

УДК: 616.31:618.1+616-022.7

А.Д. Шульженко, Е.І. Крутікова, Л.І. Островська, Т.О.Петрушанко

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ

Вищий державний науковий заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Доведеним є той факт, що найчастіше запальні та запально-дистрофічні хвороби пародонта є синдромним проявом таких поширених хвороб як цукровий діабет, гіпер- і гіпотериоз, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ішемічна хвороба серця та низки іншої соматичної патології. У той же час наукових праць щодо взаємозв'язку стану пародонта й урогенітальних хвороб недостатньо. Натепер серед хвороб сечостатевої системи в 67%-89% жінок репродуктивного віку найпоширенішим вважається бактеріальний вагіноз (БВ) [1].

Згідно з ВООЗ бактеріальний вагіноз – це полімікробна дисбіотична незапальна хвороба, при якій видовий і кількісний вектор мікрофлори піхви зміщений у бік анаеробних мікроорганізмів [2]. Збудниками БВ є *Gardnerella vaginalis* і *Atorobium vaginae*, схильні до утворення біоплівки і досить стійкі до багатьох сучасних антибактеріальних препаратів [3;4].

Відомо, що в порожнині рота виявляють понад 750 видів і фенотипів бактерій, які мешкають у вигляді біоплівок за фізіологічних і патологічних умов [5]. Можливе виникнення і розвиток дисбіозу порожнини рота, який полягає в змінах кількісних і якісних співвідношень між пробіотичними, коменсальними, патогенними й умовно-патогенними видами в межах біологічної ніші, та відіграє суттєву роль у етіології та патогенезі низки стоматологічних хвороб [6;7]. Нашими дослідженнями доведено, що у всіх пацієнток із БВ наявні хронічні генералізовані запальні та запально-дистрофічні хвороби пародонта, такі як хронічний катаральний гінгівіт, пародонтит початкового і першого ступеня тяжкості [8]. Актуальним завданням є обґрунтування тактики лікування зазначених хворих у стоматолога.

Метою роботи стала розробка і перевірка ефективності схеми лікування в стоматолога жінок із бактеріальним вагінозом і проявом запальних та запально-дистрофічних хвороб пародонта.

Матеріали і методи

Нами було обстежено 54 жінки віком 18-45 років із верифікованим гінекологічним діагнозом БВ, у яких вивчали стоматологічний і гінекологічний статуси. Вони були поділені на 2 групи залежно від тактики стоматологічного лікування: жінки I групи (контрольна) проходили лікування за загальноприйнятими стандартами (26 пацієнток), II групи (дослідна) – отримували запропоновану нами схему лікування (28 жінок).

Клінічне стоматологічне обстеження виконували на момент звернення і через 3 місяці після завершення лікування. Стану гігієни порожнини рота визначали шляхом розрахунку індексу Гріна-Верміліона. Стан пародонта оцінювали на основі пародонтограми, а також за допомогою індексів РМА (в модифікації Рагма), комплексного пародонтального індексу за Лесусом (КПІ), проби Писарева–Шіллера, числа Свракова. Виконували рентгенологічне дослідження (ортопантомограма, внутрішньоротові прицільні знімки). Діаг-

ноз пародонтологічної хвороби формували за класифікацією Н.Ф. Данилевського (1994) [9].

Лікування пацієнток усіх груп було узгоджено з гінекологом із урахуванням чутливості збудників БВ до антибіотикотерапії. Тому загальну терапію призначали гінекологи: «Флюконазол» по 50 мг 1 раз за добу (7 днів), «Метронідазол» 250 мг через кожні 6 годин (5 днів) (у групі I), «Кліндаміцин» по 150 мг через кожні 6 годин (5 днів) (у групі II), починаючи з 3-ї доби вживання антибіотиків - пробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» (21 день). Додатково жінкам групи дослідної групи рекомендували вживання «Кальцій-Д3-Нікомед» по 1 таб. під час вечері 30 діб [10].

Місцева терапія в гінеколога була такою: вагінальні супозиторії «Флуомізин» через кожні 24 години (10 днів), пробіотик «Симбітер гінекологічний» вагінально (21 день).

Лікування пацієнток усіх груп охоплювало професійну гігієну, створення алгоритму індивідуальної гігієни і санацію порожнини рота. За показаннями виконували закритий кюретаж. Місцеве медикаментозне лікування жінок I групи охоплювало: ротові ванночки препарату «Стоматофіт» після ранкових і вечірніх гігієнічних процедур (7 діб) та аплікації «Метрогіл-дента» на ясна (7 діб), а для осіб II групи додатково призначали препарат «Лізак» по 1 таб. тримати в роті до повного розчинення через кожні 6 годин (5 діб), після закінчення використання «Стоматофіту» і «Метрогіл – дента» - аплікації «Симбітер омега» на ясна в силіконових капах на ніч (21 день) [10].

