

# Лечение обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в фолликулиновой фазе менструального цикла

Ф.З. МИРСАЕВА\*, д.м.н., проф., зав. кафедрой  
Л.Ф. ГУБАЙДУЛЛИНА\*\*, к.м.н., врач-стоматолог

\*Кафедра хирургической стоматологии

\*\*Клиническая стоматологическая поликлиника

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа

## Treatment of chronic generalized periodontitis aggravation in reproductive women during their follicular menstrual phase

F.Z. MIRSAYEVA, L.F. GUBAIDULLINA

### Резюме

У 50 женщин репродуктивного возраста проводилось лечение обострения хронического генерализованного пародонтита в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла согласно алгоритму, разработанному авторами, с учетом патогенеза обострения заболевания. Эффективность лечения доказана на основании результатов клинических, биохимических и иммунологических исследований.

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, женщины репродуктивного возраста, фолликулиновая фаза менструального цикла.

### Abstract

Fifty reproductive women with aggravated chronic generalized periodontitis in the late stages of the follicular phase proliferation of the menstrual cycle were treated according to the authors' algorithm taking into account the disease aggravation pathogenesis. Based on clinical, biochemical and immunological studies, treatment efficacy has been shown.

**Key words:** chronic generalized periodontitis, reproductive women, follicular menstrual phase.

**В**оспалительные заболевания пародонта представляют собой одну из наиболее актуальных проблем стоматологии, имеющих социальную значимость. Особое место среди них занимает хронический генерализованный пародонтит (ХГП), который характеризуется периодами обострения и ремиссии. Обострению заболевания способствуют несоблюдение пациентами гигиены полости рта, соматические заболевания, изменения местного и системного иммунитета [6, 7, 2, 12, 14, 10, 13]. Известно, что на состояние тканей пародонта у женщин оказывают влияние циклические изменения гонадотропных и стероидных гормонов [5, 1, 9, 11]. В связи с этим нами изучена частота, удельный вес, особенности клинического течения ХГП у женщин репродуктивного возраста в разных стадиях пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла. Установлено, что обострение ХГП чаще наблюдается и особенно тяжело протекает в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы, чем в ранней и средней стадиях, и характеризуется появлением субфебрильной температуры, гноетечением из пародонтальных карманов, увеличением степени подвижности зубов, а также

развитием таких осложнений как пародонтальный абсцесс, острый гнойный периостит челюстей. Такая клиническая картина обострения ХГП отмечается в основном при тяжелой степени тяжести заболевания, реже при средней степени [4, 5]. В механизме обострения ХГП в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла значительную роль играют изменения в системе гемостаза, снижение функциональной активности слюнных желез, увеличение вязкости слюны, уменьшение в ПЖ SIgA и повышение уровня IgA и IgG [3, 5]. На основании полученных результатов исследования нами разработан патогенетически обоснованный алгоритм комплексного лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Оценка эффективности патогенетически обоснованного комплексного лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии фолликулиновой фазы менструального цикла.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились две группы женщин с обострением ХГП в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла в возрасте от 21 до 35 лет. Первую группу (основная группа) составили 50 женщин, в том числе с обострением ХГП легкой степени тяжести 17 женщин, средней — 17, тяжелой — 16 женщин. Во второй группе (группа сравнения) наблюдалась 51 женщина. Количество женщин с обострением ХГП легкой, средней и тяжелой степенью тяжести в данной группе было одинаковым (по 17 женщин). В первой группе лечение женщин проводили согласно алгоритму, разработанному с учетом патогенеза обострения заболевания, который кроме общеизвестной противовоспалительной терапии включал препараты, влияющие на коагуляционные свойства крови, обладающие иммуномодулирующим действием и диету, стимулирующую функциональную активность слюнных желез. Для нормализации коагуляционных свойств крови был использован препарат «Плавикс», обладающий антиагрегационным действием. Его назначали однократно 75 мг внутрь в первый день начала курса лечения, затем повторно через три дня, также однократно 75 мг внутрь. Для коррекции местного иммунитета применяли производное пиримидина — 5-окси-4-метилурацил (оксиметацил) в виде аппликаций альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей, а также ультрафонофореза. При этом использовали 0,2% раствор оксиметацила в 10% растворе димексида. Количество аппликаций назначали от трех до пяти раз в день в течение 10 дней, ультрафонофорез — ежедневно один раз в день по 5 минут на каждую челюсть в течение пяти дней (патент на изобретение №2153374).

