

УДК 616-071+616.314.18-002.7+616.441

Л.Ю. МІНЬКО<sup>1</sup>, З.Б. ПОПОВИЧ<sup>2</sup>, О.М. ІЛЬНИЦЬКА<sup>2</sup><sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна<sup>2</sup>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ, Україна/

## Клінічний перебіг захворювань тканин пародонта на фоні ендокринної патології

### Резюме

Стоматологічна захворюваність населення України має неухильну тенденцію до зростання, велику частку у структурі патології посідають захворювання пародонта. Часто вони поєднуються з ендокринною патологією, в тому числі з первинним гіперпаратиреозом. Автори статті зупинилися на особливостях перебігу захворювань пародонта у хворих з ендокринною патологією, а також запропонували гель для місцевого лікування хворих з гіперпаратиреозом та гіпофункцією паращитоподібних залоз, який має антимікробні, протизапальні, капіляростабілізуювальні, антиоксидантні, інтерфероніндукувальні властивості, що дає можливість значно покращити стан тканин пародонта.

**Ключові слова:** захворювання пародонта, первинний гіперпаратиреоз, місцеве та загальне лікування, гель для місцевого лікування

Впродовж останніх років спостерігається тенденція до зростання кількості стоматологічних захворювань у населення України, що становить значну медико-соціальну проблему для суспільства. Особливостями стоматологічної захворюваності населення на сучасному етапі є висока поширеність та інтенсивність уражень зубощелепної системи, одночасний розвиток кількох видів патології, що створює реальну загрозу стану загальносоматичного здоров'я, та, при наявності соматичної патології, значно ускладнює її перебіг. Серед стоматологічних захворювань у дорослого населення захворювання пародонта домінують за поширеністю, інтенсивністю та руйнівними наслідками для жувального апарату людини. Тому значна частина історії розвитку стоматології – пошук ефективних засобів боротьби з цими захворюваннями (Williams R.C., 2011; Маланьин І.В., Бадреддин Д.М., 2010; Данилевський М.Ф. і співавт., 2008; Рожко М.М. і співавт., 2013).

Водночас індивідуальне стоматологічне здоров'я людини формується під впливом низки системно-соматичних факторів (Alkarimi H.A. et al., 2014; Хоменко Л.О. і співавт., 2015; Mawardi H.H. et al., 2015).

На жаль, на сьогодні практично немає осіб, у яких відсутня соматична патологія. Невпинно зростає захворюваність населення, у структурі якої вагоме місце посідає ендокринна патологія (Моїсеєнко Р.О. і співавт., 2013; Дудіна О.О. і співавт., 2014; Hayashida N. et al., 2015). Багато дослідників зазначають, що гіперпаратиреоз впливає на формування та мінералізацію твердих тканин зубів, обмінні процеси у тканинах пародонта, морфофункціональний стан слинних залоз (Zahid T.M. et al., 2011; Воляк Л.М., 2013; Колесник К.А., 2014; Iakovou I. et al., 2014; Bassett J.H. et al., 2015).

Один із пріоритетних напрямків ВООЗ при розробці нових цілей і завдань до 2020 року – виявлення та усунення чинників ризику формування стоматологічних захворювань, враховуючи характер перебігу та асоційовані ризики, пов'язані з загальним станом

здоров'я. З огляду на це значну увагу необхідно приділяти вивченню кореляційних залежностей між стоматологічною та соматичною патологією, визначенню їх причинно-наслідкових зв'язків, удосконаленню методів діагностики, профілактики і лікування захворювань зубів та тканин пародонта.

Дослідження, спрямовані на вивчення морфофункціонального стану тканин пародонта на фоні ендокринної патології, є актуальними, перспективними та ефективними в плані поліпшення лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги.

**Мета дослідження** – вивчення поширеності, інтенсивності та особливостей клінічного перебігу захворювань пародонта у осіб з первинним гіперпаратиреозом.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми проводили обстеження пацієнтів, які перебували на лікуванні в клініці кафедри хірургії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та на базі 2 та 3 хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні впродовж 2000–2010 років. До групи дослідження увійшли 53 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні, та 18 пацієнтів, які знаходилися на диспансерному обліку, загалом 71 особа. Групу порівняння склали 80 хворих з генералізованим пародонтитом без супутньої соматичної патології. Умовами відбору пацієнтів для дослідження були: відсутність втручань на пародонті в анамнезі або вони були за 2–3 роки до обстеження; у обстежених повинно бути більше 15 збережених зубів та відсутня патологія прикусу.

