

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА И НЕЙТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОЛИЗОВАННОЙ ВОДЫ НА ПОЛОСТЬ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА



Ризаев Жасур Алимджанович¹, Асадова Гульнара Межнун кизи¹, Олимжонов Камрон Жасур угли²
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ХЕЛИКОБАКТЕР БИЛАН БОҒЛИҚ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОЗОНЛАНГАН ФИЗИОЛОГИК ЭРИТМА ВА НЕЙТРАЛ ЭЛЕКТРОЛИЗЛАНГАН СУВНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИГА ТАЪСИР САМАРАДОРЛИГИНИ КЛИНИК ЎРГАНИШ

Ризаев Жасур Алимджанович¹, Асадова Гульнара Межнун кизи¹, Олимжонов Камрон Жасур ўгли²
1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

A CLINICAL STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF OZONIZED SALINE AND NEUTRAL ELECTROLYZED WATER ON THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH HELICOBACTER-ASSOCIATED GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

Rizaev Jasur Alimdzhanovich¹, Asadova Gulnara Mejnun kizi¹, Olimjonov Kamron Jasur ugli²
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада *Helicobacter pylori* билан боғлиқ ошқозон-ичак патологияси бўлган беморларда оғиз бўшлиғи касалликларини даволашда озонланган физиологик эритма ва нейтрал электролизланган сувни қўллаш натижалари баён этилган. Ушбу тоифадаги беморларда базис стоматологик терапияни ўтказиш узоқ муддатли кузатувда ижобий натижага эришиш учун етарли эмаслиги исботланган.

Калит сўзлар: Озонланган физиологик эритма, нейтрал электролизланган сув, *Helicobacter pylori*, оғиз бўшлиғи патологияси, стоматологик терапия.

Abstract. The article describes the results of using ozonized saline and neutral electrolyzed water in the treatment of oral diseases in patients with *Helicobacter*-associated gastrointestinal pathology. It has been proven that basic dental therapy in this category of patients is not sufficient to achieve positive results during long-term observation.

Keywords: Ozonized saline solution, neutral electrolyzed water, *Helicobacter pylori*, oral pathology, dental therapy.

Введение. У пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ воспалительные заболевания пародонта, такие как хронический катаральный гингивит (ХКГ) и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) имеют определенные особенности: встречаются чаще, имеют более тяжелое и активное течение, генерализованный характер и более короткий период ремиссии. Распространенность и тяжесть ХКГ и ХГП зависит от степени хеликобактерной экспансии слизистой желудка и двенадцатиперстной

кишки [1,2]. Все вышесказанное делает вопрос изучения сочетанной патологии тканей пародонта и ЖКТ, ассоциированной с *H. pylori*, актуальным. Имеется необходимость проведения стоматологической терапии у пациентов с сопутствующей хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ, которые проходят курс эрадикационной терапии, с использованием средств для местного применения в полости рта. Нами были выбраны два средства, которые могли удовлетворить описанные выше критериям – озонированный физиологиче-

ский раствор (ОФР) и нейтральная электролизованная вода (НЭВ). В дальнейшем мы изучали клиническую эффективность этих средств и сравнивали их эффективность.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании участвовало 60 пациентов в возрасте 18-35 лет с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ (хронический гастрит и гастродуоденит). Эти пациенты, кроме базовой терапии дополнительно получали предложенную нами поддерживающую терапию в виде полоскания полости рта ОФР (его также пациенты принимали в виде питья) и НЭВ в течение курса ЭТ в течение двух недель. В дальнейшем они находились под нашим диспансерным наблюдением и проходили контрольные осмотры через 1,3 и 6 месяцев.

Все пациенты были разделены на две группы: первая группа - 30 пациентов, применявших ОФР, и вторая группа - 30 пациентов, применявших НЭВ. Сравнительную оценку эффективности предложенных средств проводили клинко-лабораторными методами.

В качестве сравнительной группы были выбраны 30 пациентов с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями ЖКТ, которым проводилось стандартное стоматологическое лечение кариеса и заболеваний пародонта.