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з використанням критеріїв Ст'юдента [11].

Результати та їх обговорення

Дані результатів стоматологічного обстеження пацієнток із бактеріальним вагінозом засвідчили наявність у всіх хронічних генералізованих запальних хвороб пародонта різних ступенів тяжкості. У стоматологічному анамнезі характерними були скарги на кровоточивість ясен під час чищення зубів (100%), її сезонність прояву (82%), набряк ясен (97%), неприємні відчуття під час уживання твердої їжі (25%), але по стоматологічну допомогу жінки не зверталися. На прийомі в гінеколога обстежені пацієнтки із БВ скаржилися на смердючі рідкі рясні білі, дискомфорт при статевих актах. Суб'єктивне обстеження засвідчило, що 42 жінки (77,78%) із БВ зазначили синхронність первинного й одночасність подальших проявів клінічних симптомів БВ і загострень гінгівіту або пародонтиту.

Проведені загальне лікування і місцеві стоматологічні та гінекологічні втручання в жінок із бактеріальним вагінозом показали позитивну суб'єктивну й об'єктивну динаміку стоматологічного та гінекологічного статусів. Так, через 3 місяці клініко-лабораторних спостережень були відсутні скарги, достовірно покращився стан гігієни порожнини рота. Якщо до проведеного лікування індекс Гріна-Верміліона загалом у жі-

нок із БВ складав $1,321 \pm 0,031$ бала, то через 3 місяці він дорівнював $1,035 \pm 0,024$ ($p < 0,05$).

Суттєві позитивні зміни відбулися в жінок із БВ також із тканинами пародонта. На об'єктивному клініч-

ному стоматологічному обстеженні були відсутні запальні реакції ясен, патологічна рухомість зубів. Динаміка індексної оцінки стану пародонта жінок контрольної та дослідної груп наведена в таблиці.

Таблиця

Індексна оцінка стану пародонта обстежених жінок у динаміці лікування ($M \pm m$)

Показники	I група (26)		II група (28)	
	до лікування	через 3 місяці після лікування	до лікування	через 3 місяці після лікування
Індекс РМА, %	$63,038 \pm 2,63$	$46,88 \pm 3,86^*$	$62,36 \pm 1,78$	$13,68 \pm 2,38^{*\#}$
Індекс КПІ за Леусом, бали	$2,19 \pm 0,097$	$1,65 \pm 0,244^*$	$2,57 \pm 0,093$ $p < 0,05$	$0,408 \pm 0,094^{*\#}$
Число Свракова	$3,61 \pm 0,143$	$2,65 \pm 0,252^*$	$3,59 \pm 0,114$	$0,794 \pm 0,041^{*\#}$

Примітка: в дужках - кількість обстежених жінок;

* - достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з показником у групі до лікування;

- достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з показником I групи через 3 місяці після лікування; $p < 0,05$ – вірогідна відмінність при порівнянні з показником I групи до лікування.

Через 3 місяці після лікування показник РМА пацієнток, у яких застосовували загальноприйнятну схему, знизився на 16,15%, тоді як використання запропонованого лікування привело до зменшення його на 48,68%, що свідчить про вищу ефективність протизапального ефекту розробленого лікування.

За індексом КПІ жінки дослідної групи мали достовірну відмінність порівняно з аналогічним показником жінок контрольної групи до початку лікування стоматологом і гінекологом. Через 3 місяці після завершення лікування індекс КПІ у представниць контрольної групи зменшився в 1,33 раза, тоді як у осіб дослідної групи – в 6,3 раза.

Аналогічна позитивна динаміка характеризує і показник – число Свракова. Якщо за даним показником до лікування відмінностей між групами не виявлено, то запропоноване лікування сприяло в 3,34 раза меншому середньому значенню числа Свракова порівняно із середнім значенням показника контрольної групи через 3 місяці динаміки клінічного спостереження (див. табл. 1).

