

## ОСТЕОТРОПНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

ОСТЕОТРОПНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ – У статті наведено сучасні дані остеотропної терапії в осіб, хворих на генералізований пародонтит. Традиційне лікування генералізованого пародонтиту зводиться до ліквідації запалення у ньому шляхом усунення місцевоподразнювальних факторів та використання у складі місцевої та загальної терапії антимікробних, протизапальних, десенсибілізуювальних, імуномодельювальних, вітальних засобів; та рідше воно доповнюється засобами, що специфічно стимулюють обмінні процеси у навколорубних тканинах.

ОСТЕОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА – В статье представлены современные данные остеотропной терапии в пациентов, больных генерализованным пародонтитом. Традиционное лечение генерализованного пародонтита сводится к ликвидации воспаления в пародонте путем устранения местных факторов и использования в составе местной и общей терапии антимикробных, противовоспалительных, десенсибилизирующих, иммуномоделирующих, витальных средств; и реже оно дополняется средствами, что специфически стимулируют обменные процессы в околозубных тканях.

OSTEOTROPIC THERAPY IN THE TREATMENT OF GENERALIZED PARODONTITIS – The article adduces modern data of osteotropic therapy in patients suffering from generalized parodontitis. Traditional treatment of generalized parodontitis is to eliminate parodontal inflammation by removing factors and use in local and general therapy antimicrobial, anti-inflammatory, desensitizing, greening means, and at least it is complemented by means that specifically stimulate the metabolic processes in the tooth tissues.

**Ключові слова:** остеотропна терапія, генералізований пародонтит, кісткова тканина.

**Ключевые слова:** остеотропная терапия, генерализованный пародонтит, костная ткань.

**Key words:** osteotropic therapy, generalized parodontitis, bone tissue.

За даними останніх епідеміологічних досліджень, в Україні серед населення у віці 35–44 роки комплексного лікування генералізованого пародонтиту потребують (34,3±1,6) % осіб [2, 3]. Тому проблема ефективного етіопатогенетичного лікування захворювань пародонта залишається актуальною.

Традиційне лікування генералізованого пародонтиту зводиться до ліквідації запалення у пародонті шляхом усунення місцевоподразнювальних факторів та використання у складі місцевої та загальної терапії антимікробних, протизапальних, десенсибілізуювальних, імуномодельювальних, вітальних засобів; та рідше воно доповнюється засобами, що специфічно стимулюють обмінні процеси у навколорубних тканинах [1, 4].

Разом з тим, відомо, що прогностичними ознаками захворювання пародонта є дистрофічно-деструктивні зміни у кісткових тканинах, а саме, остеопороз альвеолярної кістки та, як наслідок, атрофія міжзубних перетинків [2, 3, 6, 8]. Таким чином, вищеописане лікування є симптоматичним.

Особливості морфології та фізіології кісткової тканини, що відрізняються від інших тканин пародонтального комплексу, зумовлюють безперечно необхідність застосування патогенетичної остеотропної терапії [8, 11].

На метаболізм кісткової тканини впливає багато біологічно активних з'єднань. Так, паратгормон (гормон парашитоподібних залоз) та кальцитонін (гормон щитоподібної залози) відповідають за підтримку хімічної рівноваги між мінеральними компонентами кістки та іонами кальцію і фосфату в сироватці крові. При зменшенні концентрації іонів кальцію у сироватці крові збільшується секреція паратгормону, і це, у свою чергу, призводить до збільшення кількості остеобластів і підвищення їх метаболічної активності. При підвищенні у сироватці крові вмісту іонів кальцію щитоподібна залоза починає посилено секретувати кальцитонін. Він збільшує мінералізацію кісткової тканини та зменшує кількість остеобластів у зоні дії – порушена рівновага відновлюється [10, 11].

Все частіше звертають увагу на взаємозв'язок пародонтиту із системним остеопорозом. Останній проявляється зменшенням кісткової тканини та порушеннями структури кісткової тканини всього скелета. Обидва захворювання частіше (більше 50 % випадків) починаються на 30–50 роках життя людини. Ймовірно, дистрофічно-деструктивні зміни у кістковому компоненті пародонта, прогресуючи з віком, пов'язані з системною втратою мінеральної щільності кісткової тканини та є наслідком впливу загальних для обох патологій етіопатогенетичних факторів. Більше того, якщо дивитись на зубощелепну систему, як на частину всього опорного скелета, то чинники, що викликають розвиток системного остеопорозу, без сумніву, відображаються на стані тканин пародонта [1, 3, 5, 11].