Результаты и обсуждение. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют, что у пациентов как первой, так и второй групп на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ

(хронический гастрит и гастродуоденит) увеличена интенсивность кариеса по сравнению с соматически здоровыми пациентами. Так, интенсивность кариеса пациентов первой и второй группы с сопутствующими заболеваниями пищеварительного тракта, по данным индекса КПУ, превышает аналогичные показатели соматически здоровых пациентов в 1,36 и 1,5 раза, соответственно. У пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ в первой группе индексы Silness-Loe, Stallard и индекс зубного камня увеличены в 1,42, 1,23 и 2,34 раза соответственно, у пациентов второй групп индексы Silness-Loe, Stallard и индекс зубного камня в 1,49, 1,21 и 2,2 раз по сравнению с пациентами без соматической патологии, и указывают на неудовлетворительный уровень и состояние гигиены полости рта у данной группы пациентов, что согласуется с данными клинического осмотра полости рта. По нашему мнению, такое гигиеническое состояние полости рта пациентов с заболеваниями ЖКТ, ассоциированными с НР, можно объяснить ухудшением реологических свойств слюны (увеличивается содержание белка в ротовой жидкости таких пациентов), и, кроме того, снижением активности местного неспецифического иммунитета за счет снижения активности лизоцима.

Результаты клинического осмотра полости рта у пациентов этих групп до начала лечения представлены ниже (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительная оценка интенсивности кариеса и уровня гигиены у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ в начале лечения

Группа больных	Индексы			
	Индекс КПУ, баллы	Индекс Silness-Loe, баллы	Индекс Stallard, Баллы	Зубной камень, баллы
Пациенты без соматической патологии (n=30)	5,6±0,83	1,26±0,29	1,44±0,28	0,88±0,24
Первая группа (базовая терапия+ОФР) (n=30)	7,64±0,8 p>0,05	1,79±0,27 p<0,2	1,78±0,23 p>0,05	2,06±0,16 p<0,001
Вторая группа (базовая терапия+НЭВ) (n=30)	8,43±0,86 p>0,05	1,88±0,26 p<0,1	1,75±0,2 p>0,05	1,94 ±0,18 p<0,05

Таблица 2. Состояние тканей пародонта у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ в начале лечения

Группа больных	Индексы		
	Индекс РМА, %	Проба Шиллера-Писарева, баллы	Индекс кровоточивости, баллы
Пациенты без соматической патологии (n=30)	23,4±2,04	1,25±0,26	0,96±0,3
Первая группа (базовая терапия+ОФР) (n=30)	59,7±7,3 p<0,001	2,0±0,31 p<0,1	1,85±0,34 p<0,05
Вторая группа (базовая терапия+НЭВ) (n=30)	65,5±4,5 p<0,001	2,22±0,24 p<0,05	1,96±0,30 p<0,05

Далее определяли состояние тканей пародонтального комплекса у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ первой и второй группы (табл. 2).

Результаты клинического обследования свидетельствуют, что как у пациентов первой, так и второй группы значения пародонтальных индексов увеличены по сравнению с группой соматически здоровых пациентов. Так, индекс РМА у пациентов первой группы увеличен в 2,55 раза, у пациентов второй группы – в 2,8 раза по сравнению с результатами соматически здоровых пациентов. Проба Шиллера-Писарева среди пациентов первой группы увеличена в 1,6 раза, в то же время у пациентов второй группы значения пробы Шиллера-Писарева увеличены в 1,78 раза по сравнению с соматически здоровыми пациентами. Аналогичная тенденция наблюдается и с индексом кровоточивости по Мюлеманну, который у пациентов первой и второй групп увеличен в 1,93 и 2,0 раза соответственно по сравнению с данными пациентов без соматической патологии.

Полученные данные свидетельствуют о наличии воспаления в тканях пародонта с преобладанием именно воспалительного компонента, что соответствует хроническому катаральному гингивиту

разной степени тяжести.

Был проведен сравнительный анализ трех групп пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ в зависимости от схемы лечения. Результаты проведенных исследований представлены ниже в таблицах 3, 4.

