

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ГЕЛЮ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

О.М. Слаба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології ФПДО (зав. - проф. Т.Д. Заболотний)

Реферат

Мета - підтвердити клінічну ефективність застосування запропонованого лікувально-профілактичного гелю у комплексній терапії генералізованого пародонтиту в жінок із залізодефіцитною анемією.

Матеріал і методи. Лікування генералізованого пародонтиту проводили у 80 жінок, які мали в анамнезі залізодефіцитну анемію (основна група), та у 31 пацієнтки без залізодефіцитної анемії (група порівняння) - всього у 111 жінок віком від 20 до 59 років. Ефективність комплексної терапії генералізованого пародонтиту оцінювали на підставі клінічних показників: динаміки індексу гігієни Федорова-Володкіної, проби Шиллера-Писарева, індексу кровоточивості (Papilla Bleeding Index, Saxer & Muhlemann, 1975) та пародонтального індексу - безпосередньо після лікування та у віддалені терміни (через 6 та 12 місяців). Окрім базового лікування, хворим основної групи проводили пародонтальну терапію з допомогою над- та під'ясенних пов'язок із використанням лікувально-профілактичного гелю.

Результати й обговорення клінічної оцінки свідчать про позитивний терапевтичний ефект запропонованого гелю, який використовували у лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на залізодефіцитну анемію.

Висновок. Добрий терапевтичний ефект гелю зумовлений антимікробною, протизапальною та антиоксидантною властивостями лікувальних компонентів, що входять до його складу.

Ключові слова: генералізований пародонтит, залізодефіцитна анемія, лікувально-профілактичний гель

Abstract

CLINICAL EFFICIENCY OF THE THERAPEUTIC AND PREVENTIVE GEL IN THE COMPLEX TREATMENT OF GENERALIZED PERIODONTITIS IN WOMEN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

O.M. SLABA

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. To prove clinical efficiency of the therapeutic and preventive gel in the complex treatment of generalized periodontitis in female patients with iron deficiency anemia.

Materials and Methods. Treatment of generalized periodontitis was provided in 80 patients (women) with a history of iron deficiency anemia (the main group) and in 31 patients (women without IDA) of the comparative group;

the patients' age was 20 to 59 years. The effectiveness of complex therapy of generalized periodontitis was evaluated on the basis of clinical indicators: Hygiene Index (HI) of Fedorova-Volodkina, the Schiller-Pisarev test, bleeding index (Papilla Bleeding Index, Saxer & Muhlemann 1975) and periodontal index (PI); immediately after treatment and after 6 and 12 months. In addition to basic treatment, patients of the main group were provided with periodontal therapy, using gingival bandages with the proposed therapeutic and preventive gel.

Results and Discussion. Clinical evaluation after treatment showed positive therapeutic effects of the gel, used in the treatment of generalized periodontitis in patients with iron deficiency anemia. Conclusions: positive therapeutic effect was achieved due to antimicrobial, anti-inflammatory and antioxidant properties of medicinal components comprised in this gel.

Keywords: generalized periodontitis, iron deficiency anemia, the therapeutic and preventive gel

Вступ

Наростаюче зростання частки уражень тканин пародонта у структурі стоматологічної захворюваності серед населення земної кулі дозволяє говорити про глобальний характер цієї патології. В Україні епідеміологічна картина захворювань тканин пародонта не поступається світовій статистиці та діагностується у 50-80% осіб молодого віку, а в осіб після 40-років досягає 100% [1, 6, 8].

У 85% осіб із хронічним генералізованим пародонтитом виявляють супутні загальносоматичні хвороби, які відіграють провідну роль як в етіології, так і в патогенезі захворювань тканин пародонта [1, 2, 6]. Крім цього, необхідно врахувати і негативний вплив самого стоматологічного захворювання на перебіг соматичної патології, що має важливе значення в діагностиці та при розробці схем комплексного лікування та профілактики. У генезі поєднаної патології потрібно виокремити дослідження, спрямовані на з'ясування факторів, від яких залежить відповідь макроорганізму на дію будь-якого патологічного чинника, передовсім це стосується ураження тканин пародонта в осіб з різною супровідною патологією.

