

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК 616.314-085+616.314.18.002.4+615.242

Кашівська Р.С., Мельничук Г.М., Мельничук А.С., Базалицька О.В.

Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина IV. Препарати з протинабряковою і склерозуючою дією*Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. М.М. Рожко), кафедра дитячої стоматології (зав. каф. – проф. Г.М. Мельничук) ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна
e-mail: kashivska@inbox.ru

* перші три частини, присвячені антисептикам рослинного походження (I), синтетичним антисептикам (II) та нестероїдним протизапальним препаратам (III), – див. у журналі „Новини стоматології” № 1-3 за 2013 рік.

Резюме. Мета: описати групи фармакологічних препаратів із протинабряковою і склерозуючою дією, які застосовуються для лікування гіпертрофічного гінгівіту і пародонтиту.

Матеріали і методи: проведено огляд літератури за 1998-2013 роки, з'ясовано різновиди медикаментів, які мають протинабрякову дію, а також ліки зі склерозуючою поверхневою і глибокою дією. Наведено власну класифікацію цих медикаментів.

Результати: описано показання до використання препаратів із різних груп, які мають протинабрякову дію. Вказано випадки, коли слід використовувати склерозуючі препарати поверхневої дії, а коли – ліки для глибокого склерозування гіпертрофованих сосочків. Особливо ретельно проаналізовано дію стероїдних протизапальних препаратів, які часто рекомендують застосовувати для лікування гіпертрофічного гінгівіту, та зроблено висновок про недоцільність їх використання у пародонтології. Описано механізм дії медикаментів, показання і протипоказання до використання різних ліків у разі лікування гіпертрофічного гінгівіту, а також фізіотерапевтичні методи його лікування.

Висновки: лікування гіпертрофічного гінгівіту вимагає використання особливих препаратів – тих, які здатні зняти набряк і усунути розростання ясен. Разом з ініціальною пародонтальною терапією цих засобів зазвичай достатньо, щоб усунути гіпертрофію ясен, особливо за набрякової форми хвороби.

Ключові слова: хвороби пародонта, гіпертрофічний гінгівіт, препарати з протинабряковою дією, склерозуючі препарати, показання до застосування.

У попередніх публікаціях наведено запропоновану нами класифікацію груп лікарських препаратів [10; 13] та детально описані перші три групи з неї – природні і синтетичні антисептики та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) [10; 11; 12]. Цих ліків здебільшого вистачає для медикаментозного впливу на катаральний гінгівіт (як самостійний, так і симптоматичний). У випадку, коли у пацієнта діагностують гіпертрофічний гінгівіт, їх також використовують, оскільки, як і при катаральному гінгівіті, місцеве лікування починають з ініціальної пародонтальної терапії, яка включає використання антисептиків і НПЗП [10; 11; 12]. Застосування НПЗП доцільне і через те, що, крім пригнічення ексудативної фази запалення, вони діють і на проліферативну фазу за рахунок зниження активності фібробластів та зменшення синтезу колагену [22]. Однак, у разі гіпертрофічного гінгівіту (самостійного чи симптоматичного) через 2-3 відвідування необхідно використовувати ще й протинабрякові (при набряковій (гранулюючій) формі) та склерозуючі (при фіброзній формі) препарати.

Необхідно пам'ятати, що хворим на гіпертрофічний гінгівіт протипоказане застосування етонію, метацилу та інших препаратів, які разом з антибактеріальною дією стимулюють репаративні процеси, що, за умови схильності до розростання ясенних тканин, неприпустиме [25].

Препарати з протинабряковою дією віднесені нами до IV групи [10; 13]. Це препарати з різних груп, які вводять у вигляді інстиляцій:

- гіпертонічний розчин кухонної солі у вигляді ванночок [13];
- 1% розчин галаскорбіну (комплекс галової та аскорбінової кислот) [4; 25];
- нерозведені: юглон (із зеленої шкірки грецького горіха),

сік подорожника, сік каланхое, настойки календули та чистотілу [6; 16; 24; 25; 26];

- гель, що містить 10% глюкозаміну гідрохлориду, 5% розчин димексиду, сік кропиви дводомної і сік каланхое, та має сильну протинабрякову дію [21];

- 10% емульсія дибунолу, що є аналогом віт. Е, Р, галаскорбіну, має антиоксидантну і цитостатичну дію [5; 25];
- 5% водно-спиртовий розчин йоду (за умов відсутності алергічної реакції) [5];

- розчин гепарину або гепаринова мазь [5; 24].