Стоматологічне обстеження проводили за загальноприйнятими клінічними методами згідно з рекомендаціями ВООЗ. З метою вивчення стану кісткової тканини альвеолярних відростків нижньої та верхньої щелеп пацієнтам проводили рентгенологічне обстеження. При встановленні діагнозу користувалися класифікацією М.Ф. Данилевського. Реєстрацію показників, що характеризують

ли стан тканин пародонта, проводили перед лікуванням, після курсу лікування (через місяць), через 6 та 12–18 місяців потім.

## Результати та їх обговорення

Лікування хворих на генералізований пародонтит, які увійшли до основної групи та групи порівняння, проводили комплексно, з урахуванням принципу максимально індивідуального підходу до кожного пацієнта. За показаннями проводили закритий та відкритий кюретаж, а за необхідності – клаптеву операцію. При виявленні травматичної оклюзії, оклюзійну травму усували за допомогою вибіркового пришліфовування зубів. Патологічну рухомість зубів усували шляхом тимчасового шинування зубів з використанням армованих композиційних матеріалів.

Для корекції дистрофічно-запального та деструктивного процесів у тканинах пародонта призначали місцево та загальне лікування.

Для місцевої терапії хворих з генералізованим пародонтитом застосовували лікувально-профілактичний гель на основі ліофілізованого екстракту коренів живокосту, лікарського фітину, кислоти аскорбінової, рутину, мірамістину, олії м'яти перцевої. У стадії загострення патологічного процесу застосовували відкритий спосіб лікування без накладання ясенної пов'язки, що давало можливість багаторазово впливати на вогнище запалення. Методика лікування була наступною: після проведення професійної гігієни ротової порожнини та антисептичної обробки 0,2 % розчином хлоргексидину в пародонтальні кишені вносили запропонований гель, який зберігався у патологічному вогнищі до повного розсмоктування. У домашніх умовах рекомендували аплікації гелю для самостійного нанесення 2–3 рази на добу протягом 15–20 хвилин. Лікування продовжували до зникнення симптомів гострого запалення тканин пародонта. При хронічному перебігу запального процесу лікування проводили закритим способом (тверднуча пов'язка), пролонгуючи дію лікарських засобів.

Загальне лікування проводили одночасно із місцевим. Пацієнтам основної групи через місяць після хірургічного лікування первинного гіперпаратиреозу призначали препарати, що нормалізують показники кальцієво-фосфорного обміну. Для лікування остеопорозу призначали комплексні препарати, направлені на збільшення кісткової маси та сповільнення резорбції кістки, а саме кальцій-D<sub>3</sub> нікомед форте («Nuscomed», США) або кальцемін («Health Life», США) по 1 табл. 2 рази на добу впродовж 1–2 місяців. З метою остеотропної селективної дії на кісткову тканину використовували бісфосфонат на основі алендронові кислоти, зокрема остемакс («Polpharma», Польща) або осталон («Gedeon Richter», Німеччина) по 1 табл. (70 мг) раз на тиждень впродовж місяця.

Також хворим з первинним гіперпаратиреозом рекомендували уникати прямого сонячного світла, перегрівання організму, обмежувати фізичні навантаження. Після проведеного оперативного лікування важливим є включення до раціону продуктів харчування, що містять достатню кількість кальцію та вітаміну D. До дієти було рекомендовано включати молочні продукти (молоко, йогурт, сир), морепродукти (риба, креветки), горіхи, цитрусові.

Хворим групи порівняння, які не мали соматичної патології, місцево призначали загальноживані препарати, зокрема антисептики (0,05 % хлоргексидину біглюконат, метронідазол), фітопрепарати (на основі екстрактів нагідок, чистотілу, ромашки, евкаліпту, шавлії) у вигляді розчинів, гелів, настоїв шляхом аплікацій, полоскань, інстиляцій, у складі пов'язок.

Для поліпшення мінерального обміну і трофіки тканин пародонта пацієнтам обох груп призначали місцево електрофорез 2,5 % розчину гліцерофосфату кальцію – 5 сеансів, а для стимулювання остеогенезу – 2 % розчин фтористого натрію – 6 сеансів.

Ефективність комплексної терапії генералізованого пародонтиту оцінювали за даними клінічних, параклінічних та додаткових методів дослідження, які порівнювали з результатами перед та через 1, 6 та 12 місяців після лікування.

Важливим завданням дослідження була розробка складу лікарської форми, яка, завдяки співвідношенню інгредієнтів, забезпечувала б комплексну антимікробну, протизапальну, капілярозміцнювальну, антиоксидантну, знеболювальну, інтерфероніндукувальну активність, стимулювала регенерацію кісткової тканини, запобігала розвитку дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта у хворих як при гіперфункції парашитоподібних залоз, так і при їх гіпофункції.

