

ВПЛИВ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ОСТЕОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО СТАТУСУ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ НА ТЛІ ПОМІРНОЇ ЧИ ВИРАЖЕНОЇ ГІПОМАГНІЙЕМІЇ

Л.Ю. Плав'юк, В.І. Герелюк, Н.О. Стасюк

Івано-Франківський національний медичний університет

ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОСТЕОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО СТАТУСА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ НА ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОСТЕОПОРОЗОМ НА ФОНЕ УМЕРЕННОЙ ИЛИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОМАГНИЙЭМИИ

Л.Ю. Плавьюк, В.И. Герелюк, Н.О. Стасюк

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

INFLUENCE OF DIFFERENTIATED OSTEOTROPIC THERAPY ON CERTAIN INDICES OF PERIODONTAL STATUS AND STRUCTURAL-FUNCTIONAL CONDITION OF BONE TISSUE IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS COMPLICATED BY CONCOMITANT OSTEOPOROSIS ON THE BACKGROUND OF MODERATE OR EXPRESSED MAGNESIUM DEFICIENCY

L.U. Plawiuk, V.I. Gereluk, N.O. Stasuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. На сьогоднішній день питання взаємозв'язку системних змін кісткової тканини та генералізованого пародонтиту залишається актуальним, оскільки відсутня єдиний думка вчених з цього приводу. Останнім часом все більше приділяється увага проблемі системного остеопорозу в цілому і його зв'язку з дистрофічно-запальними захворюваннями тканин пародонту, оскільки для системного остеопорозу і генералізованого пародонтиту характерні спільні ланки патогенезу, такі як: порушення метаболізму кісткової тканини – активація остеокластів, гальмування мінералізації кісткової тканини, резорбція кістки, гальмування синтезу колагену, полімеризація глікозаміногліканів, протеогліканів, деструкція міжзубних кісткових перегородок. Нами проведено обстеження 60 хворих на ГП I – II ступенів розвитку із супутнім остеопорозом. Досліджуваних було розподілено на чотири групи залежно від отриманого лікування. Проводили визначення показників мінеральної щільності кісткової тканини (Т-критерію та індексу Bmd – індекс мінеральної щільності кісткової тканини) до лікування, одразу ж після лікування та у терміни 1, 6, 12 місяців після проведеного традиційного чи запропонованого лікування. Пародонтальний статус визначали згідно з показниками індексів РМА, кровоточивості РВІ, глибини пародонтальних кишень та $S\Sigma_n$ - сумарного індексу вираженості запального процесу в пародонті. Результати проведеної клінічної та індексної оцінки стану тканин пародонта показали ефективність запропонованого способу лікування ГП I – II ступенів розвитку у хворих із супутнім остеопорозом на тлі помірної чи вираженої гіпомагнійемії, про що свідчить зникнення клінічних ознак запалення в тканинах пародонта та попередження рецидивам запалення у віддалені терміни. Застосування запропонованого способу – статистично вірогідно покращує стан кісткової тканини пацієнтів основної групи на противагу пацієнтам групи контролю, що відображено у показниках двохфотонної рентгенівської абсорбціометрії (Т-критерій та індекс Bmd), а також згідно з особливостями ортопантомографії.

Ключові слова: генералізований пародонтит, кісткова тканина, мінеральна щільність кісткової тканини, остеотропна терапія.

Резюме. На сьогоднішній день вопрос взаимосвязи системных изменений костной ткани и генерализованного пародонтита остается актуальным, поскольку отсутствует единое мнение ученых по этому поводу. В последнее время все больше уделяется внимания проблеме системного остеопороза в целом и его связи с дистрофически-воспалительными заболеваниями тканей пародонта, поскольку для системного остеопороза и генерализованного пародонтита характерные общие звенья патогенеза, такие как: нарушение метаболизма костной ткани - активация остеокластов, торможение минерализации костной ткани, резорбция кости, торможения синтеза коллагена, полимеризация гликозаминогликанов, протеогликанов, деструкция межзубных костных перегородок. Нами проведено обследование 60 больных на ГП I - II степеней развития с сопутствующим остеопорозом. Исследуемых было распределено на четыре группы в зависимости от полученного лечения. Проводили определение показателей минеральной плотности костной ткани (Т-критерия и индекса Bmd - индекс минеральной плотности костной ткани) до лечения, сразу же после лечения и в сроки 1, 6, 12 месяцев после проведенного традиционного или предложенного лечения. Пародонтальный статус определяли согласно показателей индексов РМА, кровоточивости РВІ, глубины пародонтальных карманов и $S\Sigma_n$ - суммарного индекса выраженности воспалительного процесса в пародонте. Результаты проведенной клинической и индексной оценки состояния тканей пародонта показали эффективность предложенного способа лечения ГП I - II степеней развития у больных с сопутствующим остеопорозом на фоне умеренной или выраженной гипомagneийемии, о чем свидетельствует исчезновение клинических признаков воспаления в тканях пародонта и предупреждения рецидивам воспаления в отдаленные сроки. Применение предложенного способа - статистически достоверно улучшает состояние костной ткани пациентов основной группы в противовес пациентам группы контроля, что отобразено в показателях двухфотонной рентгеновской абсорбциометрии (Т-критерий и индекс Bmd), а также согласно особенностям ортопантомографий.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, костная ткань, минеральная плотность костной ткани, остеотропная терапия.

