

Клінічна ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту на тлі залізодефіцитної анемії

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Резюме. Перебіг запальних захворювань пародонту суттєво ускладнюється залізодефіцитною анемією, а стоматологічне лікування стає практично безперспективним. Метою дослідження було оцінити найближчі результати лікування хронічного катарального гінгівіту на тлі залізодефіцитної анемії. У клінічному дослідженні взяли участь 94 пацієнти віком 22–45 років. Ефективність пародонтологічного лікування визначали за результатами візуально-інструментальної оцінки стану ясен, індексної оцінки стану тканин пародонту, рентгенологічної оцінки стану альвеолярної кістки. Стійка ремісія у хворих із залізодефіцитною анемією можлива тільки після комплексного гематологічного лікування препаратами заліза та підтримуючої пародонтальної терапії.

Ключові слова: пародонт, гігієна, зубний наліт, кровоточивість, катаральний гінгівіт, залізодефіцитна анемія, лікування.

Вступ

Запальні захворювання пародонту мають високу поширеність і досягають у пацієнтів старше 30 років 85–90 % від усіх стоматологічних захворювань (Corrañi P. et al., 2013). Це найчастіша причина втрати зубів унаслідок деструктивного процесу з розвитком стійких порушень функції зубощелепної системи (Yoshimura K. et al., 2012; Орехова Л.Ю. и соавт., 2016) і появою в ротовій порожнині вогнищ хронічної інфекції (Lakschevitz F. et al., 2011). Патологія пародонту нерідко поєднується із захворюваннями інших систем організму. Значно ускладнюється лікування пацієнтів при поєднанні запальних захворювань пародонту із залізодефіцитною анемією.

Залізодефіцитна анемія – одне з найбільш поширених захворювань, а частота хворих із цією анемією серед усіх анемії складає 90–95 % (Miller J.L., 2013). Поширеність у жінок дітородного віку досягає 30–60 %. На відміну від інших видів анемії у хворих із залізодефіцитною анемією розвивається не тільки анемічний, а й сидеропенічний синдром. Залізо входить у склад не тільки гемоглобіну, а й ряду ферментних систем організму, які забезпечують тканинне дихання та імунні реакції (De Falco L. et al., 2014).

Чому перебіг запальних захворювань пародонту суттєво ускладнюється залізодефіцитною анемією, а стоматологічне лікування стає практично безперспективним? Патогенетичні механізми даного явища залишаються мало вивченими. Нейтрофільні лейкоцити мають у своїй зернистості компоненти антибактеріальних систем, які містять залізо й залежні від його вмісту в організмі. Це перш за все мієлопероксидаза та НАДФН-оксидаза системи (Malam Z. et al., 2011; Hurst J.K., 2012; Larsen M.T. et al., 2013). Неefективність стоматологічного лікування катарального гінгівіту у хворих із залізодефіцитною анемією часто обумовлена глибокою дисфункцією нейтрофільних лейкоцитів крові через пригнічення залізовмісних компонентів їх антибактеріальних систем – мієлопероксидази й НАДФН-оксидази, що вказує на актуальність дослідження стану антибактеріальних систем нейтрофілів з метою виявлення особливостей патогенезу і на цій основі уточнення тактики лікування запальних захворювань пародонту в пацієнтів із залізодефіцитною анемією.

Мета – оцінити найближчі результати лікування хронічного катарального гінгівіту на тлі залізодефіцитної анемії.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 94 пацієнти віком 22–45 років. Діагноз хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) установлювали на підставі огляду ротової порожнини, індексної

оцінки тканин пародонту (ОHI-S, РМА та СРITN) і даних ортопантомограм. У I групу ввійшли 34 пацієнти з ХКГ та нормальним рівнем гемоглобіну у крові, а у II – 32 осіб з ХКГ та залізодефіцитною анемією. Контрольну групу склали 28 здорових осіб без ознак захворювань пародонту.

Діагноз залізодефіцитної анемії (ЗДА) був підтверджений гематологічними аналізами та лабораторними показниками вмісту у сироватці крові заліза, феритина, трансферина. При зборі анамнезу враховували тривалість ремісії, шкідливі звички, професійні шкідливості та наявність супутніх захворювань.

Ефективність пародонтологічного лікування визначали за результатами візуально-інструментальної оцінки стану ясен, індексної оцінки тканин пародонту, рентгенологічної оцінки стану альвеолярної кістки.