Лечение больных второй группы проводили по общеизвестной методике.

Эффективность лечения оценивали по результатам клинических и лабораторных исследований (функциональная активность слюнных желез, pH и вязкость ротовой жидкости (РЖ), IgA, IgM, IgG, SIgA, количество десневой жидкости (ДЖ), иммуноглобулины ДЖ, количество тромбоцитов,

уровень фибриногена, уровень агрегации тромбоцитов и УЗДГ), проведенных до лечения, на третьи, 7-е и 14-е сутки от начала курса лечения.

Функциональную активность слюнных желез оценивали по количеству нестимулированной смешанной слюны. Вязкость слюны определяли по методу Рединовой Т. Л. (1994), pH слюны — ионометрическим методом на pH-метре «PH-150 МИ», иммуноглобулины классов А, М, G РЖ и ДЖ — методом простой радиальной иммунодиффузии в агаре, агрегацию тромбоцитов — с использованием записи агрегатограмм. В качестве индуктора агрегации тромбоцитов при записи агрегатограмм использовали АДФ.

Статистическую обработку фактического материала проводили на персональном компьютере на базе пакета программ MS Excell 2003 с дополнением XLSTAT-Pro и вычислением t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические исследования показали, что у больных первой группы при легкой и средней степени тяжести заболевания на третьи сутки, а при тяжелой степени тяжести — на седьмые сутки от начала курса лечения отмечалась положительная динамика, которая характеризовалась отсутствием жалоб на кровоточивость десен, боль, чувство жжения и запах изо рта. В эти же сроки исследования у больных второй группы при всех степенях тяжести ХГП эти жалобы сохранялись. При клиническом обследовании у 41 (82%) женщины первой группы на 7-е сутки и у 9 (18%) на 14-е сутки от начала курса лечения наблюдалась нормализация структуры и цвета слизистой оболочки полости рта, отсутствовал зубной налет, гнойный экссудат в пародонтальных карманах, кровоточивость десен. Уровень гигиены полости рта (ИГ) оценивался как хороший, снижался PI, наблюдалась достоверная положительная динамика показателей API, SBI. В то же время у 48 (94,1%) больных второй группы даже на 14-е сутки от начала курса лечения отмечалась гиперемия слизистой оболочки альвеолярной части десны,

Таблица 1. Показатели индексов при лечении обострения ХГП в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы

Группы	ИГ	PI	API (%)	SBI (сек.)
Контрольная группа (лица с интактным пародонтом)	1,30 ± 0,17	0,10 ± 0,07	25,00 ± 0,03	56,2 ± 2,1
<b>Обострение ХГП до лечения:</b>				
• легкая степень	2,1 ± 0,5	2,80 ± 0,06	70,0 ± 1,3	20,10 ± 1,03
• средняя степень	2,8 ± 0,8	4,10 ± 0,13	77,0 ± 2,9	12,80 ± 1,25
• тяжелая степень	3,6 ± 0,6	5,90 ± 0,07	85,0 ± 2,12	7,04 ± 1,22
<b>I группа ХГП</b>				
• легкая степень	1,4 ± 0,4	1,00 ± 0,05	27,0 ± 1,7	35,90 ± 1,01
• средняя степень	1,6 ± 0,8	2,40 ± 0,11	36,0 ± 2,7	33,50 ± 2,01
• тяжелая степень	2,2 ± 0,7	3,10 ± 0,08	44,0 ± 3,6	23,90 ± 1,01
<b>II группа ХГП</b>				
• легкая степень	1,8 ± 0,4	2,00 ± 0,06*	54,0 ± 1,3*	21,40 ± 1,17*
• средняя степень	2,0 ± 0,8	2,60 ± 0,13	62,0 ± 2,4*	21,70 ± 1,02*
• тяжелая степень	2,0 ± 0,6	3,70 ± 0,07	69,0 ± 1,8*	14,80 ± 1,22*

\* различие достоверно при  $p < 0,05$  по сравнению с первой группой

зубные отложения, наличие экссудата в пародонтальных карманах. Гигиеническое состояние полости рта оценивалось как удовлетворительное. Показатели PI свидетельствовали о наличии воспалительного процесса, показатели API были достоверно выше, а SBI — ниже, чем у больных первой группы ( $p < 0,05$ ; табл. 1).