Гепарин – антикоагулянт прямої дії, який є також інгібітором протеолізу (інгібує гіалуронідазу), а також пригнічує ексудативну фазу запалення, нормалізує судинно-тканинну проникність, тобто тканинний обмін і газообмін, мікроциркуляцію і метаболізм тканин пародонта [2]. Гепарин усуває спазм судин, розчиняє мікротромби і попереджує утворення тромбів, має антиалергічну, антисклеротичну, антикоагулюючу, антигіпоксичну дію, сприяє процесу регенерації. Враховуючи багатофакторність дії гепарину, його застосовують як засіб патогенетичної терапії при гінгівіті, пародонтиті, пародонтозі. Гепарин вводять у тканини пародонта методом електрофорезу (з аноду) або фонофорезу по 5000 ОД препарату, на курс – 10-15 процедур. Гепаринову мазь накладають також під пов'язку з парафіну. Можна застосовувати гель для лікування рубців – *Контрактубекс* (Мерц, Німеччина), який, крім гепарину, містить екстракт цибулі й алантоїн [13].

Як протинабрякові засоби для аплікацій та інстиляцій застосовували глюкокортикоїдні мазі, які містять стероїдні гормони та антибіотики – *Фторокорт* (АТ Гедеон Ріхтер, Угорщина), *Деперзолон* (АТ Гедеон Ріхтер, Угорщина), *Гіоксизон* (Нижфарм, Росія) [6; 17; 24], а також стоматологічну пасту *Триамцінолон* (*Кеналог орабейз*) (Бристол-Майерс, Великобританія), яка має протизапальну, протиалергічну дію й адгезивні властивості до слизової оболонки ротової порожнини, та фторовані глюкокортикоїди: мазі *флуметазону півалат* (*локакортен, лоринден*) (Jelfa, Польща) і *флуоцинолону ацетонід* (*синалар, синафлан, флуцинар*) (Росія) [13].

Азербайджанські науковці пропонують для лікування гіпертрофічного гінгівіту використовувати пародонтологічну пасту [18] на основі препарату *Инсановін*, який добре зарекомендував себе як протиасмагичний засіб, і містить: теофіліну – 150 мг; ефедрину гідрохлориду – 25 мг; хлорохін фосфату – 40 мг; преднізолону – 1 мг. Для приготування пасти таблетку Інсановіну очищують від оболонки, замішують із білою глиною у співвідношенні 1:1 і додають вазелін. У разі гінгівіту паста накладається на ясна на 1-1,5 год (курс лікування 3-5 днів), за пародонтиту паста вводиться у пародонтальні кишені і накладається на ясна на 2-3 год (курс лікування – 6-10 днів залежно від ступеня розвитку процесу). Механізм позитивного впливу пародонтологічної пасти на основі препарату Інсановін на запальний процес у пародонті полягає в тому, що:

- ефедрин гідрохлорид звужує судини, відновлюючи проникність судин та надає протинабряковій дії;

- хлорамін фосфат, який має активний імуносупресивний ефект за рахунок впливу як на імунокомпетентні клітини, так і на метаболізм сполучнотканинних елементів, та надає протимікробної і протизапальної дії;

- теофілін, який гальмує вивільнення з тучних клітин медіаторів алергії, впливаючи на запалення в пародонті;

- преднізолон, який посилює протизапальну дію в тканинах пародонта [18].

Механізм дії глюкокортикоїдів полягає в пригніченні всіх фаз запалення за рахунок стабілізації мембран клітинних структур, що обмежує вивільнення протеолітичних ферментів із лізосом, перешкоджає загибелі клітин, на які вплинули пошкоджуючі чинники. Як імуносупресори, вони пригнічують не лише ранні прояви запального процесу (розширення капілярів, набряк, відкладення фібрину, міграцію й активність фагоцитів), але й більш пізні (гальмують ріст грануляцій, вродання капілярів, сповільнюють процеси регенерації у вогнищі запалення, зменшують розмноження фібробластів і синтез колагену). Фазу проліферації глюкокортикоїди гальмують за рахунок обмеження проникнення у запальну тканину моноцитів і перешкоджання їх участі в цій фазі запалення, а також пригнічують синтез глікозаміногліканів, білків і процеси лімфопоезу [3; 19; 20; 27; 28].

