

В результате исследования среди женщин в постменопаузе ХГП легкой степени диагностирован у 19 (27,1%), средней степени тяжести – у 30 (42,9%), тяжелой степени – у 21 (30%) пациенток. Полученные нами данные свидетельствуют, что в патогенезе пародонтита у женщин в период постменопаузы имеют значение как экзогенные факторы (плохие и очень плохие показатели гигиены полости рта), так и эндогенные. К числу эндогенных факторов, вызывающих и усугубляющих развитие пародонтита в постменопаузальный период жизни, следует отнести остеопороз. Согласно результатам денситометрии среди женщин в постменопаузе, страдающих ХГП, нормальное состояние костной ткани имело место у 30%, остеопения – у 51,4%, остеопороз – у 18,6% пациенток. У женщин в постменопаузе, страдающих ХГП, в сыворотке крови отмечено повышение уровней костной щелочной фосфатазы, тартрат-резистентной кислой фосфатазы, С-терминального телопептида коллагена 1 типа и уменьшение содержания остеокальцина соответственно нарастанию тяжести пародонтита.

Несомненно, что в основе развития и течения ХГП в постменопаузальный период лежат особен-

ности регуляторного воздействия половых гормонов. Установлено, что ХГП ассоциирован со снижением экспрессии рецепторов эстрогенов в десне, что положительно коррелирует с тяжестью заболевания пародонта ($r=0,641$). Степень резорбции альвеолярного отростка нижней челюсти по костному показателю Фукса коррелировала с уровнем системного снижения минеральной плотности костной ткани (по Т-критерию) ($r=0,604$) и была тесно связана со снижением экспрессии рецепторов эстрогеновых гормонов в десне ($r=0,568$).

Таким образом, тяжесть поражения пародонта у женщин в постменопаузальный период жизни связана с потерей минеральной плотности кости по типу остеопении или остеопороза. Значимым фактором в формировании генерализованного пародонтита у женщин в период постменопаузы является снижение экспрессии рецепторов эстрогенов в десне, что подчеркивает роль гормональных изменений в формировании патологии пародонта в этот период жизни и может быть использовано как диагностический критерий.

УДК 611.31-002.888-08 «312»

Краткое сообщение

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗОМ ПОЛОСТИ РТА

Н.В. Булкина – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, профессор, доктор медицинских наук; А.Д. Панченко – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры терапевтической стоматологии.

THE NEW ASPECTS OF MEDICAL-PREVENTIVE ACTION AT PATIENTS WITH ORAL CANDIDOSIS

N.V. Bulkina – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Therapeutic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science; A.D. Panchenko – State Saratov Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology Post-graduate.

Дата поступления – 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

Булкина Н.В., Панченко А.Д. Новые аспекты лечебно-профилактических мероприятий у больных кандидозом полости рта // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 319-321.

Рост микотически обусловленной заболеваемости, появление новых групп риска развития микозов, расширение рынка антифунгальных препаратов делают идею формирования стандартов диагностики и лечения микозов, а также их профилактики актуальной. Показаны основные меры профилактики кандидоза полости рта, рекомендуемые пациентам с данной патологией.

Ключевые слова: кандидоз, профилактика, лечение.

Bulkina N.V., Panchenko A.D. The new aspects of medical-preventive action at patients with oral candidosis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 319-321.

The increase of mycosis-associated morbidity, emergence of new risk groups of mycosis progression and growth of antifungal drug market are among the reasons why formulation of standards for mycosis diagnostics and treatment as well as preventive measures against it is a relevant idea. This study includes primary measures for preventing mouth cavity candidosis recommended for patients with this pathology.

Key words: candidosis, preventive, treatment.