Також відомо, що в якості пускового механізму в процесі розвитку захворювань тканин пародонта виступають мікроорганізми та їх токсини, накопичення яких, особливо під епітеліальним прикріпленням, призводить до виникнення вогнища запалення [2]. З точки зору клініки заслуговують на увагу дослідження мікроорганізмів порожнини рота в плані: 1) чисельності популяцій в зубному і ясенному нальотах; 2) вивчення ролі різних видів у формуванні нальоту та виникненні запалення; 3) вивчення можливих шляхів і механізмів персистенції збудників, інвазійності та пошкоджуючої дії мікроорганізмів на ясна. Мікробіологічні дослідження проводять також з метою визначення антимікробної дії пропонованих лікувально-профілактичних заходів [2-4, 6].

Аналіз результатів досліджень, що стосуються значення мікрофлори при захворюваннях пародонта, свідчить, що ця проблема є надзвичайно актуальною. Патологічні процеси, спричинені бактеріями, виходячи з концепції про значення мукоїдної мікрофлори біофільму зубної бляшки, в пародонті мають поліетіологічний характер [4]. До пародонтопатогенної мікрофлори відносяться як аеробні, так і анаеробні бактерії, причому останнім відводиться переважаюча роль. Видовий склад пародонтопатогенної мікрофлори залежить від форми, локалізації та поширення патологічного процесу [4]. У ряді досліджень доведено, що при запальних процесах пародонта аеробні та факультативно аеробні мікроорганізми кокової групи виявляються в кількостях, що мають клінічне значення. В окремих випадках запальні процеси пародонта спричиняються ентеробактеріями, псевдомонадами, грибами *Candida* [4]. Встановлено зв'язок між клінічними проявами патології тканин пародонта, порушеннями метаболічних процесів в організмі та особливостями мікрофлори порожнини рота [4].

На підставі аналізу літературних та патентних джерел інформації, а також результатів власних досліджень, нами було запропоновано склад лікувально-профілактичної композиції на гелевій основі для місцевого лікування генералізованого пародонтиту в жінок, хворих на залізодефіцитну анемію. Розпрацьована медикаментозна композиція на основі бентоніту для місцевого застосування дозволяє одночасно впли-

вати на основні ланки патологічного процесу в тканинах пародонта [5], забезпечувати сталу концентрацію лікарських середників і пролонговану дію у вогнищі запалення. Медикамента композиція характеризується наступним складом:

- Ліофілізований фітоекстракт листя шавлії лікарської у складі гелю завдяки комплексу біологічно активних речовин (ефірна олія, флавоноїди, вітаміни Р і РР) виявляє протизапальну, протимікробну, антисептичну, в'язучу, кровоспинну, капілярозміцнювальну, інтерфероніндукуючу активність. У стоматологічній практиці листя шавлії застосовують при катаральних та виразково-некротичних гінгівітах, гострих і хронічних афтозних стоматитах, пародонтитах, його широко використовують у хірургічній стоматології при аденофлегмонах та абсцесах після розкриття.

- Рутин володіє протизапальною, протинабряковою, антиоксидантною, мембраностабілізуючою, антигістамінною, імуномодулюючою дією. Окрім того, він стимулює регенерацію тканин пародонта, відновлює структуру кісткової тканини, гальмує процеси старіння клітин шкіри.

- Кислота аскорбінова (вітамін С) сприяє регуляції окисно-відновних процесів у тканинах пародонта, вуглеводного обміну, регенерації тканин, бере участь у синтезі колагену і проколагену, обміні фолевої кислоти і заліза, підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів, опірність організму до інфекцій, а також нормалізує проникність капілярів, виявляє протизапальну та протиалергічну дію.