Динамическое наблюдение за пациентами с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ (хронический гастрит и гастродуоденит), показало следующее. Так, у пациентов группы сравнения, которым проводили базовую стоматологическую терапию во время курса ЭТ, показатели гигиенических и пародонтальных индексов в течение периода наблюдения ухудшились, достигая значений до лечения или даже превосходя их в сторону ухудшения. Так, гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и зубного камня через 1 месяц после начала лечения достоверно снизились в 2,8, 2,17 и 9,47 раз по сравнению с данными до лечения. Однако уже через 3 месяца показатели гигиенических индексов ухудшились, достигая максимальных значений через полгода - индекс Silness-Loe и Stallard увеличились в 1,09 и 1,07 раза по сравнению с данными до лечения, индекс зубного камня уменьшился 1,77 раза по сравнению с данными до лечения через 3 мес., но увеличился в 1,44 раза через 6 мес.

Таблица 3. Динамика изменений гигиенических индексов у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ

Группа больных	Индексы											
	Индекс Silness-Loe, баллы				Индекс Stallard, баллы				Зубной камень, баллы			
	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Группа сравнения (базовая терапия)	1,72±0,2 7 p>0,05	0,61±0,2 1 P<0,1 P1<0,00 1	1,58±0,32 p>0,05 p1<0,05 p2<0,05	1,89±0,1 9 p<0,01 p1>0,05 p2<0,00 1 p3>0,05	1,76±0,3 4 p>0,05	0,81±0,2 1 p<0,05 p1<0,05	1,63±0,3 1 p<0,05 p1>0,05 p2<0,05	1,88±0,2 0 p<0,05 p1>0,05 p2<0,05 p3>0,05	1,99±0,2 6 p<0,05	0,21±0,0 7 p<0,05 p1<0,00 1	1,12±0,2 1 p<0,05 p1<0,01 p2<0,05	1,61±0,2 5 p<0,05 p1>0,05 p2<0,00 1 p3>0,05
Первая группа (базовая терапия+ОФР)	1,79±0,2 7 p<0,2	0,63±0,1 1 p<0,05 P1<0,00 1	1,43±0,14 p>0,05 p1>0,05 p2<0,001	1,56±0,0 7 p>0,05 p1>0,05 p2<0,00 1 p3>0,05	1,78±0,2 3 p>0,05	0,71±0,2 1 p<0,001 p1<0,00 1	1,33±0,1 1 p>0,05 p1>0,05 p2<0,00 1	1,56±0,1 6 p>0,05 p1>0,05 p2<0,00 1 P3>0,05	2,06±0,1 6 p<0,001	0,42±0,1 1 p<0,001 p1<0,00 1	0,56±0,0 7 p<0,3 p1<0,00 1 p2>0,05	0,69±0,1 1 p>0,05 p1<0,00 1 p2<0,2 P3>0,05
Вторая группа (базовая терапия+НЭВ)	1,88±0,2 6 p<0,1	0,56±0,1 4 p<0,05 p1<0,00 1	1,33±0,11 p>0,05 p1<0,1 p2<0,001	1,44±0,0 6 p>0,05 p1<0,2 p2<0,00 1 p3>0,05	1,76±0,1 p>0,05	0,76±0,0 6 p<0,001 P1<0,00 1	1,33±0,1 p>0,05 p1>0,05 p2<0,00 1	1,46±0,0 7 p>0,05 p1<0,2 p2<0,00 1 p3>0,05	1,95±0,1 7 p<0,05 P1<0,00 1	0,37±0,0 4 p<0,05 P1<0,00 1	0,56±0,0 3 p<0,2 p1<0,00 1 p2<0,00 1	0,59±0,0 6 p>0,05 p1<0,00 1 p2<0,05 P3>0,05

Примечание: p – по сравнению с группой пациентов без соматической патологии; p1 – по сравнению с данными до начала лечения; p2 – по сравнению с данными, полученными через 1 мес.; p3 – по сравнению с данными, полученными через 3 мес.