В последние десятилетия во всех странах мира отмечена отчетливая тенденция к увеличению частоты и расширению спектра поражений, вызываемых условно-патогенными грибами, что ставит задачи целенаправленного поиска, эффективного выявления этих возбудителей в патологическом материале, а также правильной оценки их значения как у отдельных больных, так и в патологии современного человека в целом. Условно-патогенные грибы занимают ведущее место в структуре микотической патологии

[1, 2], обладают общим свойством – способностью длительно контактировать с кожными покровами и слизистыми оболочками человека, не вызывая патологических изменений и обуславливая их лишь при наличии дополнительных факторов, подавляющих местные и системные защитные механизмы организма. Нарастание частоты заболеваний, вызванных условно-патогенными грибами, связано как с расширением спектра факторов риска, так и с увеличением контингента лиц, подвергающихся действию этих факторов [3, 4]. Рост микотически обусловленной заболеваемости, появление новых групп риска развития микозов, расширение рынка антифунгальных препаратов делают идею формирования стандартов

Ответственный автор – Панченко Анна Дмитриевна.
Адрес: 410018, г. Саратов, ул. Саловская, 5, кв. 92.
Тел.: 89173032578.
E-Mail: funttik87@mail.ru

диагностики и лечения микозов, а также их профилактики актуальной [2].

Профилактика кандидоза полости рта может быть разделена на неспецифические методы (первичная профилактика) и специфические (вторичная и третичная) [1, 5]. Первичная профилактика направлена на устранение обсемененности окружающей среды, причин развития заболеваний, предупреждение болезни. Всем пациентам, проходящим курс терапии, разъясняются меры индивидуальной гигиены, культура питания. В основе первичной профилактики лежит соблюдение правил санитарно-гигиенических нормативов, санация внутрисемейного кандидоза, привитие всем членам семьи правил личной гигиены. Кроме того, следует соблюдать диету с отказом от употребления углеводов, а также от никотина и алкоголя. Диетологи рекомендуют пищевой рацион с ограничением простых углеводов (сахара, сладких фруктов и ягод, кондитерских изделий, меда, молока, яблок, винограда, белокочанной капусты, бобовых, кваса, пива), так как грибы могут использовать в качестве источника энергии только углеводы, причём в основном гексозы и построенные из них олигосахариды [5]. Другой подход заключается в увеличении количества потребляемых продуктов, способных подавить развитие грибов рода *Candida*. Хорошим средством для предотвращения роста грибов является употребление йогуртов, содержащих живые молочнокислые культуры, а также натуральных продуктов, обладающих естественной антифунгиальной активностью, таких, как чеснок, прополис, острый красный перец, ягоды и листья брусники, сок и семена грейпфрута, листья ореха, масло чайного дерева. Кандидоз полости рта может изменить вкусовые восприятия, и даже затруднять прием пищи и глотание. Эти явления можно уменьшить, если избегать приема кислой, горячей пищи, чтобы не раздражать слизистую оболочку полости рта.

Вторичная профилактика направлена на обнаружение грибов рода *Candida* на ранних сроках заболевания, проведение скрининговых методов диагностики, комплексное обследование и лечение. Для профилактики развития кандидозной инфекции у пациентов, получающих антибактериальные препараты, необходимо назначать противогрибковые препараты. Суточная доза зависит от степени риска, лечение проводят на протяжении основной терапии. Предупреждение развития кандидоза показано больным с тяжелыми соматическими и эндокринными заболеваниями, а также с иммунодефицитом (неоднократные микологические исследования).

Третичная профилактика направлена на предотвращение ухудшения состояния, развития тяжелых форм и осложнений. **Специфическими мерами профилактики кандидоза полости рта** является назначение средств противогрибковой терапии и проведение иммунокоррекции [2, 4]. Причины рецидивирования кандидоза не всегда ясны. В ряде случаев это толерантность штамма гриба, но чаще это сохраняющиеся нарушения в системе антифунгиальной резистентности. Поэтому патогенетически обоснованный путь предупреждения рецидивов – это устранение нарушений в системе антимикробной резистентности слизистых оболочек [1, 2]. В этом аспекте интересна перспектива использования для терапии рецидивирующего кандидоза полости рта иммуномодулирующих препаратов, которые способствуют повышению выработки слизистой оболочкой полости рта секреторного иммуноглобулина класса А.