Summary: Today the question of intercommunication of system changes of bone tissue and generalized periodontitis remains actual, as, unanimous opinion of scientists is absent on this case. Lately more and more attention has been paid to the problem of system of osteoporosis on the whole and its connections with the dystrophic-inflammatory diseases of periodontal tissues, as for the system of osteoporosis and generalized periodontitis characteristible common links of pathogeny, such as: violation of metabolism of bone tissue - activating of osteo-

clasts, braking of bone tissue mineralization, resorption of bone, braking of collagen synthesis, polymerization of glycosaminoglycans, proteoglycans, destruction of interdental bone partitions. We conducted examination 60 patients on GP I - II degrees of development with a concomitant osteoporosis. Examined patients were divided in four groups depending on the received treatment. The conducted determination of bone mineral density indexes (T-criterion and index of Bmd is an index of bone mineral density) before treatment, at once after treatment and in terms 1, 6, 12 months after the conducted traditional or offered treatment. Periodontal status was determined according to the index of PMA, PBI bleeding index, depth of periodontal pockets and ΣS_n - total index of inflammatory process expression in periodontal tissues. The results of the conducted clinical and index estimation of the periodontal tissues status showed efficiency of the offered method of GP I - II degrees of development treatment for patients with a concomitant osteoporosis in the background of moderate or expressed magnesium deficiency, what has been proved by disappearance of inflammation clinical signs in periodontal tissues and prevention of the relapses of inflammation in remote terms. Application of the offered method - statistically improves the state of bone tissue of patients of basic group versus the patients of control group, that it is represented in the indexes of the twophotonic x-rayed absorptiometry (T-criterion and index of Bmd), and also according to the features of panoramic x-ray method.

Keywords: *generalized periodontitis, bone tissue, bone mineral density, osteotropic therapy.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Захворювання тканин пародонту на сьогодні є найпоширенішою патологією серед загальної кількості всіх стоматологічних захворювань [1, 2].

Враховуючи ряд факторів, що впливають на розвиток захворювань пародонту, а також масштаби поширеності цієї патології, проблема комплексного лікування захворювань тканин пародонту є достатньо актуальною [4, 5].

Сьогодні не викликає жодних сумнів грандіозна роль мінералів у багатограних функціях організму та кожної клітини зокрема. Корекція дисбалансу макро- і мікроелементів може бути порівняна з роллю генетичних факторів у формуванні здоров'я людини. Відхилення у вмісті мінералів, що викликані харчовими, екологічними, кліматогеографічними, соціальними, побутовими та іншими факторами або захворюваннями, роблять інші дороговартісні та високотехнологічні методи лікування нераціональними або малоєфективними.

Останнім часом все більше приділяється увага проблемі системного остеопорозу в цілому і його зв'язку з дистрофічно-запальними захворюваннями тканин пародонту, оскільки для системного остеопорозу і генералізованого пародонтиту характерні спільні ланки патогенезу, такі як: порушення метаболізму кісткової тканини – активація остеокластів, гальмування мінералізації кісткової тканини, резорбція кістки, гальмування синтезу колагену, полімеризація глікозаміногліканів, протеогліканів, деструкція міжзубних кісткових перегородок [6, 7, 8].