Між пародонтальним статусом і станом кісткової системи скелета при деяких захворюваннях дозволяло поповнити схеми загального лікування генералізованого пародонтиту засобами, що пригнічують резорбцію кісткової тканини (препарати кальцію, вітаміну D, кальцитоніни, біфосфонати, засоби гормональної замісної терапії) та препаратами, які стимулюють кісткоутворення (флюориди, анаболітичні стероїди).

На сьогодні цікаві результати отримано при вивченні ефективності застосування препарату “Бівалос” виробництва компанії “Servier” (Франція). Бівалос (стронцію ранелат) має унікальну здатність регенерувати кісткові тканини. Результати досліджень свідчать, що стронцію ранелат діє і на остеобласти, збільшуючи реплікацію їх попередників, і сприяє утворенню кістки *in vitro*. З іншого боку, препарат знижує рівень резорбтивних процесів у кістковій тканині. Згідно з даними клінічного застосування препарату, відбувається регенерація трабекулярної та кортикальної кістки, а вже через 1 рік лікування бівалосом, об'єм кістки достовірно збільшується на 30 % (висновки на підставі тримірних мікрокомп'ютерних томограм біопатів кісткової тканини пацієнтів) [2, 7, 20, 21].

Враховуючи центральну роль кальцитріолу при формуванні кісткової тканини та зниженні активності  $1\alpha$ -гідрокси колекальциферолу, в пацієнтів з генералізованим пародонтитом на тлі ендокринної патології, при проявах остеопорозу успішно застосовують активні форми вітаміну D (про-D-гормону), який не потребує метаболічної ак-

тивації у нирках. Активною формою вітаміну D є препарат "Альора D<sub>3</sub>-Тева", якому крім остеотропного, притаманний також протизапальний ефект. Так, у дослідженнях було показано зниження концентрації фактора некрозу пухлин (ФНП- $\alpha$ ) та інших прозапальних медіаторів, які проявляються у зниженні вираженості запального процесу та больового синдрому [2, 10, 13, 14].

При лікуванні захворювань зубоутримувальних тканин особливе місце займає реконструктивна хірургія пародонта із застосуванням різноманітних кісткових тканинних трансплантатів з метою зміцнення дії репаративних процесів [6, 17, 19]. Російські стоматологи запропонували застосування нового оптимізатора репаративної регенерації "Остеосит". Проведені дослідження довели, що застосування цього оптимізатора на хірургічному етапі комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту II–III ступенів тяжкості дозволяє скоротити терміни лікування, кількість рецидивів та досягнути більш тривалої ремісії [1].

За даними дослідників [14, 21, 24], при операційному втручанні на пародонті успішно використовують трансплантат алофібробласта, висіяний на тверду мозкову оболонку (фібробласти спеціалізуються на синтезі глікозамінгліканів та колагену, які відіграють суттєву роль у процесах мінералізації кістки). За рахунок своєї еластичності трансплантат легко вкладається у ділянку на кількох зубних проміжках, заповнюючи кістковий дефект альвеолярного паростка у повному обсязі. На 7 день після втручання операційна рана епітелізувалася, а впродовж 3 місяців спостерігалася укріплення зуба в альвеолярній лунці.

В останні роки особливу увагу стоматологів привертає застосування резорбуючих мембран у комплексному лікуванні захворювань пародонта, що сприяють оптимальним умовам регенерації кісткової тканини. Така дія зумовлена трьома факторами: попередження впливу м'яких тканин на кісткову рану, утворення простору для росту кісткової тканини та наявність у їх складі компонентів, що стимулюють остеогенез [1, 6]. На даний момент для стимуляції оновлення кісткової тканини та одночасного місцевого зміцнення кісткових дефектів після хірургічних втручань рекомендовано використання ліофілізованих, формалізованих, демінералізованих, депротейінованих препаратів кістки та хряща, брэфоматеріалів, ауто трансплантатів, біопластмас, тканинних трансплантатів. Різноманітність пластичних матеріалів для реставрації альвеолярного паростка при генералізованому пародонті більшою мірою свідчить про їх недоліки, ніж про позитивні якості. Так, низька біологічна сумісність, антигенна активність, а також висока вартість та трудомісткий процес отримання та зберігання, обмежують широке застосування згаданих матеріалів у клінічній практиці [1, 6, 14].