- Мірамістин запобігає мікробному забрудненню, виявляючи виражену бактерицидну активність щодо широкого спектру бактерій, грибів, вірусів і найпростіших. Він активізує процеси регенерації ушкоджених тканин, блокує запальні процеси, не має місцевопоздразнюючої та алергізуючої дії. В основі фармакологічної активності мірамістину лежить його вплив на клітинні мембрани. Об'єктом впливу мірамістину є оболонка і надмембранні структури бактеріальних клітин. Перевагою мірамістину є те, що він не впливає на нормальну мікрофлору, попереджає резистентність мікроорганізмів, забезпечує протигрибкову активність, не токсичний, не має побічних ефектів при тривалому застосуванні. Препарат володіє також імуностимулюючим ефектом.

- Пропіленгліколь служить пенетрантом для діючих речовин, забезпечує відповідну в'язкість, од-

норідність та стабільність.

- У якості допоміжної речовини, що впливає на терапевтичну ефективність біологічно активних речовин, використовували бентоніт. Він є нейтральним, стабільним в межах рН 2-12, хімічно стійким, нетоксичним, фізіологічно індиферентним, пролонгує дію інших компонентів гелю. Адсорбційні властивості бентоніту зумовлюють його здатність поглинати секрети слизової оболонки ясен.

Гель готували екстемпорально в аптечних умовах. Належної консистенції, однорідності та стабільності лікарського засобу досягали шляхом додавання оптимальної кількості пропіленгліколю, бентоніту та води очищеної. У досліджах *in vitro* методом дифузії в агаровий гель вивчено вплив виду основ на швидкість і повноту вивільнення інгредієнтів за основною діючою речовиною - таніну, а також стабільність гелю і відсутність подразнювальної дії.

Мета - підтвердити клінічну ефективність лікувально-профілактичного гелю у комплексній терапії генералізованого пародонтиту в жінок при наявності у них залізодефіцитної анемії.

Матеріал і методи

Лікування генералізованого пародонтиту (ГП) проводили в 111 жінок віком 20-59 років. Залежно від методики лікування, хворих поділили на дві групи, практично рівноцінні за важкістю та клінічним перебігом ГП: основну групу склали 80 осіб із залізодефіцитною анемією (ЗДА), а групу порівняння - 31 особа без ЗДА.

У базове лікування хворих обох груп включали зрошення пародонтальних кишень розчинами антисептиків, видалення над- та під'ясенних зубних відкладень тощо. За показаннями хірургічно ліквідували пародонтальні кишени, усували травматичну оклюзію, рухомість зубів, скеровували на ортопедичне лікування.

Для місцевої терапії у 80 хворих на ГП основної групи використовували запропонований гель, який вносили в пародонтальні кишени та міжзубні проміжки, а також під над'ясенну пов'язку, де він зберігався до повного розсмоктування (3-5 процедур). У домашніх умовах рекомендували аплікації гелю на ясна 2-3 рази на добу впродовж 15-20 хв. Загальносоматичне лікування пацієнток проводили відповідні фахівці за

клінічними протоколами надання медичної допомоги хворим із ЗДА (спеціальність "Гематологія", п. 1.8.D50), зокрема, пацієнткам основної групи призначали препарати заліза, аскорбінову кислоту, полівітаміни.

Лікування пацієнтів контрольної групи проводили за загальноприйнятою методикою (базова терапія). Місцево використовували антисептики - 0,05% хлоргексидин біглюконат, метронідазол, фітопрепарати на основі екстрактів нагідок, чистотілу, ромашки, евкаліпту, шавлії. Місцево для зняття запального процесу в яснах застосовували ясенну пов'язку, запропоновану І.В. Чижевським, до складу якої входили тетрациклін, метилурацил, біла глина. Лікувальну пов'язку м'якої консистенції накладали на ясенний край на 15-20 хв. під вощений папір; курс лікування - 8-10 процедур.