Проведений аналіз фахової літератури та практичної діяльності лікарів-стоматологів показав, що для проведення остеотропної терапії в пародонтології вітчизняні спеціалісти основний акцент роблять на препаратах кальцію та активних формах вітаміну D₃, та необгрунтовано забувають про такий важливий мікронутрієнт, як магній, хоча на сьогоднішній день встановлено беззаперечно – щоб засвоювався Са в організмі повинна бути нормальна концентрація магнію. Що ж відбувається насправді в умовах сучасного життя: фізичне та розумове перенавантаження; дієти; стрес; захворювання ШКТ; вживання контрацептивів, антибіотиків, сечогінних, послаблюючих, гіпотензивних препаратів; малорухомий спосіб життя – і це далеко не повний перелік умов, які призводять до гіпомагнезіємії. Відомо, що магній та кальцій є природними внутрішньоклітинними антагоністами. Проте, якщо розрив між поступленням кальцію та магнію є значним і спостерігається виражений дисбаланс, то спрямованість кальцієвих ефектів буде радше негативним, ніж навпаки. Значно зростає ймовірність відкладання кальцієвих солей в клапанах серця та стінках судин, поява вогнищ звапнення органів і тканин. Як наслідок може розвинутися діабет другого типу, сечокам'яна хвороба, остеопороз, остеохондроз, можуть утворюватися камені в жовчовому міхурі, товстому кишківнику. Для профілактики даних проявів необхідно досягнути чіткого співвідношення кальцію та магнію, яке згідно з рекомендаціями ВООЗ становить 2:1.

Вищезгадані факти створюють об'єктивні передумови для вивчення особливостей перебігу генералізованого пародонтиту на фоні остеопорозу за умов помірної чи ви-

раженої гіпомагнемії та ефективності використання препаратів магнію в комплексному лікуванні даного контингенту хворих.

Наукова новизна роботи полягає у вивченні можливостей та ефективності застосування диференційованої остеотропної терапії в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із супутнім остеопорозом на тлі помірної чи вираженої гіпомагнемії.

Мета роботи. Вивчити вплив диференційованої остеотропної терапії з використанням препаратів кальцію та магнію на структурно-функціональний стан кісткової тканини у хворих на генералізований пародонтит I – II ступенів розвитку із супутнім остеопорозом на тлі помірної чи вираженої гіпомагнемії.

Матеріали і методи

Нами проведено обстеження 60 хворих на ГП I – II ступенів розвитку із супутнім остеопорозом на тлі помірної чи вираженої гіпомагнемії. Досліджуваних було розподілено на чотири групи залежно від отриманого лікування: група 1 (n=15) - хворі на ГП I ступеня розвитку із супутнім остеопорозом, які отримували стандартне лікування в поєднанні із антирезорбентами «Кальцемін Адванс» («Sagmel Inc.», США) по 1 таблетці двічі на добу під час їжі; група 1А (n=15) - хворі на ГП I ступеня розвитку із супутнім остеопорозом, які отримували стандартне лікування в поєднанні із антирезорбентами «Кальцемін Адванс» («Sagmel Inc.», США) по 1 таблетці двічі на добу під час їжі та препаратом магнію «Магнікум» (ВАТ «Київський вітамінний завод», Україна) по 1 таблетці тричі на добу; група 2 (n=15) - хворі на ГП II ступеня розвитку із супутнім остеопорозом, які отримували стандартне лікування в поєднанні із антирезорбентами «Кальцемін Адванс» («Sagmel Inc.», США) по 1 таблетці двічі на добу під час їжі та; група 2А (n=15) - хворі на ГП II ступеня розвитку із супутнім остеопорозом, які отримували стандартне лікування в поєднанні з антирезорбентами «Кальцемін Адванс» («Sagmel Inc.», США) по 1 таблетці двічі на добу під час їжі та препаратом магнію «Магнікум» (ВАТ «Київський вітамінний завод», Україна) по 1 таблетці тричі на добу. Проводили визначення показників мінеральної щільності кісткової тканини (Т-критерію та індексу Bmd – індекс мінеральної щільності кісткової тканини) до лікування, одразу ж після лікування та у терміни 1, 6, 12 місяців після проведеного традиційного чи запропонованого лікування. Пародонтальний статус визначали згідно показників індексів РМА, кровоточивості РВІ, глибини пародонтальних кишень та ΣS_n – сумарного індексу вираженості запального процесу в пародонті. Підтримуючу терапію проводили у всіх групах через п'ять місяців; а в групах 1А та 2А з використанням препарату «Магнікум» згідно із запропонованою схемою. Оцінку ефективності лікування проводили згідно із запропонованою схемою досліджень.

