

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, АССОЦИИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI

Проф. Р. Э. ЧОБАНОВ, доц. Р. М. МАМЕДОВ

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджанская Республика*

Показано, что биотопы полости рта являются накопителями *H. pylori*, вызывающими гастроудоденальную патологию. Патогенные свойства *H. pylori* проявляются при наличии пародонтальных карманов (глубиной более 3 мм), в которых создаются благоприятные условия для активной жизнедеятельности бактерий, которые не только вызывают гастроудоденальную патологию, но и усугубляют клиническое течение и лечение воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП). Включение в комплексную терапию ВЗП высокоактивных в отношении *H. pylori* антибиотиков (в частности, азитромицина) позволяет достигнуть максимального лечебного эффекта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, Helicobacter pylori, лечение.

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) являются повсеместно распространенными массовыми заболеваниями взрослого населения, оказывающими существенное влияние на его здоровье, трудоспособность и в целом качество жизни [1–3]. Достижение оптимального уровня стоматологического здоровья как важнейшего фактора, обеспечивающего высокое качество жизни людей, необходимо считать одной из стратегических задач современной стоматологии [1, 4]. В связи с этим своевременное диагностирование, высокоэффективное лечение и радикальная профилактика ВЗП приобретают важнейшую медико-социальную значимость [5, 6].

Однако, несмотря на прилагаемые усилия, эффективность консервативного лечения из года в год снижается из-за низкой стоматологической обращаемости населения и самостоятельного лечения им начальных стадий ВЗП, с одной стороны, и проблем в расшифровке этиологической структуры возбудителей и приобретения ими резистентности к антибактериальным средствам, с другой стороны. Меры же профилактики ВЗП не приводят к желаемым результатам [7–10].

Современные исследования показывают, что *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) вызывает не только гастроудоденальную патологию, но и адгезируется в разных биотопах полости рта. Бактерия в высоких концентрациях вывляется в зубном налете, пародонтальных карманах, язвенных поражениях слизистой, гнойных отделениях и зубных ортопедических конструкциях [11–14]. В ряде сообщений отмечается, что *H. pylori* играет этиологическую роль в развитии кариеса, гингивита, осложняет клиническое течение ВЗП и эффективность их лечения [15–17]. Поэтому достоверная оценка воздействия *H. pylori* на клиническое течение ВЗП

и поиск путей по его эрадикации из полости рта приобрели важное научно-практическое значение, что и явилось целью настоящего исследования.

У 285 пациентов с разным уровнем стоматологического статуса исследовали разные биотопы полости рта на высеваемость *H. pylori*. Биоматериал брали из кариозных полостей, межзубовых пространств, зуботехнических конструкций, слюны и пародонтальных карманов глубиной < 3 мм, 3–5 мм, > 6 мм. Пародонтит диагностировали на основании исследования полости рта, клинических проявлений и жалоб пациентов. Острые формы ВЗП диагностировали у 38 пациентов, хронические формы – у 87 пациентов. Контрольные группы составили 124 пациента, ранее перенесших стоматологические заболевания или находящихся в настоящее время под риском их развития, и 36 пациентов со здоровой полостью рта. Из биоматериалов готовили мазки, фиксировали, окрашивали и микроскопировали (увеличение × 630); данный морфологический цитологический метод является «золотым стандартом» диагностирования *H. pylori* инфекции [18]. В мазках подсчитывали колониеобразующие единицы *H. pylori* (КОЕ/см²).

Лечили 2 группы пациентов с ВЗП, ассоциированными *H. pylori*. Лечение ВЗП в первой группе (52 пациента) провели следующим образом: по показаниям вскрытие очагов воспаления и дренирование гнойного содержимого; кюретаж пародонтальных карманов; промывание (полоскание) очагов и карманов 0,15%-ным раствором хлоргексидина (3 раза в день по 5–7 мин каждый раз); покрытие очагов комплексным гелем «Метрогил Дента» на «Диплен-пленках» или желатиновых полосках, а также запломбирование пародонтальных карманов (2 раза в день); шинирование расшатанных причинных зубов; мануальный или

гидромассаж тканей пародонта для улучшения капиллярного кровообращения (4 раза в день по 1,5–2 мин); аэрозольные биопрепараты для нормализации микрофлоры полости рта; комплексный препарат «Имудон» для нормализации местной и общей иммунной системы (рассасывание таблеток в полости рта 5 раз в день); нормативное соблюдение гигиены полости рта (чистка зубов 2 раза в день по 1,5–2 мин); продолжительность курса лечения 7–10 дн, повторный курс — через 20–30 дн. Лечение во второй группе (38 пациентов) проводили аналогично, дополнительно назначали системный антибиотик азитромицин (в 1-й день — 0,5 г, в остальные 5 дн — по 0,25 г). Контроль эффективности лечения провели через 20–30 дн.