Оцінку ефективності комплексного лікування хворих на ГП встановлювали за результатами клінічних та додаткових досліджень перед і після лікування у найближчі (1 місяць) та віддалені (6 та 12-18 місяців) терміни.

Результати й обговорення

Лікування хворих на ГП проводили комплексно, з урахуванням принципу максимально індивідуалізованого підходу до кожного хворого. Клінічна ефективність комплексного лікування хворих на ГП підтверджена математичною оцінкою вірогідності отриманих результатів. Через місяць після лікування у всіх пацієнтів із ГП початкового - I ступеню істотно знизився показник індексу кровоточивості. Динаміка змін запального процесу за показниками індексу гінгівіту в найближчий термін після проведеного лікування відповідала загальним закономірностям опису змін показників індексу кровоточивості, проте виявлено значущість різниці при аналізі пародонтального індексу після проведеного лікування, котрий покращився у 1,42 рази у хворих основної групи до групи порівняння ($P < 0,05$), про що свідчить висока ефективність запропонованого і проведеного методу лікування.

У жінок, хворих на ГП II ступеню, на тлі залізодефіцитної анемії встановлено істотне покращення клінічних індексів після проведеного лікування: гігієнічного індексу - у 1,84 рази, індексу кровоточивості - у 1,51 рази, індексу гінгі-

віту - на 34,85% та пародонтального індексу - у 1,65 рази після проведеного лікування, порівняно з показниками до лікування ($P < 0,05$). Позитивна динаміка утримується впродовж наступних контрольних оглядів через 6 та 12-18 місяців.

Аналіз даних динаміки клінічних показників хворих основної групи з III ступенем тяжкості ГП показав істотне покращення індексних показників після проведеного лікування, що вказує на його високий терапевтичний ефект. Безпосередні результати терапії хворих на ГП полягали у тому, що загальний стан пацієнтів поліпшувався, зникав біль, зменшувалася глибина пародонтальних кишень, кровоточивість ясен та рухомість зубів.

Результати аналізу тривалості курсу запропонованого комплексного лікування засвідчили, що у середньому в основній групі ліквідація запальних явищ досягалася за $5,6 \pm 0,62$ відвідувань, натомість у групі порівняння - за $6,28 \pm 0,52$. Істотну різницю зменшення кількості відвідувань основної групи до групи порівняння встановлено у пацієнтів при початковій - I та II ступенях ГП ($P < 0,05$). При III ступені внаслідок значних ушкоджень пародонту та істотної похибки отриманих результатів ця розбіжність була менш виражена. Найбільшу кількість сприятливих результатів після комплексного лікування ГП отримано в основній групі - 81,25%, на відміну від групи порівняння, де вони склали 77,42% відповідно.

Через 6 місяців після лікування пацієнти в обох групах відзначали відсутність ознак запалення ясен, рухомості зубів при початковому - I ступені ГП та їх значне зменшення при II/III ступенях тяжкості процесу. Під час огляду ясна мали блідо-рожевий колір, щільно прилягали до зубів. Спостерігали рецесію ясен після лікування у групі порівняння при II-III ступенях на 1-2 мм, а у хворих основної групи - на 2-3 мм і більше. Показники індексів РВІ та РМА через 6 місяців після лікування були нижчими в основній групі, ніж у групі порівняння в середньому на 13,5% і 19,2% відповідно ($P > 0,05$). Рівень гігієни у пацієнтів обох груп практично не відрізнявся. Частка наростання відзначалась у поодиноких випадках і становила 3,75% в осіб основної групи та 3,22% - у групі порівняння.

Результатами клінічних досліджень через

12-18 місяців встановлено збереження тенденції, за якої частота наростання патологічного процесу була більшою у групі порівняння (6,67%), ніж у хворих основної групи (2,63%). Здебільшого після лікування скарг не виявляли, маргінальний край ясен мав блідо-рожевий колір, пародонтальні кишень не визначалися або були значно меншої глибини, рухомість зубів не спостерігалася або не перевищувала I ступінь при тяжкій формі пролікованого ГП. Величина індексів зменшувалась у хворих на ГП із ЗДА.