Результати та їх обговорення

Відповідно до отриманих результатів показників двохфотонної рентгенівської абсорбціометрії у термін одразу ж після лікування та 1 місяць після проведеного лікування як

«Архів клінічної медицини»

Таблиця 1. Результати денситометричного дослідження кісткової тканини передліччя у групах дослідження після проведеного лікування в динаміці (M±m)

Терміни	Групи	Показник		
		T-критерій, SD	МЩКТ (Bmd г/см ²)	
До лікування	1 (n=15)	-2,52±0,011	0,462±0,002	
	1A (n=15)	-2,54±0,011	0,458±0,002	
	2 (n=15)	-2,56±0,09	0,429±0,002	
	2A (n=15)	-2,59±0,09	0,423±0,002	
Безпосередньо після лікування	1 (n=15)	-2,52±0,011	0,462±0,002	
	1A (n=15)	-2,54±0,011	0,458±0,002	
	2 (n=15)	-2,56±0,09	0,429±0,002	
	2A (n=15)	-2,59±0,09	0,423±0,002	
Після лікування	1 місяць	1 (n=15)	-2,51±0,011	0,460±0,002
		1A (n=15)	-2,52±0,011	0,455±0,002
		2 (n=15)	-2,55±0,09	0,431±0,002
		2A (n=15)	-2,60±0,09	0,420±0,002
	6 місяців	1 (n=15)	*-2,29±0,011	*0,480±0,002
		1A (n=15)	*-1,2±0,011°	*0,492±0,002°
		2 (n=15)	*-2,33±0,09	*0,451±0,002
		2A (n=15)	*-1,13±0,09°	*0,460±0,002°
	12 місяців	1 (n=15)	*-2,09±0,011	*0,488±0,002
		1A (n=15)	*-0,95±0,011°	*0,509±0,002°
		2 (n=15)	*-2,21±0,09	*0,451±0,002
		2A (n=15)	*-1,06±0,09°	*0,480±0,002°

Примітка: * - статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними (p<0,001); ° - статистично вірогідна різниця між основною та контрольною групою (p<0,001)

у основній, так і контрольній групах суттєвих змін досліджуваних показників не відбулося, що співпадає із даними літературних джерел [7, 8].

У термін 6 місяців після лікування та 12 місяців після лікування спостерігалася статистично достовірна різниця досліджуваних показників усіх груп порівняно із контролем. Так, згідно з даними таблиці 1 значення T-критерію в 6 місячний термін становили: група 1 – (-2,29±0,011) SD проти (-2,52±0,011) SD до лікування, група 1A – (-1,2±0,011) SD проти (-2,54±0,011) SD до лікування, група 2 – (-2,33±0,09) SD проти (-2,56±0,09) SD до лікування та група 2A – (-1,13±0,09) SD проти (-2,59±0,09) SD до лікування (p<0,001). У відповідних групах в 12-ти місячний термін значення T-критерію, порівняно із вихідними даними становили: (-2,09±0,011) SD проти (2,52±0,011) SD, (-0,95±0,011) SD проти (-2,54±0,011) SD, (-2,21±0,09) SD проти (-2,56±0,09) SD та (-1,06±0,09) SD проти (-2,59±0,09) SD (p<0,001). Крім того встановлено статистично вірогідну різницю показників T-критерію між основною та контрольними групами (p<0,001).

Отже, відзначено статистично достовірне покращення показників T-критерію у всіх групах хворих на ГПІ – II ступенів розвитку із супутнім остеопорозом, проте запропонований спосіб лікування, який полягає у доповненні традиційної остеотропної терапії з використанням препаратів магнію, наприклад «Магнікум», виявив більш виражений позитивний вплив на стан кісткової системи в цілому та альвеолярної кістки зокрема.

Показники індексу Bmd на етапах лікування змінювалися наступним чином: в термін 6 місяців - група 1 – (0,480±0,002) г/см² проти (0,462±0,002) г/см² до лікування, група 1A – (0,492±0,002) г/см² проти (0,458±0,002) г/см² до лікування, група 2 – (0,451±0,002) г/см² проти (0,429±0,002) г/см² до лікування та група 2A – (0,460±0,002) г/см² проти (0,423±0,002) г/см² до лікування (p<0,001). У відповідних групах в 12-ти місячний термін

значення індексу Bmd, порівняно із вихідними даними становили: (0,488±0,002) г/см² проти (0,462±0,002) г/см², (0,509±0,002) г/см² проти (0,458±0,002) г/см², (0,451±0,002) г/см² проти (0,429±0,002) г/см² та (0,480±0,002) г/см² проти (0,423±0,002) г/см² (p<0,001). Крім того встановлено статистично вірогідну різницю показників індексу Bmd між основною та контрольними групами (p<0,001).