Обсеменность полости рта *H. pylori* довольно высокая, бактерия выявлена в 150 из 285 исследованных проб (52,6±3,0%). Однако экстенсивные и интенсивные показатели высеваемости *H. pylori* из разных биотопов полости рта оказались неравнозначными (табл. 1).

H. pylori выделена среди пациентов как со здоровой полостью рта и риском развития ВЗП, так и с острыми ВЗП. Частота высеваемости бактерий варьирует в пределах от 33,3±8,0% до 47,4±8,2% ($\chi^2 = 1,51$; $p > 0,05$) при интенсивности от 7,9±1,8 до 14,6±2,3 КОЕ/см² ($t = 3,29$; $p < 0,05$). Эти данные позволяют сделать следующие выводы. Во-первых, разные биотопы полости рта являются накопителями *H. pylori* и обеспечивают нисходящую передачу бактерий в гастродуоденальную область, в которой эта бактерия играет важную роль в этиологии различных патологических процессов. Во-вторых, скорее всего, *H. pylori* не участвует в запуске механизма развития ВЗП, так как ее выявляемость среди пациентов с острыми формами ВЗП почти такая же, как и среди пациентов со здоровой полостью рта.

Наиболее высокие показатели высеваемости *H. pylori* присущи пациентам с хроническими фор-

мами ВЗП: экстенсивность — 82,8±4,1% ($\chi^2 = 16,43$; $p < 0,01$), интенсивность — 130,3±7,6 КОЕ/см² ($t = 14,57$; $p < 0,001$). При этом, если частота высеваемости *H. pylori* из пародонтальных карманов глубиной до 3 мм составляет 55,6±9,7%, то при глубине 3–5 мм она возрастает до 90,3±5,4% ($\chi^2 = 9,11$; $p < 0,05$), а все исследованные пародонтальные карманы глубиной 5 мм и более содержали *H. pylori*. С такой же последовательностью возрастает и интенсивность выделяемости *H. pylori* — соответственно 23,8±3,8 КОЕ/см², 86,2±6,4 КОЕ/см² ($t = 8,39$; $p < 0,001$) и 227,3±12,5 КОЕ/см² ($t = 10,05$; $p < 0,001$).

Как видно, пародонтальные карманы являются не только резервуаром для накопления *H. pylori*, но и благоприятной средой для жизнедеятельности бактерий. При этом чем больше глубина карманов, тем более благоприятны эти условия.

С учетом того, что хронические формы ВЗП формируются при наличии глубоких пародонтальных карманов, отягощающее влияние *H. pylori* на их клиническое течение приобретает очевидность (табл. 2).

Как видно, при легкой степени протекания хронических форм ВЗП частота высеваемости *H. pylori* составляет 52,0±10,2% при интенсивности 18,6±2,5 КОЕ/см². Эти показатели резко возрастают при средней степени их протекания — соответственно 91,7±4,7% ($\chi^2 = 12,52$; $p < 0,01$) и 169,2±11,8 КОЕ/см² ($t = 12,49$; $p < 0,001$), а при тяжелой степени интенсивность высеваемости возрастает до 203,4±14,2 КОЕ/см² ($t = 1,85$; $p > 0,05$).