Таким чином, разом із остеотропною терапією, яка, безумовно, показана та ефективна у певних випадках, місцева, у зв'язку із порушеннями метаболізму кісткової тканини альвеоли, рекомендується усім хворим на генералізований пародонтит. Однак необхідний диференційований підхід, залежно від ступеня тяжкості уражень тканин пародонта: при легкому та середньому ступенях достатньо консервативного лікування; тяжкий перебіг захворювання потребує додаткового хірургічного втручання з використанням остеопластичних матеріалів для заповнення кісткових дефектів.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика заболеваний пародонта / Н. Н. Аболмасов // Стоматология. – 2009. – № 4. – С. 34–39.
2. Бандрівська Н. Н. Особливості клінічного перебігу, лікування та профілактика захворювань пародонта у працівників цементного виробництва : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" // Н. Н. Бандрівська. – Львів, 2010. – 16 с.
3. Бандрівський Ю. Л. Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування захворювань пародонта у працівників кондитерського виробництва : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" // Ю. Л. Бандрівський. – Львів, 2012. – 17 с.
4. Борисенко А. В. Терапевтична стоматологія / А. В. Борисенко. – К. : Медицина, 2008. – 490 с.
5. Бруско А. Т. Функциональная перестройка костей и ее клиническое значение / А. Т. Бруско, Г. В. Гмийко. – Луганск, 2011. – 212 с.
6. Дерейко Л. В. Особливості діагностики, клініки та лікування агресивних форм пародонтитів / Л. В. Дерейко // Новини стоматології. – 2009. – № 1. – С. 6–13.
7. Клименко Ю. В. Новые подходы к лечению остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде в практике эндокринолога / Ю. В. Клименко // Здоров'я України. – 2010. – № 5. – С. 46–47.
8. Мазур И. П. Костная система и заболевания пародонта / И. П. Мазур, В. В. Поворознюк // Современная стоматология. – 2010. – № 2. – С. 32–36.
9. Мазур І. П. Порівняльна характеристика структурно-функціонального стану тканин пародонта та кісткової тканини скелета у населення різних регіонів України / І. П. Мазур // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 8, № 16. – С. 44–46.
10. Мищенко Н. С. Остеопороз и эндокринная патология: к вопросу о выборе препарата / Н. С. Мищенко // Здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 51.
11. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение / под. ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка. – Х. : Золотые станицы, 2009. – 648 с.
12. Косенко К. Н. Профилактическая гигиена полости рта / К. Н. Косенко Т. П. Терешина. – Одеса : КПОГТ, 2003 – 288 с.
13. Кундієв Ю. І. Професійна захворюваність в Україні у динаміці довгострокового спостереження / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна // Укр. журнл з проблем медицини праці. – 2008. – № 1. – С. 3–11.
14. Заболотний Т. Д. Лікування та профілактика захворювань пародонта : метод. вказівки / Т. Д. Заболотний, Л. В. Дерейко, О. О. Жизномирська. – Л., 2011. – 44 с.
15. Машенко И. С. Заболевания пародонта / И. С. Машенко. – Днепропетровск : Коло, 2009. – 272 с.
16. Мельничук Г. М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навч. посібн. / Г. М. Мельничук, М. М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2012. – 248 с.
17. Павленко О. В. Лікувально-реабілітаційні заходи у хворих на генералізований пародонтит / О. В. Павленко, І. П. Мазур // Новини стоматології. – 2008. – № 2 (35). – С. 4–8.
18. Пародонтальні пов'язки / [С. С. Різник, Б. С. Гриник, В. С. Гріновець]. – Львів : Ліга-Прес, 2011. – 40 с.
19. Заболотний Т. Д. Фізичні методи діагностики і лікування в стоматології : метод. розр. лекції / Т. Д. Заболотний, О. І. Бумбар, А. В. Кавка. – Львів, 2004. – 40 с.
20. Шипка Г. О. Оцінка стану техногеннозміненого середовища та його вплив на показники здоров'я населення / Г. О. Шипка // Актуальні проблеми профілактичної медицини : зб. наук. праці. – Львів : Афіша, 2009. – Вип. 5. – С. 104–106.
21. Yeffcoat M. C. Osteoporosis: a possible modifying factor in oral bone loss [Review] / M. C. Yeffcoat // Annals of Periodontology. – 2008. – Vol.1. – P. 312–321.
22. White S. C. Clinical and panoramic predictors of femur bone mineral density / S. C. White, A. Tagychi, D. Kab // Osteoporos. Int. – 2005. – Vol.16. – № 3. – P. 339–346.
23. Bras Y. Mandibular atrophy and metabolic bone loss / Y. Brass // Int. J. Oral Surg. – 2005. – Vol. 14. – P. 16–21.

Отримано 18.03.13