Количество смешанной слюны при всех сроках исследования в обеих группах не изменялось по сравнению с показателями до лечения. pH РЖ в процессе лечения у больных обеих групп из кислой постепенно переходили в нейтральную. Вязкость слюны у больных первой группы постепенно снижалась и на 14-е сутки исследования она достоверно отличалась от показателей до лечения и от показателей больных второй группы. А у больных второй группы в процессе лечения вязкость оставалась высокой.

При исследовании показателей местного иммунитета у больных первой группы отмечалось некоторое снижение IgA, IgG и лизоцима уже на 7-е сутки, а на 14-е сутки разница была достоверной по сравнению с показателями до лечения ( $p < 0,05$ ). У больных II группы в эти же сроки исследования показатели IgA, IgG и лизоцима недостоверно отличались от показателей до лечения. Уровень SIgA в обеих группах почти не изменялся как на 7-е, так и на 14-е сутки исследования (табл. 2).

В процессе лечения у больных первой группы значительным изменениям подвергалась ДЖ, достоверно снижались ее количество и уровень иммуноглобулинов A, M, G и SIgA ( $p < 0,05$ ). Во второй группе достоверно уменьшилось только количество ДЖ ( $p < 0,05$ ), а показатели IgA, IgM, IgG и SIgA снижались незначительно ( $p > 0,05$ , табл. 3).

**Таблица 2. Иммуноглобулины и лизоцим РЖ при лечении обострения ХГП в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы**

Группы	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)	SIgA (г/л)	Лизоцим (мкг/мл белка)
Лица с интактным пародонтом	0,22±0,01	следы	0,30±0,01	0,11±0,01	9,42±0,08
<b>Обострение ХГП до лечения:</b>					
• легкая степень	0,41 ± 0,01	следы	0,41 ± 0,02	0,08 ± 0,01	10,90 ± 0,12
• средняя степень	0,57 ± 0,02	следы	0,51 ± 0,01	0,08 ± 0,02	14,11 ± 1,02
• тяжелая степень	0,69 ± 0,01	следы	0,83 ± 0,01	0,07 ± 0,04	19,30 ± 1,42
<b>I группа ХГП</b>					
• легкая степень	0,28±0,01	следы	0,32±0,03*	0,10±0,01	8,41±0,7*
• средняя степень	0,30±0,01*	следы	0,33±0,01*	0,11±0,01	8,32±0,4*
• тяжелая степень	0,31±0,01*	следы	0,39±0,02*	0,11±0,02	10,25±0,4*
<b>II группа ХГП</b>					
• легкая степень	0,39 ± 0,01	следы	0,40 ± 0,03	0,09 ± 0,01	10,18 ± 0,80
• средняя степень	0,49 ± 0,01	следы	0,50 ± 0,02	0,09 ± 0,03	13,43 ± 0,70
• тяжелая степень	0,53 ± 0,01	следы	0,74 ± 0,02	0,08 ± 0,01	17,69 ± 1,30

\* разница достоверная при  $p < 0,05$  по сравнению с показателями до лечения

**Таблица 3. Количество ДЖ и иммуноглобулины ДЖ при лечении обострения ХГП в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы**