Таблица 4. Динамика изменений пародонтальных индексов у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ

Группа больных	Индексы											
	Индекс РМА, %				Проба Шиллера-Писарева, баллы				Индекс кровоточивости, баллы			
	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Группа сравнения (базовая терапия)	70,0±2,6 p<0,001	38,9±3,3 p<0,001 p1<0,001	42,6±4,7 p<0,001 p1<0,001 p2>0,05	56,7±3,6 p<0,001 p1<0,01 p2<0,01 p3<0,05	2,64±0,36 p<0,001	1,6±0,4 p>0,05 p1<0,1	1,5±0,54 p>0,05 p1<0,2 p2>0,05	2,43±0,34 p<0,01 p1>0,05 p2<0,2 p3>0,05	2,65±0,36 p<0,001	1,34±0,26 p>0,05 p1<0,05	1,68±0,72 p>0,05 p1>0,05 p2>0,05	2,33±0,39 p<0,01 p1>0,05 p2<0,05 p3>0,05
Первая группа (базовая терапия+ОФР)	59,7±7,3 p<0,001	33,4±2,3 p<0,001 p1<0,001	32,3±3,5 p<0,05 p1<0,001 p2>0,05	30,0±2,7 p<0,05 p1<0,001 p2>0,05 p3>0,05	2,0±0,31 p<0,001	1,33±0,14 p>0,05 p1<0,1	1,19±0,15 p>0,05 p1<0,05 p2>0,05	1,12±0,07 p>0,05 p1<0,05 p2<0,3 p3>0,05	1,85±0,34 p<0,05	1,16±0,2 p<0,2 p1<0,1	1,2±0,22 p>0,05 p1<0,1 p2>0,05	1,2±0,14 p>0,05 p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05
Вторая группа (базовая терапия+НЭВ)	65,6±4,6 p<0,001	34,5±3,3 p<0,001 p1<0,001	28,9±4,1 p<0,2 p1<0,001 p2>0,05	26,7±2,7 p>0,05 p1<0,001 p2<0,1 p3>0,05	2,22±0,24 p<0,05	1,39±0,22 p>0,05 p1<0,05	1,31±0,1 p>0,05 p1<0,001 p2>0,05	1,16±0,1 p>0,05 p1<0,001 p2>0,05 p3>0,05	1,97±0,29 p<0,05	1,21±0,15 p>0,05 p1<0,05	1,11±0,05 p<0,2 p1<0,001 p2>0,05	0,91±0,07 p>0,05 p1<0,001 p2<0,1 p3<0,1

Примечание: p – по сравнению с группой пациентов без соматической патологии; p1 – по сравнению с данными до начала лечения; p2 – по сравнению с данными, полученными через 1 мес.; p3 – по сравнению с данными, полученными через 3 мес.

Таблица 5. Результаты клинического наблюдения по данным стоматологических индексов у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ до и в течение 6 месяцев после лечения с применением ОФР

Показатель	Индекс Silness-Loe, баллы	Индекс Stallard, баллы	Зубной камень, баллы	Индекс РМА, %	Проба Шиллера-Писарева, баллы	Индекс кровоточивости, баллы	КПУ, баллы
До начала лечения (n=30)	1,79±0,27 p<0,2	1,78±0,23 p>0,05	2,06±0,16 p<0,001	59,7±7,3 p<0,001	2,0±0,31 p<0,001	1,85±0,34 p<0,05	7,64±0,8 p>0,05
Через 1 мес (n=30)	0,63±0,11 p<0,05 P1<0,001	0,71±0,2 p<0,001 p1<0,001	0,42±0,11 p<0,001 p1<0,001	33,4±2,3 p<0,001 p1<0,001	1,33±0,14 p>0,05 p1<0,1	1,16±0,2 p<0,2 p1<0,1	7,66±0,6 p<0,001 p1<0,001
Через 3 мес (n=30)	1,43±0,14 p>0,05 P1>0,05 p2<0,001	1,33±0,11 p>0,05 p1>0,05 p2<0,001	0,56±0,07 p<0,3 p1<0,001 p2>0,05	32,3±3,5 p<0,05 p1<0,001 p2>0,05	1,19±0,15 p>0,05 p1<0,05 p2>0,05	1,2±0,22 p>0,05 p1<0,1 p2>0,05	7,71±0,5 p>0,05 p1<0,001 p2<0,05
Через 6 мес (n=30)	1,56±0,07 p>0,05 p1>0,05 p2<0,001 P3>0,05	1,56±0,16 p>0,05 p1>0,05 p2<0,001 P3>0,05	0,69±0,11 p>0,05 p1<0,001 p2<0,2 P3>0,05	30,0±2,7 p<0,05 p1<0,001 p2>0,05 p3>0,05	1,12±0,07 p>0,05 p1<0,05 p2<0,3 p3>0,05	1,2±0,14 p>0,05 p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05	7,72±0,8 p>0,05 p1<0,001 p2<0,05 p3<0,05