Кортикостероїди мають багато побічних впливів, бо, виявляючи високоефективну протизапальну і протиалергічну дію, вони при цьому водночас сповільнюють процеси регенерації у вогнищі запалення, а також пригнічують проліферативні процеси, що порушує утворення запального (грануляційного) валу і може призвести до поширення інфекції з вогнища запалення [3; 19]. Це вимагає одночасного застосування антибіотиків при лікуванні ними інфекційних захворювань. Діючи на патогенез запалення, гормональні препарати не усувають його причини, тому після припинення їх застосування можливі рецидиви [13].

Глюкокортикоїди добре всмоктуються як із шлунково-кишкового тракту, так і через слизові оболонки і шкіру, впливаючи на обмінні процеси [19]. При місцевому застосуванні, особливо фторвмісних препаратів, можуть спостерігатися атрофія епідермісу, дерми і підшкірних тканин, точкові крововиливи, стрії, зниження імунологічної реактивності, що призводить до розвитку піодермій і кандидозів. Імуносупресивна дія перешкоджає видаленню чужорідних антигенів з організму. Судинні реакції можуть виявлятися у вигляді васкулітів [3; 25].

Використання глюкокортикоїдів у дозах, що перевищують їх добову потребу, може викликати порушення гормонального балансу в організмі та обміну речовин. Тривале застосування кортикостероїдів змінює метаболічні процеси, що призводить до тяжких побічних ефектів, у тому числі до пригнічення функції кори надирників, розвитку стероїдного діабету, виразкової хвороби шлунка, набряків, підвищення артеріального тиску і згортання крові, до загострення латентно перебігаючих інфекцій, психічних розладів, катаракти [3; 19; 27; 28]. Найнебезпечніші ускладнення – з боку кістково-м'язевої системи (остеопороз, асептичний некроз кісток) [25]. Завдяки активізації процесів катаболізму і виведенню кальція, кортикостероїди сприяють каріозному ураженню зубів [3].

Противопоказання до використання кортикостероїдів [3; 5; 13; 25; 27; 28]:

- гноєстеча з пародонтальних кишень;
- абсцедування;
- млявий перебіг захворювання;
- остеопороз;
- туберкульоз, вірусні, грибкові і паразитарні захворювання, сифіліс;
- виразкові ураження і рани;
- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- вагітність, період лактації (застосовують лише за життє-

вими показаннями);

- важка артеріальна гіпертензія;

- психічні захворювання;

- синдром Іценко-Кушинга;

- ниркова недостатність;

- глаукома.

Показання до застосування глюкокортикоїдів:

- гострі стадії запалення з переважаючим гіперергічним реакцій у стадії різко вираженої ексудації і лише місцево та короткочасно [3; 27; 28];

- гіпертрофічний гінгівіт, особливо на тлі патології крові [13].

В останні роки замість глюкокортикоїдів використовують лікарські засоби, які близькі до них за складом і дією, але мають небажаних побічних ефектів стероїдних гормонів. Такою є паста для ясен і зубів *Артродонт* (Лабораторії Вейрон і Фроман, Франція), що містить еноксолон, який має протизапальну дію, бактерицидну активність до пародонтогенної мікрофлори, віруліцидну дію та індукує утворення інтерферону [13].

Ми вважаємо, що для зняття запалення й алергізації та для усунення гіпертрофії при захворюваннях пародонта можна використати інші, менш шкідливі медикаменти (див. III, IV, V, XI, XVIII і XIX групи препаратів), і в своїй практичній діяльності гормональні препарати не використовуємо, хоча у наших попередніх публікаціях серед груп лікарських препаратів, які використовуються у пародонтології, ми описували їх, виділивши в окрему групу [14; 15]. В останній редакції класифікації ми не включили кортикостероїди у класифікацію зумисне, демонструючи цим наше негативне ставлення до використання кортикостероїдів у пародонтології, оскільки шкода від них значно більша, ніж користь [13].

Якщо не вдається усунути набряк, застосовують препарати, що мають **проти набрякову та склерозуючу дію:**

- *полімінерал* (Pharmachim, Болгарія) – стандартизований розчин маточного луку Поморійського озера. Містить важливі для людини макро- і мікроелементи, колоїдні речовини. Надає протизапальної дії, стимулює фагоцитоз, регенерацію тканин, зменшує проникність кровоносних судин, має незначну анальгезуючу дію [5; 23; 26];

- *мараславін* (Sorgharma, Болгарія) – витяжка із понтійського полину, садового чаберу, чорного перцю та ін., які містять біологічно активні речовини [25; 26]. Застосовують у вигляді полоскань, аплікацій та інстиляцій. Ватні турунди, змочені препаратом, накладають на 5-6 хв на ясна і в зубоясенні кишені. Процедуру повторюють 5-6 разів для кожної кишені на 1 сеанс [4; 23].