Результати дослідження та їх обговорення

Для всіх пацієнтів була складена індивідуальна схема гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів з урахуванням ступеня важкості гінгівіту й особливостей клінічного перебігу захворювання. Здійснювали комплексне місцеве та загальне лікування сумісно з терапевтами та гематологами. Етіотропна терапія була спрямована на усунення мікробної біоплівки. Для цього визначали рівень гігієни порожнини рота за допомогою ополіскувача «Plaque agent» (Miradent). Зубні відкладення видаляли ручними інструментами, ультразвуковим скейлером та повітряно-абразивною системою «Air-Flow». Антисептичну обробку ясен здійснювали 0,2 % біглюконатом хлоргексидину. Шийки зубів покривали фторвмісним лаком «ClinPro White Varnish» (3M ESPE).

Проводили навчання пацієнтів правил індивідуальної гігієни порожнини рота, давали рекомендації про вибір засобів гігієни. На період лікування рекомендували використання м'якої зубної щітки з лікувально-профілактичними зубними пастами (Сигаргох із хлоргексидином, Віогерайз з лактоферином) та ополіскувачі, аплікацію гелей «Метрогіл-дента» та «Холісал».

Для усунення налітотрениційних пунктів проводили заміну старих реставрацій з відсутніми контактними пунктами, видаляли нависаючі краї пломб, знімали неякісні ортопедичні конструкції, зробили вибіркоче прищліфовування зубів.

Патогенетична терапія включала загальне й місцево протизапальне лікування. Місцево використовували нестероїдні протизапальні препарати (1 % емуль-гель вольтарена); стероїдні протизапальні (фторокорт, лоринден);

антибактеріальні та антисептичні засоби (гелі «Холісал», «Метрогіл-дента», плівки дилпен, 0,2 % розчин біглюконату хлоргексидину, мірамистин); ферментні препарати (трипсин, лідазу, хімотрипсин); кератопластики (денгальний солкосерил). Для системного лікування призначали НПЗП (бутадіон, вольтарен, мелоксикам), за необхідності антибіотики (амоксиклав, ципрофлоксацин, азитроміцин), антигістамінні препарати (klarитин, лоратидин, L-цет), полівітамінні комплекси.

У пацієнтів I групи через місяць після початку лікування візуально-інструментальна оцінка стану тканин пародонту вказувала на ознаки ремісії ХКГ у 27 із 34-х пацієнтів (79,4 %). Об'єктивно спостерігали зменшення або відсутність набряку та гіперемії ясен, симптом кровоточивості ясенної борозни негативний. Індекс РМА знизився до $5,47 \pm 1,2$ % (до лікування $40,6 \pm 2,2$). Значно покращився рівень гігієни порожнини рота, практично були відсутні зубні відкладення, гігієнічний індекс склав $1,2 \pm 0,05$ бала (до лікування – $2,17 \pm 0,03$).

Е II групі дослідження через місяць після початку лікування ремісія спостерігалась лише в семи із 32 пацієнтів цієї групи (21,8 %) навіть при задовільному рівні гігієни, ОНІ-S= $1,2 \pm 0,06$ бала (до лікування – $2,14 \pm 0,07$ бала). Пацієнти скаржилися на кровоточивість та біль у

яснах, був виражений набряк і гіперемія маргінального краю й міжзубних сосочків, індекс РМА склав $49 \pm 0,4$ % (до лікування $53,2 \pm 1,3$ %), що суттєво не відрізнялося від даних первинного огляду. Усі пацієнти II групи були проліковані сумісно з гематологами. Через два місяці було проведено повторний курс місцевої протизапальної терапії та за необхідності зняття зубних відкладень. При огляді через чотири місяці після початку лікування препаратами заліза у 26 пацієнтів із 32-х (81,3 %) спостерігали ремісію гінгівіту. Практично були відсутні кровоточивість при зондуванні, набряк і болочість міжзубних сосочків, крайової та альвеолярної ясен, що підтверджувалося зниженням індексу РМА до $11,32 \pm 0,2$ %.