Простежували динаміку основних індексів, які характеризують активність перебігу патологічного процесу в тканинах пародонта у хворих на ГПІ I ступеня розвитку із супутнім остеопорозом на етапах лікування, порівнюючи з вихідними даними та між групами. Результати обстеження наведені в таблиці 2. У результаті проведеного інструментального обстеження та індексної оцінки встановлено, що як в основній так і контрольній групах, безпосередньо після проведеного комплексного лікування, порівняно з вихідними даними, спостерігається суттєве зниження ряду показників (глибини пародонтальних кишень, індексу кровоточивості РВІ, РМА, ΣΣ_п), Загалом, даючи оцінку отриманим результатам, можна констатувати, що схеми лікування хворих на ГПІ із супутнім остеопорозом підібрані адекватно, про що свідчить певний позитивний клінічний ефект. Одним із основних критеріїв важкості запального процесу в пародонті є ступінь вираженості симптоматичного гінгівіту, який можна оцінити за динамікою індексів РМА та кровоточивості.

Як у основній (1A), так і контрольних (1) групах за період лікування відзначена позитивна динаміка індексу РМА, площа тканин, охоплених запаленням зменшувалась з (33,64±0,86) % до (4,7±0,4) % - відповідно в основній групі 1A; з (33,15±0,85) % до (5,0±0,5) % - відповідно в контрольній групі 1. Однак, в групі 1A даний процес відбувався ефективніше, залишаючись у 9; 10; 5; 6 разів нижчим за вихідний рівень через 1, 6 та 12 місяців відповідно, тоді як у контрольній групі 1 цей показник знижувався у відповідні терміни у 5,5; 5; 1,89 разів при статистично вірогідній різниці між групами через 1, 6 і 12 місяців (p<0,001). Безпосередньо після лікування спостерігалася зниження в 3 рази індексу РВІ в основній та контрольній групах, що доводить клінічну ефективність проведеного лікування в кожній групі. Виразна різниця інтенсивності змін виявлена стосовно індексу кровоточивості через 1 місяць в основній групі 1A – зменшення у 3,5 рази (p<0,001) порівняно до вихідних величин, у контрольній групі 1 цей показник зменшувався в 3,4 рази (p<0,05). Через 1, 6 та 12 місяців встановлена чітка вірогідна різниця величини індексу кровоточивості між групами (p<0,001).

Показники індексів кровоточивості та РМА знаходяться

Таблиця 2. Індексна та інструментальна оцінка стану тканин пародонта хворих на ГПІ ступеня розвитку та із супутнім остеопорозом на етапах лікування (M±m)

Терміни	Групи	Показники				
		РМА, %	РВІ, бали	ПК, мм	ΣΣ _п бали	
До лікування	1 (n=15)	33,15±0,85	1,19±0,03	2,54±0,05	68±2,5	
	1A (n=15)	33,64±0,86	1,24±0,02	2,6±0,05	68,5±2,5	
Безпосередньо після лікування	1 (n=15)	**5,0±0,5	*0,45±0,03	2,04±0,02	56±2,4	
	1A (n=15)	**4,7±0,4	*0,39±0,03	*1,65±0,01°°	53±2,4	
Після лікування	1 місяць	1 (n=15)	**6,0±0,5	*0,46±0,03	2,08±0,02	54±2,4
		1A (n=15)	**3,8±0,3°°	**0,35±0,03°°	*1,65±0,01°°	51±2,4
	6 місяців	1 (n=15)	**6,6±0,5	*0,52±0,04	2,16±0,05	56±2,4
		1A (n=15)	**3,2±0,5°°	*0,39±0,03°°	*1,82±0,01°°	48±2,3
	12 місяців	1 (n=15)	**17,5±0,8	0,79±0,05	2,2±0,05	77±2,4°
		1A (n=15)	**5,7±0,8°°	*0,50±0,03°°	*1,85±0,01°°	56±2,4°

Примітка: * - статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними (p<0,05). ** - статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними (p<0,001). ° - статистично вірогідна різниця між основною та контрольною групою (p<0,05). °° - статистично вірогідна різниця між основною та контрольною групою (p<0,001)