- *5-10% спиртовий розчин прополісу* – продукту життєдіяльності бджіл, який містить ряд біогенних речовин: ефірні олії, суміш смол, віск, флаваноїди, флавоноли, похідні коричної кислоти, вітаміни [5; 8; 25; 28].

Ці медикаменти для полоскань використовують розведеними, а для інстиляцій у пародонтальні кишені та аплікацій їх не розводять [13].

При різних формах гінгівіту (особливо у разі гіпертрофічного) доцільне використання препарату нового покоління альган (ПАТ НВЦ Борщагівський ХВЗ, Україна) – із суплідь вільхи клейкої, що має антимікробну і водночас антиоксидантну, протизапальну і репаративну дію. Випускається в Україні у трьох формах: таблетки по 0,01, вкриті оболонкою (для лікування патології шлунково-кишкового тракту); таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою (для лікування захворювань кишечника), а також у вигляді 2% альтанової мазі (для місцевого лікування) [25]. Особливо показаний альган для одночасного лікування гінгівіту і шлунково-кишкового тракту як домінуючої патології [13].

У разі впершого перебігу набрякової і при фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту використовують **V групу – препарати зі склерозуючою дією**. У наш час вже не

застосовують сильнодіючі припікаючі медикаменти (концентровані розчини сірчаної, хромової кислот, піоцид).

Склерозуюче лікування (поверхнєве і глибоке) показане лише після зняття запалення ясен у разі набрякової форми (коли проба Шиллера-Пісарєва негативна), оскільки нерозважливе застосування склерозуючих препаратів призводить до посилення патології і до розвитку ускладнень [7]. При фіброзній формі (яка не потребує протизапального лікування) склерозуючі препарати використовують відразу [1]. Турунди з розчинами цих препаратів найчастіше вводять в ясенну кишеню на 20 хв, не менше як 3-5 сеансів, через 1-2 дні [6; 25].

Склерозуючі препарати поверхнєвої дії:

- *ваготил* (Польфа АО, Польща) – препарат із групи фенолів, який вводять в ясенні кишені без розведення або в розведенні 1-2% розчином новокаїну у співвідношенні 1:2 на 20 хв, через день, не менше, ніж 4-6 сеансів [23; 25; 26].

- *кристали йодиду калію*, які накладають на ясна тонким шаром за допомогою гладилки безпосередньо на збільшені міжзубні сосочки на 20-40 сек. Потім присипані ясна притискають ватним тампоном із 3% розчином перекису водню. Можна також ввести йодид калію в пародонтальну кишеню і туди ж закласти турунду з перекисом водню. Після утворення піни кишеню ретельно висушують. Курс лікування – 3-4 процедури. Аплікації та інстиляції можна чергувати з тугими стискаючими пов'язками [5].

- *5% розчин сульфату міді (мідний купорос)*, який має зневоднюючу дію. Змочену розчином маленьку ватну кульку вводять у висушений міжзубний проміжок на 3-4 хв (на одній ділянці допускається не більше, як 2-3 процедури) [4].

- *20-30% розчин резорцину* (з групи фенолу) [5; 6; 23];

- *10-25% розчин хлориду цинку* [6; 17; 24];

- *3% розчин хлоргексидину біглюконату* [25];

- *неоцид* – застосовують 2-3 рази на добу, на 15-20 хв, упродовж 12 днів; через тиждень перерви курс повторити [13].

- *20% настойка чистотілу з гліцериним* у розведенні 1:1, на курс – 10 процедур (100 г сухої трави чистотілу заливають 50 мл 70° спирту, фільтрують; цієї кількості вистачає на тиждень). Використовують і 30% настойку чистотілу – для полоскання (1 ч. ложку настойки на склянку води) й аплікацій (настойку у співвідношенні 1:5 змішують із будь-якою рослинною олією), експозиція – 5-7 хв, курс лікування – 5-7-10 аплікацій (Удовицька О.В.) [5; 26].

- *бефунгін* – екстракт чорного березового гриба з додаванням солей кобальту (масу розігривають під струменем гарячої води, тоді 1 столову ложку екстракту гриба змішують із рівною кількістю теплої кип'яченої води) застосовують у вигляді аплікацій 2-3 рази на день упродовж 2 тижнів [5; 26];

- суміш у складі: *саліцилової кислоти* – 0,1; *резорцину кристалічного* – 1,0; *камфори* – 2,0; *ментолу* – 3,0; *тимолу* – 1,0; *спирту 96с* – 92,0. Тривалість процедури – 20 хв, курс лікування – 3-5 сеансів через день [6; 25].