Группы	Количество ДЖ (мм2)	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)	SIgA (г/л)
Лица с интактным пародонтом	0,245 ± 0,021	–	–	–	–
<b>Обострение ХГП до лечения:</b>					
• легкая степень	0,410 ± 0,001	0,730 ± 0,003	0,320 ± 0,01	3,900 ± 0,002	0,69 ± 0,01
• средняя степень	0,590 ± 0,001	0,800 ± 0,001	0,410 ± 0,001	4,000 ± 0,001	0,72 ± 0,01
• тяжелая степень	0,672 ± 0,011	0,930 ± 0,002	0,470 ± 0,002	4,700 ± 0,001	0,730 ± 0,001
<b>I группа ХГП</b>					
• легкая степень	0,280 ± 0,011*	0,350 ± 0,002*	0,28 ± 0,01*	2,20 ± 0,02*	0,490 ± 0,001*
• средняя степень	0,293 ± 0,008*	0,420 ± 0,001*	0,290 ± 0,001*	2,28 ± 0,01*	0,520 ± 0,002*
• тяжелая степень	0,304 ± 0,012*	0,490 ± 0,011*	0,300 ± 0,02*	2,49 ± 0,01*	0,570 ± 0,001*
<b>II группа ХГП</b>					
• легкая степень	0,315 ± 0,011*	0,700 ± 0,009	0,31 ± 0,01	3,90 ± 0,02	0,630 ± 0,001
• средняя степень	0,407 ± 0,009*	0,770 ± 0,003	0,39 ± 0,02	3,90 ± 0,01	0,640 ± 0,003
• тяжелая степень	0,491 ± 0,010*	0,900 ± 0,002	0,43 ± 0,01	4,60 ± 0,01	0,690 ± 0,001

\* различие достоверно при  $p < 0,05$  по сравнению с результатами до лечения

Количество тромбоцитов и уровень фибриногена во всех сроках исследования оставались неизменными и были в пределах нормы. Интенсивность агрегации тромбоцитов у больных первой группы как на 7-е, так и на 14-е сутки исследования значительно снизилась и была ниже на 16 %, в то время у больных второй группы агрегация тромбоцитов была высокой. Соответственно, менялись и показатели УЗДГ.

В результате применения алгоритма лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы у всех 50 больных лечение завершилось выздоровлением, а в группе больных, где применялось общеизвестное противовоспалительное лечение, у 15 больных осложнилось острым гнойным периститом челюстей и у 6 — пародонтальным абсцессом.

Таким образом, применение разработанного алгоритма лечения обострения ХГП у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы, включающей прием «Плавикса» 75 мг внутрь (в первые и третьи сутки от начала заболевания), местное применение производного пиримидина 5-окси-4-метилурацила в виде аппликаций и ультрафонофореза является достаточно эффективным и способствует нормализации показателей системы гемостаза, местного иммунитета, снижению вязкости слюны, улучшению состояния кровотока в тканях пародонта и купированию воспалительного процесса в оптимальные сроки.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акбулатова Э. Ю., Мирсаева Ф.З Патогенез обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии лютеиновой фазы менструального цикла // Пародонтология. 2011. №4. С. 38–42.
2. Акбулатова Е. Ю., Мирсаева Ф. З. Patogenez obostrenija hronicheskogo generalizovannogo parodontita u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta v pozdnej stadii ljuteinovoj fazy menstrual'nogo cikla // Parodontologija. 2011. №4. S. 38–42.
3. Булгакова А. И., Васильева Н. А., Андреева Ю. В. Исследование показателей иммуноцитогрaмм у больных с воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. 2012. №3. С. 22–26.
4. Булгакова А. И., Васильева Н. А., Андреева Ю. В. Issledovanie pokazatelej immunocitogramm u bol'nyh svospalitel'nymi zabolevanijami parodonta // Parodontologija. 2012. №3. S. 22–26.
5. Мирсаева Ф. З., Губайдуллина Л. Ф. Изменение показателей гомеостаза полости рта и коагуляционных свойств крови у женщин репродуктивного возраста в зависимости от уровня гонадотропных и стероидных гормонов // Институт стоматологии. 2009. №4. С. 60–61.
6. Мирсаева Ф. З., Губайдуллина Л. Ф. Izmenenie pokazatelej gomeostaza polosti rta i koaguljacionnyh svojstv krovi u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta v zavisimosti ot urovnja gonadotropnyh i steroidnyh gormonov // Institut stomatologii. 2009. №4. S. 60–61.
7. Мирсаева Ф. З., Акбулатова Э. Ю. Частота обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста

с учетом циклических изменений гонадотропных и стероидных гормонов // Российский стоматологический журнал. 2011. №5. С. 29–31.