Слід зазначити, що стоматологічне лікування жінок із БВ без урахування наявності таких збудників БВ як *Gardnerella vaginalis* і *Atopobium vaginae*, їхньої чутливості до антибіотиків, а також загального стану організму і факторів ризику виникнення БВ, є недостатньо ефективним. Так, через 3 місяці після проведеного лікування майже в половині жінок контрольної групи зберігається запальний процес у яснах. Оцінюючи стан пародонта в пацієнток дослідної групи в динаміці спостереження, необхідно вказати на регрес патологічного процесу в пародонті, але доцільність проведення протирецидивного лікування в стоматолога і гінеколога для стійкої ремісії пародонтиту і ліквідації генералізованого хронічного катарального гінгівіту.

Таким чином, наявність у жінок бактеріального вагінозу супроводжується ураженням тканин пародонта запальним і запально-дистрофічним патологічним процесом. Запропонована тактика лікування пацієнток із БВ сприяє регресу запальних явищ, покращенню стану гігієни порожнини рота, але для запобігання ре-

цидивам хвороби потребує подальших клініко-лабораторних спостережень і лікарських втручань.

Література

- Противорецидивная терапия бактериального вагиноза у женщин [Текст] / А. Е. Дубчак [и др.] // Здоровье женщины: всеукраинский научно-практический журнал. - 2013. - № 7. - С. 1421.
- Галич С.Р. Бактериальный вагиноз / С.Р. Галич // Здоров'я України. - 2012. - №4(8). - С 40-42.
- Липова Е.В. Бактериальный вагиноз : завжди дискусії / Е.В. Липова, В.Е. Радзинський // Status Praesens. - 2012. - № 2 [8]. - С.27-60.
- Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. - 472 с.
- 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.
- Петрушанко Т.А. Роль колонизационной резистентности полости рта в развитии кариеса / Петрушанко Т.А., Черета В.В., Лобань Г.А. // Стоматология. - 2013. - Т.92, № 1. - С 43-45.
- Петрушанко Т.А. Скрининговая диагностика микробиологических нарушений полости рта / Петрушанко Т.А., Черета В.В., Лобань Г.А. // Клиническая лабораторная диагностика. - М., Россия. - 2014. - № 6. - С. 48-51.
- Шульженко А.Д. Состояние тканей пародонта у женщин с бактериальным вагинозом / Петрушанко Т.А., Шульженко А.Д., Крутикова Э.И. // Georgian Medical News. - 2014. - № 12. - С. 24-28.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. - К: Здоров'я, 2000. - 464 с.
- Шульженко А.Д. Патент України на корисну модель «Спосіб лікування пародонтиту у жінок з бактеріальним вагінозом» / Петрушанко Т.О., Крутикова Е.І., Шульженко А.Д. // Пріоритетна довідка на винахід № u201702119 від 06.03.2017.
- Герасимов А.Н. Медицинская статистика: учебное пособие / А.Н. Герасимов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. - 480 с.

Стаття надійшла
23.08.2017 р.

Резюме

Запальні та запально-дистрофічні хвороби пародонта є синдромним проявом численних соматичних хвороб. Але праць щодо взаємозв'язку стану пародонта й урогенітальних хвороб недостатньо. Найпоширенішим серед хвороб сечостатевої системи в жінок є бактеріальний вагіноз (67%-89%). Збудниками БВ є *Gardnerella vaginalis* і *Atopobium vaginae*. У статті представлено порівняння ефективності схем лікування гінгівіту і пародонтиту в жінок із БВ за стандартною схемою та за схемою, що впливає на збудників БВ. Було обстежено 54 жінки віком 18-45 років із верифікованим гінекологічним діагнозом БВ. Пацієнтки були поділені на 2 групи залежно від тактики стоматологічного лікування: жінки I групи проліковані за загальноприйнятими стандартами, II групи – отримували запропоновану і запатентовану схему лікування. Через 90 днів після проведеного лікування майже в половині жінок конт-

рольної групи зберігався запальний процес у яснах, тоді як у динаміці спостереження стану пародонта жінок II групи виявлено регрес патологічного процесу. Індекс РМА у них знизився в 3 рази більше порівняно з аналогічним показником жінок контрольної групи, показник КПІ – в 4,7 рази відповідно, що свідчить про значну вищу ефективність запропонованої схеми лікування.

Ключові слова: гінгівіт, пародонтит, бактеріальний вагіноз, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, лікування.

