечивает высокую биодоступность лекарственного препарата [3]. В литературе описано местное применение этого препарата в комплексной терапии аллергических риносинуситов у детей при анаэробном дисбактериозе носа и кишечника [1].

У детей при *Helicobacter pylori*-инфекции нами использовался только метронидазол, оказывающий противовоспалительное и антибактериальное действие, в отличие от схемы лечения, проводимой у взрослых с пародонтитом и гингивитом, чаще тяжелой формы и при

генерализованном течении, когда его применяли вместе с денолом, лосеком и амоксициллином. В течение одного месяца 2 раза в день после тщательной чистки зубов и поверхности языка (утром после завтрака и на ночь) дети 1 и 2-й групп наносили на слизистую оболочку полости рта (десневой край, поверхность языка, губы) 1% мазь метронидазола на основе лечебно-косметического средства "Мюстела".

Детям 3-й группы была назначена неспецифическая терапия хронического катарального гингивита с использованием 2% раствора бикарбоната натрия, который имеет резко щелочную среду (более 8), неблагоприятную для жизнедеятельности *Helicobacter pylori*. Детям этой группы в течение одного месяца 2 раза в день после контролируемой чистки зубов утром после завтрака и на ночь были рекомендованы внутривантовые ванночки на 5—10 минут.

Дети 4-й группы были также обучены навыкам контролируемой чистки зубов с использованием индикаторов зубной бляшки. Им были даны рекомендации 2 раза в день (утром после завтрака и на ночь) чистить не только зубы, но и поверхность языка скребком или мягкой зубной щеткой. Оценка состояния тканей пародонта у детей диспансерных и контрольной групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Состояние тканей пародонта у детей (М м)

Обследованные группы	Распространенность					
	хронический катаральный локализованный гингивит		Рамга*	хронический катаральный генерализованный гингивит		
	абс.	%		абс.	%	
1-я	4	26,7	11,4	38,6	11	73,3
2-я	24	82,8	7,0	31,2	5	17,2
3-я	19	90,5	6,4	28,3	3	14,3
4-я	22	84,6	7,1	29,6	4	15,4

Примечание. Рамга — индекс тяжести воспаления.

Эффективность лечебных мероприятий определяли непосредственно после курса антигеликобактерной терапии в стационаре. Одновременно был оценен *Helicobacter pylori*-статус полости рта у

Таблица 2

Состояние тканей пародонта у детей после лечебных мероприятий в полости рта (М ± m)

Обследованные группы	Распространенность					
	хронический катаральный локализованный гингивит			Рарма хронический катаральный генерализованный гингивит		
	абс.	%		%	абс.	%
1-я	1	6,7	6,4	16,3	2	13,3 8,8
2-я	5	17,2	7,0	14,6	1	3,5 3,4
3-я	11	52,4	10,9	20,2	2	9,5 6,4
4-я	15	57,7	9,7	24,7	3	11,5 6,3

Таблица 3

Значение уреазного теста у детей после лечебных мероприятий в полости рта (М ± m)

Обследованные группы	Значение уреазного теста					
	НР+			НР-		
	абс.	%		абс.	%	
1-я	3	20,0	10,3	12	80,0	10,3
2-я	6	20,7	7,5	23	79,3	7,5
3-я	15	71,4	9,9	6	28,5	9,9
4-я	23	88,5	6,3	3	11,5	6,3

этих детей. После проведения базисного антигеликобактерного лечения существенные сдвиги в состоянии тканей пародонта произошли у детей 1 и 2-й диспансерных групп. 1% мазь метронидазола на основе лечебно-косметического средства "Мюстела" оказывала выраженный противовоспалительный эффект на слизистую пародонта как у детей с эрозивно-язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, так и при активном хроническом гастродуодените (табл. 2.). Наиболее выраженная положительная динамика воспалительных явлений в пародонте была достигнута у детей при генерализованном течении хронического катарального гингивита.

При оценке *Helicobacter pylori*-статуса полости рта при различных методах лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки органов полости рта выявлены определенные различия (табл. 3).

Комплексное лечение желудка и слизистых оболочек органов полости рта специфическими антигеликобактерными препаратами привело к наилучшим показателям эрадикации *Helicobacter pylori* в полости рта. Во всех случаях неблагоприятной динамики воспалительных явлений в тканях пародонта значения уреазного теста были положитель-

ными у детей 1 и 2-й диспансерных групп.

Неспецифическая терапия воспалительных заболеваний слизистой оболочки органов полости рта у детей 3-й диспансерной группы приводила к эрадикации *Helicobacter pylori* в полости рта, по данным уреазного теста, в 28,57 9,86% случаев, и отмечалась незначительная и недостоверная положительная динамика воспалительных процессов в слизистой оболочке десневого края.