Отягощающее воздействие *H. pylori* на клиническое течение ВЗП, на их хронизацию прослеживается и по результатам проведенного лечения. В первой группе пациентов, подвергнутых комплексному лечению ВЗП, включающему антибактериальные, противовоспалительные, гемо- и иммунокорректирующие процедуры, нормализацию микрофлоры и гигиену полости рта, излечение наступило у 71,5±6,3% из них. Повторное через

Таблица 1

Высееваемость *H. pylori* из биотопов полости рта среди разных групп пациентов

Группы пациентов	Число исследованных проб	Высееваемость <i>H. pylori</i>		
		число положительных проб		интенсивность, КОЕ/см ²
		абс. ч.	%	
Здоровые	36	12	33,3±8,0	7,9±1,8
Группы риска	124	48	38,7±4,4	12,8±2,5
Острые ВЗП	38	18	47,4±8,2	14,6±2,3
Хронические ВЗП с глубиной пародонтальных карманов:				
< 3 мм	27	15	55,6±9,7	23,8±3,8
3–5 мм	31	28	90,3±5,4	86,2±6,4
≥ 6 мм	29	29	100,0±0,0	227,3±12,5
всего	87	72	82,8±4,1	130,3±7,6
Итого	285	150	52,6±3,0	68,7±1,6

Влияние *H. pylori* на клиническое течение ВЗП

Степень клинического течения ВЗП	Число исследованных проб	Высеваемость <i>H. pylori</i>		
		число положительных проб		интенсивность КОЕ/см ²
		абс. ч.	%	
Острые формы	38	18	47,4±8,2	14,6±2,3
Хронические формы:				
— легкая	25	13	52,0±10,2	18,6±2,5
— средняя	36	33	91,7±4,7	169,2±11,8
— тяжелая	26	26	100,0±0,0	203,4±14,2
Всего	87	72	82,8±4,1	130,3±7,6

20–30 дн бактериологическое исследование показало, что эрадикация *H. pylori* из биотопов полости рта наступила только у 51,9±7,0%, у остальных бактерия высевалась повторно, но интенсивность ее была несколько меньшей по сравнению с исходными значениями. По всей вероятности, антибактериальное средство метронидазол, содержащееся в геле «Метрогил Дента», не обладает достаточной активностью в отношении *H. pylori*, что и не позволило достигнуть максимальной результативности проведенного лечения.

Во второй группе пациентов, которым дополнительно назначали антибиотик азитромицин, эффективность комплексного лечения оказалась максимально высокой, составив 92,1±4,4% ($t = 2,68$; $p < 0,01$). Азитромицин — системный антибиотик с широким антибактериальным спектром действия, проникающий и накапливающийся в глубоких тканях и, самое главное, высокоактивный в отношении *H. pylori* [21]. При контрольном бактериологическом исследовании *H. pylori* была обнаружена только у двух пациенток, причем в местах приле-

гания ортопедических конструкций к пародонту, в которые азитромицин не проникает (5,3±3,7%; $t = 15,10$; $p < 0,001$). То есть *H. pylori* не только отягощает течение ВЗП, но ее эрадикация способствует достижению высокой эффективности лечения ВЗП.

Подытоживая результаты проведенной работы, можно отметить, что биотопы полости рта являются накопителями *H. pylori*, откуда происходит регулярная нисходящая передача бактерий в гастродуоденальную область. Патогенные свойства *H. pylori* проявляются при наличии пародонтальных карманов (глубиной более 3 мм), в которых создаются, по всей вероятности, благоприятные условия для активной жизнедеятельности бактерий. В результате клиническое течение ВЗП приобретает более тяжелый, продолжительный характер и снижается эффективность их лечения. Включение в комплексную терапию ВЗП высокоактивных в отношении *H. pylori* антибиотиков (в частности, азитромицина) позволяет достигнуть максимального лечебного эффекта.