Резюме

Воспалительные и воспалительно-дистрофические болезни пародонта являются синдромным проявлением многочисленных соматических болезней. Однако работ по взаимосвязи состояния пародонта и урогенитальных болезней недостаточно. Самым распространенным среди болезней мочеполовой системы у женщин является бактериальный вагиноз (БВ) (67%-89%). Возбудители БВ – *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae*. В статью представлено сравнение эффективности лечения гингивита и пародонтита у женщин с БВ по общепринятой схеме лечения и разработанной авторами. Обследовано 54 женщины в возрасте 18-45 лет с верифицированным гинекологическим диагнозом БВ. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от тактики стоматологического лечения: женщины I группы (контрольной) пролечены по общепринятым стандартам, II группы – получали предложенное и запатентованное лечение. Через 90 дней после проведенного лечения практически у половины женщин контрольной группы сохранялся воспалительный процесс в деснах, в то время как в динамике наблюдения состояния пародонта женщин II группы выявлен регресс патологического процесса. Индекс РМА у них снизился в 3 раза больше по сравнению с аналогичным показателем женщин контрольной группы, показатель КПІ – в 4,7 раза соответственно, что свидетельствует о большей эффективности предложенной схемы лечения.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, бактериальный вагиноз, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, лечение.

UDC 616.31:618.1+616-022.7

SPECIFIC DENTAL TREATMENT OF FEMALE PATIENTS WITH BACTERIAL VAGINOSIS

A. Shulzhenko, E. Krutikova, L. Ostrovska, T. Petrushanko

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»

Summary

Inflammatory and dystrophic inflammatory periodontal diseases are the syndrome manifestation of such common diseases as diabetes mellitus, hyper- and hypothyroidism, gastric and duodenal ulcers, coronary heart disease and a number of other somatic pathologies. At the same time a number of publications on the relationship between the state of parodontium and urogenital diseases are not sufficient to date.

Bacterial vaginosis (BV) in women of the childbearing age is considered the most common disease (67-89%) of the urogenital system. The WHO defines bacterial vaginosis as polymicrobial dysbiotic non-inflammatory disease when the specific and quantitative vector of vaginal microflora is shifted to the anaerobic microorganisms. The infectious agents of BV are *Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae*, capable to the formation of biofilms and are quite resistant to many advanced antibacterial drugs.

The paper presents the comparison of the effectiveness of the conventional treatment regimen of gingivitis and periodontitis in women with BV and therapeutic regimen that affects the agents of BV (*Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae*). Our investigations have proved by evidence the presence of such chronic generalized inflammatory and dystrophic inflammatory periodontal diseases as chronic catarrhal gingivitis, the initial and first-degree periodontitis in all patients with BV. The relevant objective of the study is to substantiate the approach to dental treatment of such patients.

The paper was aimed at the development and verification of the effectiveness of dental treatment regimen of women with bacterial vaginosis and manifestation of the inflammatory and dystrophic inflammatory diseases of parodontium.

54 women aged 18 to 45 years with confirmed BV gynecological diagnosis have been examined; dental and gynecological status have been studied, too. The patients were divided into 2 groups according to the approach to dental treatment: women of Group I (control) received conventional treatment (26 patients), and women from Group II (study) were treated according to the suggested regimen (28 women). The general therapy included prescription of 50 mg Fluconazole once a day during 7 days and 250 mg Metronidazole every 6 hours during 5 days (Group I); 150 mg Clindamycin every 6 hours during 5 days, 1 tab. Calcium-D3 Nycomed during the evening meal over 30 days (Group II), and "Symbiter Acidophilic Concentrated" probiotic during 21 days. Local drug treatment of women of Group I included oral baths with Stomatofit after morning and evening personal hygiene procedures during 7 days and applications with "Metrogil-denta" gel on the gums during 7 days and patients of Group II were supplementary prescribed with 1 tab. Lizak every 6 hours during 5 days; at the end of treatment with Stomatofit and "Metrogil-denta" applications with "Symbiter omega" probiotic on the gums in silicone trays at night during 21 days were prescribed. Parodontal status was determined using the PMA indices (in Parma modification), Leus comprehensive parodontal index (CPI), Schiller-Pisarev's tests, Svrakov's value at the moment of admission and after 3 months. After 90 days of treatment gingival inflammation was not eliminated in nearly half of the women of the control group. Decrease of the PMA index has been observed in 16,15% of patients, and CPI index was 1,33 times lower. Noteworthy, evaluation of the state of parodontium in patients of the study group in dynamic observation has shown the regress of pathological progress in the parodontium. In Group II the PMA index decreased by 48, 68% and CPI index was 6,3 times lower, indicating about more higher efficacy of treatment regimen, aimed at the affecting the infectious agents of BV as the concomitant somatic disease.

Key words: gingivitis, periodontitis, bacterial vaginosis, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, treatment.