Было обследовано 97 больных кандидозом полости рта со съёмными ортопедическими конструкциями:

68 (70%) женщин и 29 (30%) мужчин различных возрастных групп, из них с хроническими формами кандидоза 30 человек и с обострением хронических форм кандидоза 40 человек. Средний возраст пациентов составил $51,2 \pm 0,2$ года. Для получения объективных результатов больные всех обследуемых групп были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности болезни. Все больные были без выраженной сопутствующей патологии. У пациентов был собран анамнез, проведен осмотр, основные и дополнительные методы исследования. Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости проводилось до лечения, после осуществления комплексной терапии иммунограмма ротовой жидкости была выполнена через месяц. Всем больным проводилась комплексная терапия. В схему лечения больных основной группы в качестве иммунокорректора назначался иммуномодулятор Гепон в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта. Лиофильно высушенный препарат Гепон (0,002 г) растворяли перед употреблением в 5 мл стерильного физиологического раствора NaCl. Полученный 0,04%-ный раствор Гепона наносился на стерильный ватный тампон, распределялся по слизистой оболочке полости рта, выдерживался в течение 20 минут. Процедуру повторяли через день в течение 14 дней. Контрольный осмотр проводился через 7 дней и 14 дней. Все методы лечения были направлены на более длительный результат терапии, продление периода ремиссии.

При проведении иммунограммы ротовой жидкости определили титр иммуноглобулинов класса IgA, IgG, IgM. По результатам тестов в группе больных с хроническими формами кандидоза наблюдалось уменьшение содержания секреторного IgA до $0,037 \pm 0,025$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л снижение IgG в ротовой жидкости до $0,028 \pm 0,022$ г/л, при $0,042 \pm 0,017$ г/л в контроле, а также снижение содержания IgM до $0,036 \pm 0,017$ г/л при норме $0,055 \pm 0,011$ г/л. При исследовании уровня иммуноглобулинов у пациентов с обострением хронических форм кандидоза количество секреторного IgA $0,032 \pm 0,022$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, IgG $0,031 \pm 0,017$ г/л при $0,042 \pm 0,017$ г/л в контроле, IgM $0,04 \pm 0,017$ г/л при норме $0,055 \pm 0,011$ г/л. Повторная иммунограмма ротовой жидкости была выполнена через месяц, после проведенной местной иммунотерапии. Содержание иммуноглобулинов в ротовой жидкости у пациентов с хроническими формами и обострением хронических форм кандидоза полости рта составило: IgG $0,044 \pm 0,025$ г/л при норме $0,042 \pm 0,017$ г/л, показатель IgA повысился до $0,08 \pm 0,021$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, IgM составил $0,05 \pm 0,016$ г/л при $0,055 \pm 0,011$ г/л в группе контроля, что соответствует средним значениям уровня иммуноглобулинов в ротовой жидкости. Низкий титр антител свидетельствует о недостаточной активности местного иммунитета у больных кандидозом слизистой оболочки полости рта [2, 4].

В результате местное применение Гепона оказало выраженное противовоспалительное действие, а также эффективно устранило сухость слизистой оболочки полости рта. Применение иммуномодулятора привело к увеличению количества общего IgG в слюне, активации гуморального звена местного иммунитета ротовой полости в виде повышения продукции секреторного IgA. По полученным отдаленным результатам, обострения кандидозной инфекции не наблюдалось в течение десяти месяцев.

Таким образом, после предварительной оценки состояния иммунитета иммунокорректирующую терапию следует проводить во всех группах лиц, которые имеют хронические воспалительные заболевания,

хронически текущие инфекционные патологии, проблемы с обменом веществ, а также пациентам со съёмными ортопедическими конструкциями в полости рта. Высоким риском развития кандидоза обладают пациенты с соматической патологией, вынужденные по состоянию здоровья принимать постоянно иммунодепрессанты, гормональные препараты, а также те, кто перенес курсы лучевой и химиотерапии. Таким пациентам целесообразно с профилактической целью назначать системные противогрибковые препараты в профилактических дозах согласно инструкции, что позволяет предотвратить проявление грибковой инфекции, а в случае ее проявления, быстро купировать клинические проявления и число обострений.