Таблиця 3. Індексна та інструментальна оцінка стану тканин пародонта хворих на ГП II ступеня розвитку та із супутнім остеопорозом на етапах лікування (M±m)

Терміни	Групи	Показники				
		РМА, %	PBI, бали	ПК, мм	SΣ _n бали	
До лікування	2 (n=15)	49±0,93	1,8±0,03	3,9±0,06	164±4,0	
	2A (n=15)	48,4±0,91	1,78±0,04	3,96±0,05	168,2±4,2	
Безпосередньо після лікування	2 (n=15)	**6,85±0,5	**0,68±0,05 ^{oo}	**3,4±0,02	**62,5±2,4	
	2A (n=15)	**5,7±0,4	**0,45±0,04	**3,4±0,02	**30,0±2,4 ^{oo}	
Після лікування	1 місяць	2 (n=15)	**7,1±0,5	**0,54±0,04	**3,0±0,02	**65,0±2,4
		2A (n=15)	**5,3±0,3 ^{oo}	**0,29±0,03 ^{oo}	**3,0±0,01 ^{oo}	**32±2,4 ^{oo}
	6 місяців	2 (n=15)	**14,6±0,65	**0,82±0,05	**3,12±0,04	**67±2,4
		2A (n=15)	**9,8±0,5 ^{oo}	**0,47±0,03 ^{oo}	**2,8±0,03 ^{oo}	**33,5±2,3 ^{oo}
	12 місяців	2 (n=15)	**19,8±0,95	**1,12±0,05	*3,32±0,03	**85±3,4
		2A (n=15)	**14,8±0,68 ^{oo}	**0,70±0,04 ^{oo}	**2,9±0,02 ^{oo}	**40±2,4 ^{oo}

Примітка: * - статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними (p<0,05). ** - статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними (p<0,001). ° - статистично вірогідна різниця між основною та контрольною групою (p<0,05). °° - статистично вірогідна різниця між основною та контрольною групою (p<0,001)

у прямій кореляції з показниками Т-критерію та зворотній кореляції із показниками індексу Vmd у процесі лікувально-профілактичних заходів.

Також, на етапі одразу ж після проведеного лікування відмічалась позитивна динаміка за показником глибини пародонтальних кишень. Зубо-ясенні кишени зменшилися у межах 0,95 мм в основній групі та 0,5 мм – у контрольній. Даний показник залишався стабільним в динаміці в основній групі протягом інших термінів, так через 1, 6 та 12 місяців глибина пародонтальних кишень в групі 1А глибина ПК зменшувалась на 0,95 мм, 0,78 мм та 0,75 мм відповідно, достовірно відрізняючись від подібних величин у контрольній групі (p<0,001), що вказує на ремісію дистрофічно-запального процесу в пародонті.

При вивченні індексних показників між основною та контрольною групами стежили динаміку змін, які характеризують активність перебігу патологічного процесу в тканинах пародонта у хворих на ГП II ступеня розвитку із супутнім остеопорозом на етапах лікування, порівнюючи з вихідними даними та між групами. Результати проведеного аналізу наведені в таблиці 3. У результаті проведеного клінічного обстеження та індексної оцінки встановлено, що як в основній, так і в контрольній групах безпосередньо після проведеного комплексного лікування, порівняно з вихідними даними, має місце суттєве зниження ряду показників (глибини ПК, індексів PBI, РМА, індексу SΣ_n). Загалом аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що схеми лікування хворих на ГП обох груп підібрані адекватно, про що свідчить певний клінічний ефект. Важливим критерієм важкості запального процесу в пародонті є ступінь вираженості симптоматичного гінгівіту, який можна оцінити за динамікою індексів РМА, кровоточивості та SΣ_n.

Як в основній, так і контрольній групах після лікування відзначена позитивна динаміка індексу РМА: в групі 2А відповідно з (48,4±0,91)% до (5,7±0,4)%; в групі 2 з (49±0,93)% до (6,85±0,5)%. Однак, в основній групі цей процес відбувався ефективніше і зберігав позитивну динаміку, залишаючись нижчим за вихідний рівень в групі 2А через 1 місяць – у 9,13 разів, у 4,94 та 3,27 разів через 6 і 12 місяців відповідно. Тоді як у контрольній групі цей показник знижувався у відповідні терміни в групі 2 через 1 місяць – у 6,9 разів, у 3,35 та 2,47 разів через 6 і 12 місяців відповідно (p<0001).