Висновки

Програма підтримуючої терапії передбачає диспансерний нагляд у стоматолога чотири рази на рік. Лікування хронічного катарального гінгівіту з нормальним рівнем гемоглобіну за стандартною схемою показало високу ефективність за умови досягнення пацієнтами хорошого рівня гігієни порожнини рота. Стійка ремісія у хворих із залізодefіцитною анемією можлива тільки після комплексного гематологічного лікування препаратами заліза та підтримуючої пародонтальної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Beltran-Aguilar E.D., Eke P.I., Thornton-Evans G. et al. Recording and surveillance systems for periodontal diseases // *Periodontology* 2000. – 2012. – Vol. 60, № 1. – P. 40–53.
2. Berlutti F., Pilloni A., Pietropaoli M. et al. Lactoferrin and oral diseases: current status and perspective in periodontitis // *Ann. Stomatol. (Roma)*. – 2011. – Vol. 2, № 3–4. – P. 10–18.
3. Chakraborty S., Tewari S., Sharma R.K. et al. Impact of iron deficiency anemia on chronic periodontitis and superoxide dismutase activity: a cross-sectional study // *J. Periodontol. Implant Sci.* – 2014. – Vol. 44, № 2. – P. 57–64.
4. Coad J., Pedley K. Iron deficiency and iron deficiency anemia in women // *Scand. J. Clin. Lab. Invest. Suppl.* – 2014. – № 244. – P. 82–89.
5. De Falco L., Sanchez M., Silvestri L. et al. Iron refractory iron deficiency anemia // *Haematologica*. – 2013. – Vol. 98. – № 6. – P. 845–853.
6. Enhos S., Duran I., Erdem S. et al. Relationship between iron-deficiency anemia and periodontal status in female patients // *J. Periodontol.* – 2009. – Vol. 80. – № 11. – P. 1750–1755.
7. Laudenbach J.M., Simon Z. Common dental and periodontal diseases: evaluation and management // *Med. Clin. North Am.* – 2014. – Vol. 98. – № 6. – P. 1239–1260.
8. O'Farrill-Santoscoy F., O'Farrill-Cadena M., Fragoso-Morales L.E. Evaluation of treatment of iron deficiency anemia in pregnancy // *Ginecol. Obstet. Mex.* – 2013. – Vol. 81. – № 7. – P. 377–381.
9. Powers J.M. & Buchanan G.R. Diagnosis and management of iron deficiency anemia // *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* – 2014. – Vol. 28. – № 4. – P. 729–745.
10. Rohani B. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia // *J. Fornos. Med. Assoc.* – 2015. – Vol. 114. – № 1. – P. 97.

Клиническая эффективность лечения хронического катарального гингивита на фоне железодefіцитной анемии

А.С. Басиста, В.И. Рожко

Резюме. Течение воспалительных заболеваний пародонта существенно усложняется железодefіцитной анемией, а стоматологическое лечение становится практически бесперспективным. Целью исследования было оценить ближайшие результаты лечения хронического катарального гингивита на фоне железодefіцитной анемии. В клиническом исследовании приняли участие 94 пациента в возрасте 22–45 лет. Эффективность пародонтологического лечения определяли по результатам визуально-инструментальной оценки состояния десен, индексной оценки состояния тканей пародонта, рентгенологической оценки состояния альвеолярной кости. Стойкая ремиссия у больных с железодefіцитной анемией возможна только после комплексного гематологического лечения препаратами железа и поддерживающей пародонтальной терапии.

Ключевые слова: пародонт, гигиена, зубной налет, кровоточивость, катаральный гингивит, железодefіцитная анемия, лечение.

The evaluation of treatment of chronic catarrhal gingivitis on a background of iron deficiency anemia

A. Basista, V. Rozhko

Abstract. The course of inflammatory periodontal diseases is substantially complicated by iron deficiency anemia, and dental treatment becomes practically unpromising. The aim of the study was to evaluate treatment of chronic catarrhal gingivitis on the background of iron deficiency anemia. The study involved 94 patients 22–45-years old. For evaluation of periodontal status we determined the OHI-S, PMA, CPITN indexes. The effectiveness of periodontal treatment was determined by the results of visual and instrumental gums assessment, periodontal indexes and radiological assessment of alveolar bone. Stable remission in patients with iron deficiency anemia is only possible after complex hematologic treatment with iron and supportive periodontal therapy.

Key words: periodontium, hygiene, tooth debris, bleeding, catarrhal gingivitis, iron deficiency anemia, treatment.

Басиста Анастасія Степанівна – асистент кафедри терапевтичної стоматології

Вишого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет».

Домашня адреса: 58001, м. Чернівці, вул. Гулака-Артемовського, 25, кв. 6-а. **Телефон:** 095-367-35-75. **E-mail:** basista.a@bsmu.edu.ua.

Рожко Віталій Іванович – асистент кафедри терапевтичної стоматології

Вишого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет».

Домашня адреса: 78344, с. Стя Снятинського р-ну, вул. Шевченка, 59. **Телефон:** 050-177-74-27. **E-mail:** rozhko_vitalij@bsmu.edu.ua.