Библиографический список

1. Проект рекомендаций по лечению кандидоза // Проблемы медицинской микологии, 2001. Т. 3, № 3. С. 12-25.
2. Characterization of the cellular immune function of patients with chronic mucocutaneous candidiasis / D. Moraes-Vasconcelos, N.M. Orii, C.C. Romano [et al.] // Clin. Exp. Immunol. 2001. № 2. P. 247-253.
3. Schaberg D.R., Culver D.H., Gaynes R.P. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection // Am. J. Med. 1991. № 91 (suppl. 3B). P. 72-75.
4. Железняк В.А. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении кандидоза полости рта: автореф. дис ... канд. мед. наук [Самарский военно-мед. ин-т]. М.: [б. и.], 2010. 25 с.
5. Parente F. [et al.] Prevention of symptomatic recurrences of esophageal candidiasis in AIDS patient after the first episode: a prospective open study // American Journal of Gastroenterology. 1994. Vol. 89. № 3. P. 416-420.

УДК 616.314-089.23-083 (047.6)

Краткое сообщение

МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЛЬЕФА ПРОМЫВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОД ТЕЛОМ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

А.Ю. Перунов – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук; **С.А. Кречетов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук; **А.А. Бизяев** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук; **Д.Н. Масленников** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии; **Я.О. Перунова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, стоматологический факультет, студент; **И.О. Прыдильщиков** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, врач-интерн.

METHOD OF FORMING RELIEF WASH SPACE UNDER THE BODY BRIDGE FOR BETTER HYGIENIC CARE FIXED PROSTHETIC DESIGNS

A.Y. Perunov - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant, Candidate of Medical Science; **S.A. Krechetov** - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant, Candidate of Medical Science; **A.A. Bizyaev** - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant, Candidate of Medical Science; **D.N. Maslennikov** - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant; **Ya.O. Perunova** - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Stomatological Faculty, Student; **I.O. Prydil'shikov** - Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Post-graduate.

Дата поступления – 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

Перунов А.Ю., Кречетов С.А., Бизяев А.А., Масленников Д.Н., Перунова Я.О., Прыдильщиков И.О. Методика формирования рельефа промывного пространства под телом мостовидного протеза для улучшения гигиенического ухода за несъемными ортопедическими конструкциями // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 321-322.

Цель исследования: повысить эффективность протезирования несъемными ортопедическими конструкциями с помощью методики моделирования промежуточной части по технологии Ovate Pontic.

Ключевые слова: овоидный или погружной понтик, пластмассовые временные коронки, гигиенический уход.

Perunov A.Y., Krechetov S.A., Bizyaev A.A., Maslennikov D.N., Perunova Ya.O., Prydil'shikov I.O. Method of forming relief wash space under the body bridge for better hygienic care fixed prosthetic designs // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 321-322.

Objective: to improve prosthesis fixed prosthetic constructions using the method of modeling the intermediate part of the technology ovate pontic.

Key words: ovoids or submersible pontik, plastic temporary crowns, hygienic care.

На современном этапе в стоматологической практике получили широкое применение пластмассовые временные коронки для моделирования десневой поверхности промежуточной части мостовидного протеза. Врачами-стоматологами чаще всего применяется касательная, висячая или седловидная промежуточная часть мостовидного протеза. Такие варианты формирования промежуточной части мостовидного протеза часто вызывают недовольство пациентов результатом протезирования. Недостатки: задержка пищи под телом мостовидного протеза,

недостаточный эстетический эффект в области отсутствующих зубов, нарушение гигиены, нарушение фонетики. В настоящее время все чаще врачи-стоматологи ортопеды применяют в своей практике мостовидные протезы с овоидной десневой поверхностью промежуточной части тела мостовидного протеза, так называемую технику Ovate pontic. При выборе дизайна промежуточной части мостовидного протеза существуют 4 основных вида.

1. Sanitary pontic – санитарный, или промывной, понтик. Он не имеет контакта со слизистой, поэтому считается более гигиеническим, так как легко подвергается очистке. Недостатком его является отсутствие эстетики десны и застревание пищи. Поэтому

Ответственный автор – Перунов Александр Юрьевич.
Адрес: 440000, г. Саратов, ул. Бахметьевская, 44/64, кв. 213.
Тел:
E-mail: perunovne@yandex.ru