Примечание: p – по сравнению с группой пациентов без соматической патологии; p1- по сравнению с данными до начала лечения; p2 – по сравнению с данными, полученными через 1 мес; p3 – по сравнению с данными, полученными через 3 мес.

Таблица 6. Результаты клинического наблюдения по данным гигиенических индексов и индексов гингивита у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ до и в течение 6 месяцев после лечения с применением НЭВ

Показатель	Индекс Silness-Loe, баллы	Индекс Stallard, баллы	Зубной камень, баллы	Индекс РМА, %	Проба Шиллера-Писарева, баллы	Индекс кровоточивости, баллы	КПУ, баллы
До начала лечения (n=30)	1,88±0,26 p<0,1	1,76±0,1 p>0,05	1,95±0,17 p<0,05	65,6±4,6 p<0,001	2,22±0,24 p<0,05	1,97±0,29 p<0,05	8,43±0,86 p>0,05
Через 1 мес (n=30)	0,56±0,14 p<0,05 p1<0,001	0,76±0,06 p<0,001 p1<0,001	0,37±0,04 p<0,05 p1<0,001	34,5±3,3 p<0,001 p1<0,001	1,39±0,22 p>0,05 p1<0,05	1,21±0,15 p>0,05 p1<0,05	8,42±0,73 p<0,05 p1<0,05
Через 3 мес (n=30)	1,33±0,11 p>0,05 p1<0,1 p2<0,001	1,33±0,1 p>0,05 p1>0,05 p2<0,001	0,56±0,03 p<0,2 p1<0,001 p2<0,001	28,9±4,1 p<0,2 p1<0,001 p2>0,05	1,31±0,1 p>0,05 p1<0,001 p2>0,05	1,11±0,05 p<0,2 p1<0,001 p2>0,05	8,45±0,64 p<0,2 p1<0,001 p2<0,05
Через 6 мес (n=29)	1,44±0,06 p>0,05 p1<0,2 p2<0,001 p3>0,05	1,46±0,07 p>0,05 p1<0,2 p2<0,001 p3>0,05	0,59±0,06 p>0,05 p1<0,001 p2<0,05 p3>0,05	26,7±2,7 p>0,05 p1<0,001 p2<0,1 p3>0,05	1,16±0,1 p>0,05 p1<0,001 p2>0,05 p3>0,05	0,91±0,07 p>0,05 p1<0,001 p2<0,1 p3<0,1	8,46±0,74 p<0,05 p1<0,001 p2<0,1 p3<0,1

Примечание: p – по сравнению с группой пациентов без соматической патологии; p1 – по сравнению с данными до начала лечения; p2 – по сравнению с данными, полученными через 1 мес; p3 – по сравнению с данными, полученными через 3 мес.

Состояние тканей пародонта у пациентов группы сравнения, которым проводилась только базовая стоматологическая терапия, по данным пародонтальных индексов изменялось следующим образом. Через 1 месяц от начала лечения индекс РМА снизился на 44,4%, через 3 месяца наблюдаем увеличение индекса РМА в 1,1 раз по сравнению с данными, полученными через 1 месяц, через 6 месяцев индекс РМА увеличивается в 1,45 раз по сравнению с данными, полученными через 1 мес. после лечения, и почти достигает исходного уровня. Аналогичная тенденция наблюдается и с пробой Шиллера-Писарева, и с индексом кровоточивости.