Mirsaeva F. Z., Akbulatova E. Ju. Chastota obostrenija hronicheskogo generalizovannogo parodontita u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta s uchetoм ciklicheskih izmenenij gonadotropnyh i steroidnyh gormonov // Rossiiskij stomatologicheskij zhurnal. 2011. №5. S. 29–31.

5. Мирсаева Ф. З., Акбулатова Э. Ю., Губайдуллина Л. Ф. Основные механизмы обострения хронического генерализованного пародонтита у женщин репродуктивного возраста в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы менструального цикла // Российский стоматологический журнал. 2010. №5. С. 27–30.

Mirsaeva F. Z., Akbulatova E. Yu., Gubajdullina L. F. Osnovnye mehanizmy obostrenija hronicheskogo generalizovannogo parodontita u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta v pozdnej stadii proliferacii follikulinoj fazy menstrual'nogo cikla // Rossiiskij stomatologicheskij zhurnal. 2010. №5. S. 27–30.

6. Орехова Л. Ю., Кучумова Е. Д., Бармашева А. А., Худовекова Е. С., Станиславская И. А. Состояние пародонта у больных с метаболическим синдромом // Пародонтология. 2011. №2. С. 28–31.

Orehova L. Ju., Kuchumova E. D., Barmasheva A. A., Hudovekova E. S., Stanislavskaja I. A. Sostojanie parodonta u bol'nyh s metabolicheskim sindromom // Parodontologija. 2011. №2. S. 28–31.

7. Орехова Л. Ю., Горбачева И. А., Шестакова Л. А., Мусаева Р. С., Сирина Э. С., Демченко Т. В., Нейзберг Д. М. Метаболические аспекты патогенеза воспалительных заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом // Пародонтология. 2012. №3 (64). С. 7–11.

Orehova L. Ju., Gorbacheva I. A., Shestakova L. A., Musaeva R. S., Silina E. S., T.V. Demchenko, D.M. Neizberg Metabolicheskie aspekty patogenezа vospalitel'nyh zabolevanij parodonta u bol'nyh saharный диабетом / L.Ju. Orehova // Parodontologija. — 2012. — №3(64) — S. 7–11.

8. Рединова Т. Л., Поздеев А. Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов / Метод. рекоменд. — Ижевск, 1994. — 24 с.

Redinova T. L., Pozdeev A. R. Klinicheskie metody issledovaniya sljuny pri kariese zubov / Metod. rekomend. — Izhevsk, 1994. — 24 s.

9. Щербakov И. В., Орешака О. В., Гальченко А. И. Влияние дефицита эстрогенов на состояние тканей пародонта у женщин в ранние сроки хирургической менопаузы // Пародонтология. 2014. №3. С. 48–50.

Shcherbakov I. V., Oreshaka O. V., Gal'chenko A. I. Vlijanie deficita jestrogenov na sostojanie tkanej parodonta u zhenshhin v rannie sroki hirurgicheskoy menopauzy // Parodontologija. 2014. №3. S. 48–50.

10. Amar S., Han X. The impact of periodontal infection on systemic diseases // Med Sci Monit. 2003. Vol. 9. №12. P. 291–299.

11. Mohammad A. R., Hopper D. A., Vermilyea S. G., Mariotti A., Preshaw P. M. An investigation of the relationship between systemic bone density and clinical periodontal status in postmenopausal Asian-American women // Int Dent J. 2003. №53. — P. 121–125.

12. Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis // Ann. Periodontol. 1996. №1 (1). P. 821–878.

13. Pussinen P. J., Jousilahti P., Alfthan G. Antibodies to periodontal pathogens are associated with coronary heart disease // Arterioscler Thromb Vasc. Biol. 2003. V. 23. P. 1250–1254.

14. Relman D. A. The search for unrecognized pathogens // Science. 1999. V. 284. P. 1308–1310.

**Поступила 24.02.2015**

Координаты для связи с авторами:  
450000, г. Уфа, ул. З. Валиди, д. 45/1,  
6 корпус БГМУ, 4 этаж

**Подписной индекс  
журнала «Пародонтология»  
в каталоге «Пресса России» — 18904**