Необхідно слідкувати, щоб склерозуючі розчини не падали на оточуючу слизову оболонку. Після видалення турунд ротову порожнину ретельно споліскують водою і на ясна на 2-3 год можна накласти пов'язку з нестероїдними протизапальними препаратами (див. III групу препаратів) [12]. Додому призначають полоскання і ротові ванночки з відварами трав [6; 10; 17].

За відсутності ефекту від усіх вищеназаних методів лікування набрякової форми і при фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту доводиться застосовувати **глибоку склерозуючу терапію ін'єкційним методом** [13]. Після попереднього знеболення тонкою ін'єкційною голкою від верхівки сосочка до його основи вводять 0,1-0,3 мл одного з гіпертонічних розчинів таких **склерозуючих препаратів глибокої дії**:

- *40-60% розчину глюкози* [5; 6; 17; 24; 26];

- *10% розчину хлориду кальцію* [5; 17];

- *70-90% розчину етилового спирту* [17; 25];

- *10% розчину глюконату кальцію* [5; 17; 25];

Курс лікування – 4-8 ін'єкцій у кожний сосочок з інтервалом між процедурами 1-3 дні.

Ефективні також ін'єкції гепарину, який вводиться в основу ясенних сосочків по 0,25 мл (5000 ОД), на курс – 10 ін'єкцій, а також емульсії гідрокортизону (по 0,1-0,2 мл) [17].

При фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту для пригнічення проліферативних процесів показане застосування цитостатичних препаратів: *новембіхіну* (10 мл препарату розчиняють в 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять у гіпертрофовані сосочки по 0,1-0,2 мл 1 раз на тиждень; на курс – 3-5 ін'єкцій) [5; 6; 17], а також *циклофосфану* і *хінозолу* (ОАО Биохим, Росія) у вигляді паст під пародонтальну пов'язку [9; 25].

Тільки при фіброзній формі можливі ін'єкції *розчином лідази*. Для цього вміст флакону (64 УО) розчиняють в 1 мл 0,5% розчину новокаїну чи тримекаїну та вводять у сосочок 0,2-0,3 мл (4-5 ін'єкцій на курс). Такий же розчин можна вводити методом електрофорезу щоденно або через день [1; 23]. Для лікування гіпертрофічного гінгівіту доцільно застосовувати і **фізіотерапевтичні методи** терапії без та із використанням медикаментів, а саме:

1) точкову діатермокоагуляцію ясенних сосочків за М.І. Афанасєвою (1989): під анестезією стерильну голку Міллера вводять у сосочок на глибину 3-5 мм; коагулюють 2-3 с при силі струму 6-7 мкА; у кожному сосочку коагулюють 3-4 точки, а за один сеанс – 4-5 сосочків [13].

2) парафінотерапію [13];

3) фонофорез із *гепарином*, *дибунолом* [7];

4) електрофорез таких препаратів: *10% розчину глюконату кальцію*; *1-2% розчину сульфату міді* (з „+“); *0,5% розчину хлориду цинку* (з „+“); *5% розчину йодиду калію* [13; 25];

5) анод-гальванізацію [17];

6) вакуум-масаж (6-10 процедур через 2-3 дні);

7) гідромасаж (10 процедур по 20 хв) [7];

8) дарсонвалізацію іскровим розрядом (10 процедур по 20 хв) [5; 7; 17].

Електрофорез добре поєднувати з дарсонвалізацією.

Можна також спробувати електрофорез із *10% розчином хлориду кальцію*, який вводять почергово з різних полюсів. Спочатку 7 разів вводять кальцій із „+“, а потім – хлор із „-“ також 7 разів. Утворюються асептичні мікронекрози, що призводить до зморщування та зменшення тканин. Цей спосіб лікування простий у використанні, безболісний і, за нашими спостереженнями, досить дієвий [13; 25].

За відсутності ефекту від усіх вищеназаних методів лікування гіпертрофовані сосочки висікають хірургічним способом, тобто здійснюють операцію гінгівектомії, кріохірургію, лазерну хірургію [6].

Загальне лікування включає вітамінотерапію (призначають аскорбінову кислоту, рутин, вікасол, токоферол) та лікування соматичних захворювань.