Результаты определения пробы Шиллера-Писарева указывают на ее снижение через 1 месяц от начала лечения в 1,65 раз, что поддерживается в течение следующих месяцев, через 6 месяцев значение пробы Шиллера-Писарева возрастает в 1,526 раза по сравнению с данными, полученными через 1 месяц после начала лечения, при этом достигая почти исходного уровня. Индекс кровоточивости по Мюлеманну при определении через 1 месяц снижается в 1,98 раза, несколько возрастает через 3 месяца, но максимум достигает через 6 месяцев наблюдений – возрастает в 1,74 раза по сравнению с результатами, полученными после 1 мес. лечения.

Пациенты первой и второй групп после проведенной комплексной терапии на фоне ЭТ находились под диспансерным наблюдением – контрольные осмотры проводились через 1, 3 и 6 месяцев. Динамика изменений состояния тканей

полости рта по данным стоматологических индексов у пациентов этих групп представлена ниже (табл. 5, 6).

Результаты клинических наблюдений свидетельствуют, что у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ, которые дополнительно к базовой стоматологической терапии применяли ОФР, состояние гигиены ротовой полости и тканей пародонта изменялось в сравнении с данными от начала лечения. Так, гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и зубного камня через 1 месяц от начала лечения были достоверно ниже в 2,84, 2,5 и 4,9 раз, соответственно, по сравнению с показателями до лечения, что свидетельствует о хорошем уровне гигиены, в дальнейшем показатели гигиенических индексов незначительно. Изменения интенсивности кариеса были незначительными и недостоверными. Через 6 месяцев наблюдения гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и зубного камня по сравнению с исходными данными были ниже в 1,14, 1,14 и 2,98 раз, соответственно. Показатели пародонтальных индексов также достоверно снизились после проведенного комплексного лечения и оставались на уровне, продолжая постепенно снижаться. Так, индекс РМА через 1 месяц от начала лечения достоверно снизился в 1,78 раз, через 3 месяца – достоверно ниже в 1,85 раз по сравнению с данными до лечения, через 6 месяцев – в 2 раза ниже по сравнению с исходными данными. Аналогичная ситуация наблюдалась и с результатами определения пробы Шиллера-Писарева и индекса кровоточивости. Так, индекс кровоточи-

вости по Мюлеманну через 1 мес. после окончания лечения снизился в 1,59 раз, постепенно продолжая снижаться в течение следующих месяцев и через 6 месяцев был достоверно снижен в 1,54 раз по сравнению с данными до лечения. КПУ изменился незначительно (увеличился на 1,0%), изменение было недостоверно.

Анализируя полученные данные, можно говорить о выраженном противовоспалительном и кариес профилактическом эффекте ОФР.

В дальнейшем рассмотрим результаты применения пациентами сопутствующей патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, дополнительно к базовой терапии НЭВ (табл. 6).

Клинические результаты применения НЭВ в качестве дополнительной стоматологической терапии у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ свидетельствуют о значительном улучшении состояния тканей пародонта и состоянии гигиены полости рта. Так, гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и зубного камня через 1 месяц достоверно снизились в 3,3, 2,3 и 5,27 раза, соответственно, что свидетельствует о хорошем уровне гигиены, причем в дальнейшем показатели гигиенических индексов незначительно возрастали, но оставались в пределах задних. КПУ не имел достоверных отличий. Так, через 3 месяца наблюдения гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и зубного камня были ниже в 1,41, 1,32 и 3,5 раза соответственно, через 6 месяцев - 1,3, 1,2 и 3,3 раза по сравнению с данными до лечения. Интенсивность кариеса не изменилась ($p < 0,05$).

Состояние тканей пародонта по результатам клинического обследования значительно улучшилось, что подтверждается данными определения пародонтальных индексов в динамике наблюдения. Так, индекс РМА через 1 месяц от начала лечения достоверно снизился в 1,9 раз, через 3 месяца – достоверно снижен в 2,27 раз по сравнению с данными к лечению, через 6 месяцев – в 2,45 раза по сравнению с данными до лечения ($p < 0,001$). Аналогичная ситуация наблюдалась и с результатами определения пробы Шиллера-Писарева и индекса кровоточивости. Показатели пробы Шиллера-Писарева через 1 месяц от начала лечения снизились в 1,6 раз, через 3 месяца - в 1,69 раз, продолжая постепенно снижаться и через 6 месяцев наблюдений значение пробы Шиллера-Писарева было в 1,9 раза ниже исходных данных. Индекс кровоточивости по Мюлеманну через 1 мес. после окончания лечения снизился в 1,6 раз, постепенно продолжая снижаться в течение следующих месяцев и через 6 месяцев был достоверно снижен в 1,9 раз по сравнению с данными до лечения.