Литература

1. *Образцов Ю. Л.* Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // *Стоматология.*— 2006.— № 4.— С. 41–43.
2. *Симановская О. Е.* Влияние стоматологического здоровья на качество жизни // *Стоматология.*— 2008.— № 5.— С. 75–77.
3. *Slade G., Spenser J.* Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // *Community Dental Health.*— 2004.— Vol. 11.— P. 3–5.
4. *Юшманова Т. Н.* Экологические и социальные аспекты стоматологического здоровья населения Архангельской области: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Архангельск, 2004.— 44 с.
5. *Грудянов А. И., Дмитриева Н. А., Фоменко Е. В.* Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.— М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.— 112 с.
6. *Курякина Н. В., Савельева Н. А.* Стоматологическая профилактика.— Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2003.— 288 с.
7. *Грудянов А. И., Овчинникова В. В.* Профилактика воспалительных заболеваний пародонта.— М.: МИА, 2007.— 80 с.
8. *Ерастов Т. Р.* Стоматологическая заболеваемость: комплексные меры по лечению, реабилитации и профилактике // *Соц. мед.*— 2005.— № 1.— С. 83–87.
9. *Нистратов К. Л.* Современное состояние лечения и профилактики стоматологической заболеваемости: обзор // *Соц. мед.*— 2006.— № 2.— С. 71–75.
10. *Sweet R., Blastwern K., Hong R.* Preventive measures as a main way of influence on dental diseases // *J. Epidemiol.*— 2007.— Vol. 46.— P. 106–112.
11. *Helicobacter pylori* — ассоциированная патология полости рта у детей (клинико-лабораторное исследование) / В. М. Елизарова, А. В. Горелов, Е. Н. Таболова, Е. А. Скатова // *Стоматология.*— 2006.— № 5.— С. 64–69.
12. *Kilmartin C. M.* Dental Implications of *Helicobacter pylori* // *Can. Dent. Assoc.*— 2008.— Vol. 68, № 8.— P. 489–493.

13. *Helicobacter pylori* in oral ulcerations / T. Shimoyama, N. Horie, T. Kato et al. // *J. Oral Sci.*— 2000.— № 4.— P. 35–39.
14. *Young K. A., Allaker R. P., Hardie J. M.* Morphological analysis of *Helicobacter pylori* from gastric biopsies and dental plaque by scanning electron microscopy // *Oral Microbiol. Immunol.*— 2001.— № 3.— P. 178–181.
15. *Борисенко А. В., Линовицкая О. В.* Роль микробных ассоциаций и *Helicobacter pylori* в развитии генерализованного пародонтита // *Сов. стоматол.*— 2000.— № 3.— С. 40–42.
16. *Уразова Р. З., Шамсутдинов Н. Ш., Казанцева Т. Ю.* Состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у детей с гастроудоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // *Стоматология.*— 2001.— № 1.— С. 20–22.
17. *Helicobacter pylori* may have only a transient presence in the oral cavity and on the surface of oral cancer / K. Okuda, K. Ishihara, T. Miura et al. // *Microbiol. Immunol.*— 2003.— № 5.— P. 385–388.
18. *Алиев М. Г.* Микробиологические аспекты диагностики хеликобактериоза, его эпидемиологические особенности и система лечебно-профилактических мер: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Баку, 2007.— 53 с.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ, АСОЦІЙОВАНИХ HELICOBACTER PYLORI

Р. Е. ЧОБАНОВ, Р. М. МАМЕДОВ

Показано, що біотопи порожнини рота є накопичувачами *H. pylori*, які викликають гастроудоденальну патологію. Патогенні властивості *H. pylori* виявляються за наявності пародонтальних кишень (глибиною більше 3 мм), у яких створюються сприятливі умови для активної життєдіяльності бактерій, що не тільки викликають гастроудоденальну патологію, але і посилюють клінічний перебіг та лікування запальних захворювань пародонту (ЗЗП). Включення до комплексної терапії ЗЗП високоактивних щодо *H. pylori* антибіотиків (зокрема, азитроміцину) дає змогу досягнути максимального лікувального ефекту.

Ключові слова: запальні захворювання пародонту, *Helicobacter pylori*, лікування.

THE PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE AND EFFICACY OF TREATMENT FOR PARODONTIUM INFLAMMATORY DISEASES ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI

R. E. CHOBANOV, R. M. MAMEDOV

Oral cavity biotopes were shown to accumulate *H. pylori* causing gastroduodenal pathology. The pathogenetic properties of *H. pylori* manifest at presence of parodontium pockets (deeper 3 mm) in which favorable conditions for activation of the bacteria vital activity causing not only gastroduodenal pathology but also aggravating the clinical course and treatment of parodontium inflammatory diseases (PID) are created. Administration of highly active against *H. pylori* antibiotics (Azithromycinum, in particular) as a part of complex treatment allows obtaining best clinical results.

Key words: parodontium inflammatory diseases, *Helicobacter pylori*, treatment.

Поступила 09.09.2009