Також після лікування спостерігалось зниження індексу кровоточивості PBI (в основній групі – в 4, контрольній – в 3 рази), що доводить клінічну ефективність проведеного лікування в кожній групі. Чітка різниця стосовно показників індексу РМА встановлено через 1 місяць – зменшення у 6,13 разів у групі 2А (p<0,001), тоді як у групі 2 цей показник зменшувався у 3,33 рази відповідно (p<0,001). Через 1 місяць спостерігалась вірогідна різниця величини індексу кровоточивості між групами (p<0,05), через 6 та 12 місяців –

(p<0,001).

Також, на етапі одразу ж після проведеного лікування відзначалась позитивна динаміка за показником глибини пародонтальних кишень. Зубо-ясенні кишени зменшилися у межах 0,56 мм в основній групі та 0,5 мм – у контрольній. Даний показник залишався стабільним в динаміці в основній групі протягом інших термінів, так через 1, 6 та 12 місяців глибина пародонтальних кишень в групі 2А глибина ПК зменшувалась на 0,96 мм, 1,16 мм та 1,06 мм відповідно, достовірно відрізняючись від подібних величин у контрольній групі (p<0,001), що вказує на ремісію дистрофічно-запального

процесу в пародонті.

Виражена позитивна динаміка показників сумарного індексу вираженості запального процесу в пародонті, як стосовно вихідних даних, так і між групами на етапах лікування. Так динаміка показників SΣ_n в досліджуваній групі наступна: група 2А - (168,2±4,2) бала, (30±2,4) балів, (32±2,4) бала, (33,5±2,3) бала та (40±2,4) балів проти в групі 2 - (164±4,0) бала, (62,5±2,4) бала, (65,0±2,4) балів, (67,0±2,4) балів та (85,0±3,4) балів (p<0,001). Можна стверджувати, що обране лікування позитивно впливає на об'єм тканин пародонту уражених дистрофічно-запальним процесом у всіх групах та, особливо, при використанні запропонованої схеми лікування.

Через 6 місяців після проведеного лікування спостерігалась стабілізація стану тканин пародонта у всіх групах хворих, за виключенням поодиноких випадків. Однак у основній групі хворих мала місце вірогідна динаміка щодо зменшення показників індексів РМА, кровоточивості, SΣ_n глибини пародонтальних кишень, порівняно із показниками контрольної групи.

Таким чином, аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що застосування препаратів «Кальцемін адванс» та «Магнікум» у лікуванні ГП із супутнім остеопорозом покращує процеси репарації в пародонті та стабілізує деструктивні процеси в альвеолярній кістці.

У процесі нашого дослідження виявлено, що зниження вмісту магнію супроводжується статистично достовірним погіршенням клініко-лабораторних показників стану тканин пародонту (p<0,001). Встановлено достовірно ефективніший результат запропонованої схеми лікування генералізованого пародонтиту, порівняно із стандартною методикою, що доведено клінічними та лабораторними показниками. Достовірно ефективніше пригнічення ознак запалення, стабілізація альвеолярної резорбції та показників двофотонної рентгенівської абсорбціометрії в групі хворих, які окрім традиційної терапії, отримували препарат «Магнікум» у комплексі лікувальних заходів, ймовірно зумовлене позитивним протизапальним та кальцій-оптимізуючим ефектом магнію. Отримані клінічні результати проявляються в нормалізації стану кісткової тканини, показників запалення у тканинах пародонту та альвеолярної резорбції. Оскільки, за даними літературних джерел, явище гіпомагніємії супроводжується загостренням хронічних запальних процесів та дезорієнтацією акумулювання кальцію в організмі [11]. Найбільш виражена нормалізація показників структурно-функціонального стану кісткової тканини відзначена на шостий місяць після проведеного лікування, проте, активності запалення в тканинах пародонту - на 1-ий місяць, що, вірогідно, зумовлено в досліджуваній групі максимально вираженим комбінованим ефектом класичного лікування в поєднанні з остеотропною та протизапальною активністю препарату магнію в

даних періодах. Стабілізація резорбції альвеолярного паростку виразно проявляється на 6 місяць після проведеного лікування і пізніше, що вірогідно стає можливим завдяки позитивній спрямованості активного кальцію препарату Кальцемін Адванс після насичення організму магнієм та оптимізації кальцій – магнієвого балансу як результат дії препарату Магнікум.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати створюють передумови для подальшого вивчення особливостей метаболізму магнію у хворих на генералізований пародонтит та його застосування з метою ефективної корекції дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Література