Для вирішення поставленого завдання до складу лікувально-профілактичного гелю для місцевої терапії генералізованого пародонтиту у хворих на первинний гіперпаратиреоз було включено ліофілізований фітоекстракт коренів живокосту лікарського, фітин, кислоту аскорбінову, рутин, мірамістин, олію м'яти перцевої, пропіленгліколь, метилцелюлозу і воду очищену.

У складі лікарських засобів використовували лише дозволені до застосування МОЗ України діючі субстанції, які відповідають вимогам, визначеним нормативно-технічними документами, згідно пп. 1.6–1.10 Наказу МОЗ України № 626 від 15.12.2004 р. Усі інгредієнти в лікувальних композиціях були сумісними між собою і їх поєднання у терапевтичних дозах не викликало жодних побічних ефектів. Належну желеподібну консистенцію, однорідність та стабільність при зберіганні лікарському засобу забезпечують оптимальні кількості метилцелюлози, пропіленгліколю і води очищеної.

Загальний стан тканин пародонта безпосередньо після лікування характеризували за допомогою критеріїв – нормалізація, покращення, без змін. Під нормалізацією розуміли відсутність гіперемії, набряку та кровоточивості ясен, щільне прилягання маргінальної частини ясен до пришийкової ділянки зуба. Стан покращення характеризувався зменшенням проявів запального процесу в тканинах пародонта. Відсутність ефекту терапії відповідала критерію без змін.

## Висновки

Регулярне застосування лікувально-профілактичних процедур в обох розглянутих випадках забезпечило позитивний результат та ефективність місцевої терапії, детальні результати будуть описані у наступній публікації.

## Список використаної літератури

1. Годованець О. І. Стоматологічний статус дітей із супутньою патологією щитоподібної залози / О. І. Годованець // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – № 3. – С. 199–202.
2. Крецу Т. М. Частота і структура захворювань щитоподібної залози в дітей Чернівецької області / Т. М. Крецу, О. І. Годованець // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – № 3 (41). – С. 105–108.
3. Годованець О. І. Клинические аспекты стоматологических заболеваний у детей с патологией щитовидной железы / О. И. Годованець // Experimental & clinical medicine (Tbilisi). – 2013. – № 1. – С. 54–57.
4. Кузьяк Н. Б. Стоматологична захворюваність у дітей з ендокринною патологією / Н. Б. Кузьяк, О. І. Годованець, В. А. Гончаренко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2013. – № 2 (44). – С. 100–102.

## Резюме

### Клиническое течение заболеваний тканей пародонта на фоне эндокринной патологии

Л.Ю. Минько<sup>1</sup>, З.Б. Попович<sup>2</sup>, А.М. Ильницкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

<sup>2</sup>ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», Ивано-Франковск, Украина

Стоматологическая заболеваемость населения Украины имеет неуклонную тенденцию к росту, большую часть в структуре патологии занимают заболевания пародонта. Часто они сочетаются с эндокринной патологией, в частности с первичным гиперпаратиреозом. Авторы статьи остановились на особенностях течения заболеваний пародонта у больных с эндокринной патологией, а также предложили гель для местного лечения больных с гиперпаратиреозом и гипофункцией паращитовидных желез, обладающий антимикробными, противовоспалительными, капилляростабилизирующими, антиоксидантными, интерферониндуцирующими свойствами, что дает возможность значительно улучшить состояние тканей пародонта.

**Ключевые слова:** заболевания пародонта, первичный гиперпаратиреоз, местное и общее лечение, гель для местного лечения

## Summary

### Clinical course of periodontal tissue diseases on the background of endocrine pathology

L.Ju. Minko<sup>1</sup>, Z.B. Popovych<sup>2</sup>, O.M. Ilnitska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

<sup>2</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

The dental morbidity of the population of Ukraine has a steady tendency towards growth, and periodontal disease is a predominant part in the structure of the pathology. Often, they are combined with endocrine pathology, in particular with primary hyperparathyroidism. The authors of the article dwell on the peculiarities of the course of periodontal diseases in patients with endocrine pathology, as well as offered a gel for local treatment of patients with hyperparathyroidism and hypofunction of parathyroid glands, which possesses antimicrobial, anti-inflammatory, capillary-strengthening, antioxidant, interferon-inducing properties, which makes it possible to significantly improve the condition of periodontal tissues.

**Key words:** periodontal disease, primary hyperparathyroidism, local and general treatment, gel for local treatment