В 4-й контрольной группе *Helicobacter pylori*-статус полости рта был отрицательным только у 11,54 6,27% детей, видимо, за счет резорбтивного действия антигеликобактерных препаратов, назначенных в качестве базисного лечения, которые оказывают незначительный противовоспалительный эффект и на слизистую оболочку десневого края. Распространенность гингивита (69,23 9,05%) оставалась высокой, несмотря на то что дети проводили тщательную контролируемую чистку зубов и поверхности языка.

ВЫВОДЫ

1. Проведенные нами исследования эффективности комплексного лечения *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и органов полости рта выявили высокую эффективность специфической антигеликобактерной терапии при лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта.

2. При сочетании антигеликобактерной терапии гастродуоденальной патологии с неспецифической терапией воспалительных заболеваний тканей пародонта наблюдалась невысокая и незначительная динамика воспалительных процессов.

3. Наихудшие клинические результаты и эрадикации *Helicobacter pylori* в полости рта получены у детей контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будник И.М., Терещенко Ф.М. и др. Материалы II Межрегиональной фармацевтической конференции. — Новосибирск, 2000. — С. 110.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство. — М., 1998.

3. Егорова С.Н., Девятаев А.М. II Российский национальный конгресс. Человек и лекарство: Тез. докл. — М., 1995. — С. 136.

4. Николаев А.И. Особенности развития и лечения кариеса зубов и пародонта у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки: Автореф. ... канд. мед. наук. — Смоленск, 1998.

5. Сойхер М.Г. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта и воспалительными заболеваниями пародонта: Автореф. ... канд. мед. наук. — Ставрополь, 1998.

6. Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С. Современные проблемы стоматологии/ Сб. тез. научн. тр. — М., 1999. — С. 250—252.

7. Щербakov П.Л. Материалы VII сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. — Нижний Новгород, 1998. — С. 31—33.

Поступила 10.04.01.

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT IN CHILDREN WITH *HELICOBACTER PYLORI* ASSOCIATED GASTRODUODENAL PATHOLOGY

R.Z. Urazova, N.Sh. Shamsutdinov

S u m m a r y

The efficiency of specific (1% metronidazole ointment based on the therapeutic and cosmetic agent "myustela") and nonspecific (2% sodium bicarbonate solution) treatment of inflammatory diseases of parodont with *Helicobacter pylori* in combined antihelicobacter therapy of gastroduodenal pathology in children is studied. The high efficiency of using specific antihelicobacter therapy in the treatment of inflammatory diseases of parodont in children is revealed.

УДК 612.75:612.015.31]—02:16/314—089.87

ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Г.Г. Салеева

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — доц. И.М. Андреев) Казанского государственного медицинского университета

В последние годы значительно возросло внимание к заболеваниям, частота которых нарастает у женщин в постменопаузальном периоде. К таким заболеваниям относится остеопороз (ОП), характеризующийся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, которые приводят к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов. Согласно современной классификации, выделяют 5 форм ОП, и постменопаузальная среди них является наиболее распространенной [1]. Потеря минеральной плотности костной ткани (МПКТ) происходит постепенно, и заболевание диагностируется поздно, уже при наличии переломов или других осложнений. Многочисленные эпидемиологические исследования показали различную распространенность ОП не только в разных странах, но и в отдельных регионах России [2, 5—7]. Региональные, возрастные, этнические особенности формирования пика костной ткани и темпы его последующего снижения, влияние различных факторов риска обуславливают специфику развития ОП. Необходимо отметить, что нарушение костного ремоделирования оказывает влияние также на интенсивность поражения тканей пародонта, вызывает развитие кариеса зубов [3, 4].

С учетом того, что ОП является системным заболеванием, протекающим в большинстве случаев на ранних стадиях бессимптомно, мы предположили, что он может влиять на процессы остеинтеграции при дентальной имплантации.

Целью исследования являлось изучение частоты понижения МПКТ у пациенток, которым была показана дентальная имплантация.

МПКТ исследовали на ультразвуковом денситометре "ACHILES+" фирмы "LUNAR" и количественно выражали в виде Т-критерия (отношение фактической костной плотности у данной пациентки к пиковой костной плотности у здоровых женщин в возрасте 25—30 лет), рассчитываемого в процентах и выражаемого в стандартных отклонениях (SD). Нормальными считались значения Т-критерия от 1 до -1 SD включительно, остеопению диагностировали при значениях Т-критерия от -1,1 до -2,5 SD, остеопороз при значениях менее -2,5 SD. Всего обследовано 427 пациенток в возрасте старше 35 лет, которым не была противопоказана дентальная имплантация. Обследованные были распределены по возрастным группам и по продолжительности менопаузы (см. табл.). В 22,3% случаев снижение МПКТ определялось уже в возрастной группе от 35 до 45 лет