1. Герелюк В.І. Остеотропна терапія в пародонтології: [методичні рекомендації] / В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк. – Івано-Франківськ, 2000. – 23 с.
2. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 461 с.
3. Кетруш В.М. Комплексное лечение хронического пародонтита / В.М. Кетруш // Вісник стоматології. – 2004. – № 2. – С. 24-25.
4. Колесова Н.А. Сравнительный клинико-рентгенологический и морфологический анализ механизмов повреждения костной ткани альвеолярного отростка челюстей при различных вариантах

развития генерализованного пародонтита / Н.А. Колесова, А.М. Политун, Н.В. Колесова // Современная стоматология. – 2008. – № 2. – С. 67-72.

5. Куцевляк В.Ф. Диагностика і фармакологічна корекція остеопенічного стану у хворих на пародонтит та пародонтоз: Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України / В.Ф. Куцевляк, В.В. Варакута – Київ. – 1999. – С. 214-215.

6. Мазур И.П. Остеотропная терапия в комплексном лечении заболеваний пародонта / И.П. Мазур // Проблемы остеологии. – 2002. – № 1-2. – С. 99-101.

7. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта / Л.Ю. Орехова, – М.: ПолиМедиа Пресс, 2004. – 432 с.

8. Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта / В.В. Поворознюк, И.П. Мазур. – К., 2004. – 446 с.

9. Поворознюк В.В. Застосування препаратів кальцію та вітаміну Д у профілактиці та лікуванні остеопорозу / В.В. Поворознюк, Н.В. Григор'єва // Український ревматологічний журнал. – 2001. – № 3-4. – С. 33-37.

10. Плав'юк Л.Ю. Ефективність застосування препаратів магнію в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту / Л.Ю. Плав'юк, В.І. Герелюк // Галицький лікарський вісник. – 2010. – № 3. – С. 91 – 93.

11. Некоторые показатели минерального обмена у больных генерализованным пародонтитом первой степени / А.В. Борисенко, А.С. Магомедов, И.Н. Федянонович, [та ін.] // Современная стоматология. – 2002. – №4. – С. 25 - 27.

Одержано 18.02.2013 року.

УДК: 615.22+616-08+616.127-005.8+616.12-008.331.1

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТІОТРИАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА ДАНИМИ ТРЕДМІЛ-ТЕСТУ

О.М. Прытуляк

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОТРИАЗОЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА

О.М. Прытуляк

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

EVALUATION OF EFFICIENCY OF THIOTRIAZOLINE IN COMPLEX TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION IN CONJUNCTION WITH HYPERTENSION ACCORDING TO TREDMIL-TEST

О.М. Prytulyak

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) тривалий час розглядалося з позицій покращення кардіогемодинаміки. Обстежено 60 хворих з перенесеним інфарктом міокарда і супутньою артеріальною гіпертензією на етапах відновного лікування у віці від 45 до 65 років (в середньому 57,03±5,10 року). Всім хворим, окрім базової терапії, призначали тіотриазолін, а також проводили тредміл-тест за модифікованим протоколом Брюса під моніторним спостереженням електрокардіографії і артеріального тиску. Виявлений гіполіпідемічний ефект тіотриазоліну, який проявлявся достовірним зниженням рівнів загального холестерину та тригліцеридів, а також антиішемічна активність тіотриазоліну, яка підтверджується достовірним збільшенням тривалості виконаного фізичного навантаження при проведенні тредміл-тесту.

Ключові слова: тіотриазолін, інфаркт міокарда, тредміл-тест, метаболічна терапія, артеріальна гіпертензія.

Резюме. Лечение ишемической болезни сердца (ИБС) длительное время рассматривалось с позиций улучшения кардиогемодинамики. Обследовано 60 больных с перенесенным инфарктом миокарда и сопутствующей артериальной гипертензии на этапах восстановительного лечения возрасте от 45 до 65 лет (в среднем 57,03 ± 5,10 года). Всем больным кроме базовой терапии назначали тиотриазолин, а также проводили тредмил-тест по модифицированному протоколу Брюса под мониторным наблюдением электрокардиографии и артериального давления. Обнаружен гиполлипидемический эффект тиотриазолина, который проявлялся достоверным снижением уровня общего холестерина и триглицеридов, а также антиишемическая активность тиотриазолина, которая