Висновки

Результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит засвідчили високу ефективність місцевого застосування пародонтального гелю різнобічної дії у складі комплексної терапії, що сприяло ліквідації запалення. При цьому відзначено скорочення термінів лікування при зменшенні кількості відвідувань, досягнуто стійкої ремісії запального процесу в пародонті.

Література

1. Zabolotnyi T.D., Borysenko A.V., Markov A.V., Shylyivskyi I.V. Generalizovanyi parodontyt. - Lviv: HalDent, 2011. - 240 s. Ukrainian (Заболотний Т.Д., Борисенко А.В., Марков А.В., Шилівський І.В. Генералізований пародонтит. - Львів: ГалДент, 2011. - 240 с.).
2. Mashchenko Y.S., Chernova Yu.V. Klynycheskye, byokhymycheskye y ummunolohycheskye aspekty voznyknovenyia nachalnoi stepeny heneralizovannoho parodontyta. Visnyk stomatolohii 2001, 3: 8-10). Ukrainian (Машченко І.С., Чернова Ю.В. Клинические, биохимические и иммунологические аспекты возникновения начальной степени генерализованного пародонтита. Вісник стоматології 2001, 3: 8-10).
3. Slaba O.M. Vplyv adsorbentiv na hialuronidaznu ta hemolitychnu aktyvnist parodontopatoheanoi mikroflory / O.M. Slaba // Innovatsiini tekhnolohii v stomatolohii: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii. - Ternopil: Ukrmedknyha, 2012. - pp. 48-49. Ukrainian (Слаба О.М. Вплив адсорбентів на гіалуронідазу та гемолітичну активність пародонтопатогенної мікрофлори / О.М. Слаба // Інноваційні технології в стоматології: матеріали науково-практичної конференції. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. - С. 48-49).
4. Slaba O.M., Fedechko Y.M. Mikrobiolohichni doslidzhennia biotopu rotovoi porozhnyy u zhinok iz heneralizovanyim parodontytom na foni zalizodefitsytnoi anemii. Visnyk stomatolohii 2012, 3: 39-44. Ukrainian (Слаба О.М., Федечко Й.М. Мікробіологічні дослідження біотопу ротової порожнини у жінок із генералізованим пародонтитом на фоні залізодефіцитної анемії. Вісник стоматології 2012, 3: 39-44).

5. Slaba O.M., Fedin R.M. Likuvalno-profilaktychnyi hel dlia terapii heneralizovanoho parodontyta, shcho suprovodzhuietsia zalizodefitsytnoiu anemiieiu. Patent na korysnu model № 79252, biuleten № 7 10.04.2013. Ukrainian (Слаба О.М., Федін Р.М. Лікувально-профілактичний гель для терапії генералізованого пародонтита, що супроводжується залізодефіцитною анемією. Патент на корисну модель № 79252, бюлетень № 7 10.04.2013).
6. Timokhina T.O. Stan tkanyn parodonta u vahitnykh zhinok iz zalizodefitsytnoiu anemiieiu. Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekologhii 2010, 2: 77-80. Ukrainian (Тимохіна Т.О. Стан тканин пародонта у вагітних жінок із залізодефіцитною анемією. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології 2010, 2: 77-80).
7. Hicks J., Garcia-Godoy F., Flaitz C. Biological factors in dental caries: role of saliva and dental plaque in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 1). J Clin Pediatr Dent, 2003, 1, 47-52.
8. Lagervveij M.D., Cate J.M. Remineralisation of enamel lesions with daily applications of a high concentration fluoride gel and a fluoridated toothpaste: an in situ studu. Caries Res, 2002, 36, 270-274.