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что мы получили ожидаемый эффект как

в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения от применения ОФР и НЭВ, как дополнительной стоматологической терапии у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ, проходивших курс эрадикационной терапии, но НЭВ показала, в целом, лучший результат.

Таким образом, можно заключить, что у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ, которые проходили курс эрадикационной терапии (ЭТ), которым проводили только базовое стоматологическое лечение, уже через 3 месяца после окончания лечения состояние полости рта в дальнейшем ухудшается и уже через 6 мес. показатели оральных индексов возвращаются к исходному уровню значений, полученных в начале лечения, а иногда и преобладают. Следовательно, только проведение базовой стоматологической терапии у данной категории пациентов недостаточно для достижения положительного результата при длительном наблюдении.

Литература:

1. Абдуллаев Д. Ш., Гадаев А. Г., Ризаев Ж. А. Матриксные металлопротеиназы у больных с болезнями пародонта и хронической сердечной недостаточностью // *Stomatologiya*. – 2017. – №. 2. – С. 104-106.
2. Афанасенкова Т. Е., Дубская Е. Е., Руссиянов В. В. Применение интерферона в лечении больных хроническим эрозивным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* и герпесвирусной инфекцией // *ЭиКГ*. 2017. №6 (142). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-interferona-v-lechenii-bolnyh-hronicheskim-erozivnym-gastritom-assotsiirovannym-s-helicobacter-pylori-i-gerpesvirusnoy>.
3. Гадаев, А. Г., Ризаев, Ж. А., Норбутаев, А. Б., & Олимжонов, К. Ж. (2020). Железо, его роль в функционировании систем организма и связанное с ним поражение слизистой полости рта. *Проблемы биологии и медицины*, 116(1), 219-224.
4. Махмонов Л. С., Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г. *Helicobacter pylori* ва уни темир ҳамда витамин в12 танқислиги камқонлиги юзага келишидаги ахамияти. – 2021.
5. Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А. Клинико-биохимическая оценка эффективности антиоксиданта при терапии больных генерализованным пародонтитом на фоне железодефицитной анемии // *Институт стоматологии*. – 2009. – №. 3. – С. 42-42.
6. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // *Journal of biomedicine and practice*. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
7. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Состояние стоматологического здоровья у боль-

ных с хроническим болезням почек //Теоретические и практические проблемы образовательной системы при подготовке высококвалифицированных стоматологов. Ташкент. – 2017. – С. 779-780.

8. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

9. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

10.Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Статистический анализ информированности кардиологических и кардиохирургических пациентов о высокотехнологичной медицинской помощи в Самаркандской области // Вестник науки. – 2023. – Т. 1. – №. 11 (68). – С. 992-1006.

11.Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход //Журнал" Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

12.Maurotto M, Costa LG, Manso MC, Mosley GA, Fernandes JCH, Fernandes GVO, Castro F. Correla-

tion between Periodontitis and Gastritis Induced by *Helicobacter pylori*: A Comprehensive Review. *Microorganisms*. 2024 Aug 2;12(8):1579. doi: 10.3390/microorganisms12081579.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВЛИЯНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА И
НЕЙТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОЛИЗОВАННОЙ ВОДЫ
НА ПОЛОСТЬ РТА У ПАЦИЕНТОВ С
ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА**

Ризаев Ж.А., Асадова Г.М., Олимжонов К.Ж.

Резюме. В статье описываются результаты применения озонированного физиологического раствора и нейтральной электролизованной воды при лечении заболеваний полости рта, протекающих у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта. Доказано, что проведение базовой стоматологической терапии у данной категории пациентов недостаточно для достижения положительного результата при длительном наблюдении.

Ключевые слова: Озонированный физиологический раствор, нейтральная электролизованная вода, хеликобактер пилори, патология полости рта, стоматологическая терапия.