Висновок

Гіпертрофічний гінгівіт – захворювання, яке вимагає особливого підходу до лікування. Якщо він спровокований місцевими травмуючими чинниками, то здійснення ініціальної пародонтальної терапії вже сприяє зменшенню сосочків. Проте, лише цих заходів часто буває недостатньо, що й спонукає до використання протинабрякових і склерозуючих препаратів, які застосовуються у вигляді аплікацій, інстиляцій чи вводяться фізіотерапевтичними методами.

Особливо хочемо застерігти від використання у пародонтології кортикостероїдних препаратів. Глюкокортикоїди – це ті ліки, які варто застосовувати лише за життєвими показаннями, і, перш, ніж їх призначити, стоматолог повинен пам'ятати заповідь Гіппократа „не нашкодь!“ Наша практика показала, що і без них хвороби пародонта можна лікувати

успішно.

Використовувати глибоку склерозуючу терапію ін'єкційним методом чи застосовувати хірургічне висікання гіпертрофованих сосочків у разі впертого перебігу гіпертрофічного гінгівіту – вибір за лікарем і пацієнтом.

Медикаментам, які використовуються при лікуванні виразкового гінгівіту, буде присвячена наша наступна публікація.

Література

1. Барер Г.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение: Учебное пособие / Г.М. Барер, Т.И. Лемецкая. – М.: ВУНМЦ, 1996. – 85 с.
2. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, И.А. Рабухина, О.А. Фролова. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 320 с.
3. Грудянов А.И. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии / А.И. Грудянов, В.В. Овчинников, Н.А. Дмитриева. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 80 с.
4. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту / М.Ф. Данилевський, М.А. Мохорт, В.В. Мохорт. – К.: Здоров'я. – 1991. – 264 с.
5. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверьяк. – Минск: Вышэйшая школа. – 1995. – 494 с.
6. Иванов В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 300 с.
7. Куракина Н.В. Заболевания пародонта / Н.В. Куракина, Т.Ф. Кутепова // М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2000. – 160 с.
8. Мазур І.П. Фармакологічні засоби для місцевого лікування тканин пародонту / І.П. Мазур, В.А. Передерій, С.В. Дулько // Современная стоматология. – 2010. – №5. – С. 47-52.
9. Машенко И.С. Болезни пародонта / И.С. Машенко. – Дрогобыч: Коло. – 272 с.
10. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина I. Антисептики рослинного походження. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №1. – С. 92-97.
11. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина II. Синтетичні антисептики. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №2. – С. 79-84.
12. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина III. Нестероїдні протизапальні препарати. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №3. – С. 83-87.
13. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навчальний посібник. Вид. 5-е, виправлене і доповнене / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Л.В. Завербна. – Івано-Франківськ, 2011. – 328 с.
14. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навчальний посібник. Вид. 4-е, доповнене / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Н.В. Нейко [та ін.]. – Івано-Франківськ, 2010. – 284 с.
15. Мельничук Г.М. Сучасні підходи до лікування і вибору медикаментозної терапії при хворобах пародонта // Галицький лікарський вісник. – 2004. – № 1. – С. 8-12.
16. Нетрадиционные методы лечения в стоматологии / А.П. Грохольский, М.А. Кодола, В.Г. Бургонский, Ю.Б. Чайковский. – К.: Здоров'я, 1995. – 376 с.
17. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 506 с.
18. Новая пародонтологическая паста для лечения воспалительных заболеваний пародонта / Ч.А. Пашаев, С.А. Мамедова, С.Ю. Юсифов, А.Ч. Пашаев // Новое в стоматологии. – 2003. – №7. – 49-50.
19. Пародонтит / Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ., 2007. – 504 с.
20. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: рук. для практикующих врачей / Г.М. Барер, Е.В. Зорян, В.С. Агапов [и др.]. – М.: Литтерра, 2006. – 568 с.

др.]. – М.: Литтерра, 2006. – 568 с.

21. Сирак С.В. Изучение противовоспалительных и регенераторных свойств стоматологического геля на основе растительных компонентов, глюкозамина гидрохлорида и димексида в эксперименте / С.В. Сирак, М.В. Зекерьяева // Пародонтология. – 2010. – №1 (54). – С. 46-50.

22. Современные аспекты клинической пародонтологии / под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: МЕДпресс, 2001. – 126 с.

23. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнѐв, И.В. Марусов, А.М. Соловьѐва. – С.-Пт.: ИКФ „Фолиант”, 1999. – 349 с.

24. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 840 с.

25. Терапевтична стоматологія: Підручник у двох томах / за ред. проф. А.К. Ніколішина. – Т.П. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.

26. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 3. Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун [та ін.] – К.: Медицина, 2008. – 616 с.

27. Цепов Л.М. Заболевания пародонта, взгляд на проблему / Л.М. Цепов. М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.

28. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 192 с.

Кашивская Р.С., Мельничук Г.М., Мельничук А.С., Базалицкая А.В.
Медикаментозное лечение заболеваний пародонта. Группы препаратов, механизмы их действия, показания и противопоказания к применению. Часть IV. Препараты противовоспалительного и склерозирующего действия. Обзор литературы

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования (зав. каф. – проф. Н.М. Рожко), кафедра детской стоматологии (зав. каф. – проф. М.М. Мельничук) ГБУЗ „Ивано-Франковский национальный медицинский университет”, Украина
 e-mail: kashivska@inbox.ru

Резюме. Цель: описать группы фармакологических препаратов с противовоспалительным и склерозирующим действием, применяемые для лечения гипертрофического гингивита и пародонтита.

Материалы и методы: проведен обзор литературы за 1998-2013 годы, установлено разнообразие медикаментов, обладающих противовоспалительным действием, а также лекарства с поверхностным и глубоким склерозирующим действием. Представлена собственная классификация этих медикаментов.

Результаты: описаны показания к использованию медикаментов из разных групп, обладающие противовоспалительным действием. Указаны случаи, когда следует использовать склерозирующие препараты поверхностного действия, а когда – лекарства для глубокого склерозирования гипертрофированных сосочков. Особенно тщательно проанализировано действие стероидных противовоспалительных препаратов, которые часто рекомендуют применять для лечения гипертрофического гингивита, и сделан вывод о целесообразности их использования в пародонтологии. Описан механизм действия медикаментов, показания и противопоказания к применению различных лекарств при лечении гипертрофического гингивита, а также физиотерапевтические методы его лечения.

Выводы: лечение гипертрофического гингивита требует использования особых препаратов, способных снять отек и устранить разрастание десен. Вместе с инициальной пародонтальной терапией этих средств обычно достаточно, чтобы устранить гипертрофию десен, особенно при отечной форме болезни.

Ключевые слова: болезни пародонта, гипертрофический гингивит, препараты с противовоспалительным действием, склерозирующие препараты, показания к применению.

R.S. Kashivska, G.M. Melnychuk, A.S. Melnychuk, O.V. Bazalytska
Pharmacological Treatment of Periodontal Disorders: Groups of Medications, Mechanisms of their Action, Indications and Contraindications of their Use. Part IV: Medications with Anti-Swelling and Sclerosing Effects

Postgraduate Dentistry Department (the Head of Department Professor M.M. Rozhko), Pediatric Dentistry Department (the Head of Department Professor G.M. Melnychuk),

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: kashivska@inbox.ru

Abstract. Objective: to describe pharmacological agents with anti-swelling and sclerosing effect for treatment of hypertrophic gingivitis and periodontitis.

Methods: we have reviewed the references over the period of 1991-2013 years, systematized the agents with anti-swelling effect and superficial sclerosing effect as well as sclerosing agents with profound deep effect.

Results: we have established that medicines of different groups have anti-swelling and sclerosing qualities and what remedy should be administered for a deep sclerosis of the hypertrophic papilas. With special effort we have reviewed the anti-inflammatory steroids and decided that they are not appropriate for use in periodontology. We also described the mechanism of action of medications, indications and warnings in case of using different agents in treatment of

hypertrophic gingivitis and physio-therapeutic handling.

Conclusion: treatment of hypertrophic gingivitis requires a special medication that can decrease a swelling and gingival enlargement. Together with initial periodontal therapy these agents usually are efficient to eliminate gingival enlargement, especially the swelling type of the disease.

Keywords: *periodontal diseases, hypertrophic gingivitis, agents with anti-swelling effect, sclerosing agents, indications for administration.*

Надійшла 27.01.2014 року.

УДК: 661.691.1+618.2+616.441

Тимків І.С.

Селен: вплив на репродуктивну функцію та тиреоїдний баланс

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м.Івано-Франківськ

e-mail: igortymkiv@i.ua

Резюме. У результаті численних клінічних і епідеміологічних досліджень встановлено роль селену для життєво важливих функцій організму в цілому та в метаболізмі тиреоїдних гормонів зокрема. У разі дефіциту селену знижується активність глутатіонпероксидази, яка займає центральне місце в процесі йодування та зростає активність тиреопероксидази. Незважаючи на великий об'єм інформації про селен та селенопротеїни, наявної на сьогодні, точні молекулярні механізми ефектів, що здійснюються ними на фізіологічні і патологічні стани щитоподібної залози невідомі. Досить аргументованим слід визнати профілактичне призначення препаратів селену під час вагітності (у комбінованій терапії з йодом), особливо зважаючи на той факт, що приблизно у 10-15% вагітних визначається підвищена концентрація антитіл до тиреопероксидази і у 5% всіх вагітних жінок розвивається післяпологовий аутоімунний тиреоїдит.

Ключові слова: селен, вагітність, щитоподібна залоза.

Відомо, що дисбаланс мікроелементів у навколишньому середовищі має безпосередній вплив на функціонування практично всіх органів і систем організму людини, і при надмірному або недостатньому надходженні цих речовин починають діяти механізми адаптації. Мікроелементи беруть участь у синтезі і метаболізмі гормонів, утворенні ферментів, впливають на їх активність, на діяльність серцево-судинної, нервової, ендокринної та інших систем. В даний час спостерігається швидке збільшення обсягу наукових робіт про метаболізм сполук селену, селенопротеїни та їх функції, що визначається важливістю їх впливу на здоров'я людини.

Селен (Se), 34-й елемент періодичної системи Менделєєва був відкритий шведським хіміком Дж. Я. Берзеліусом. Виявлений ще у 1817 році, селен довгий час вивчався стосовно можливого передозування. Останні ж десятиліття увагу вчених привернув зворотній бік проблеми – виникнення та перебіг різноманітних захворювань за умов його нестачі в навколишньому середовищі та продуктах харчування. Життєва необхідність цього мікроелемента в харчуванні людини вперше встановлена в 1957 р.

Цей біологічно активний мікроелемент входить до складу більшості гормонів та ферментів (активний центр яких складається з 4-х атомів селену) і зв'язаний таким чином з усіма органами та системами [15]. В організм людини селен може потрапляти у вигляді органічних сполук селенометіоніну або неорганічної форми (селеніту та селенату) з продуктами харчування чи у вигляді добавки до харчового раціону.

Важливо відзначити, що Se визнаний Всесвітньою орга-

нізацією охорони здоров'я (ВООЗ) як мікроелемент, життєво необхідний для людини. Селен вважають елементом, який продовжує життя людини, оскільки він [3, 7, 22, 24]:

- має потужні антиоксидантні властивості;
- потенційно ефекти йоду в процесі органогенезу (особливо – головного мозку) в період антенатального розвитку;
- виступає інгібітором апоптозу, попереджуючи таким чином нейродегенеративне ураження мозку;
- має антиішемічні властивості;
- виступає гальмівним фактором при аутоімунних процесах (системні захворювання сполучної тканини, розсіяний склероз, аутоімунний тиреоїдит);
- має антиканцерогенний ефект;
- є антагоністом нейротоксичних металів та миш'яку.

Виявлена здатність селену знижувати частоту виникнення радіаційно-індукованих пухлин у віддаленому періоді. Відмічено вірогідне зниження індукції лейкемії, частоти випадків виникнення раку молочної і щитоподібної залози (ЩЗ) та ряду інших органів [12,13]. Препарати селену мають виражену радіозахисну дію по відношенню до плода, знижує мертвонароджуваність у 3,8 рази [14].

Все це - свідчення необхідності щоденного поступлення в організм певної дози селену. До цього часу вчені ще не виробили чітких підходів щодо добової потреби, яку визначають в кількості від 50 до 200 мкг на добу. Національна академія наук США рекомендує наступні щоденні дози вживання селену для вагітних жінок – 60 мкг на добу з максимально допустимим рівнем до 400 мкг на добу [16].

Практично немає органів і тканин, де б не знаходився селен. Загальна кількість селену в організмі коливається в діапазоні від 4,1 мг до 10,0 мг. ЩЗ людини у дорослих та дітей містить найвищі концентрації селену на одиницю ваги серед решти тканин організму [5].

Встановлено, що здатність до відтворення здорового потомства як у чоловіків, так і у жінок залежить від оптимального вживання селену. Високе захоплення селену сими жінками свідчить про його необхідність для нормальної репродуктивної функції [17]. Низький вміст селену в організмі вагітних жінок є причиною росту дитячої смертності та народження дітей з вадами розвитку. Слабкість пологових сил у роділлі також тісно пов'язана з нестачею селену [23]. Необхідно відмітити, що рівень селену у вагітних жінок знижується не тільки через недостатнє поступлення з їжею та водою, а внаслідок посилення обмінних процесів, необхідних