

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Борисенко А.В.,
Чегринюк Л.Т.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ТА ПСОРІАЗ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕРБІСОЛУ ТА КВЕРЦЕТИНУ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Резюме: У статті представлені результати лікування хворих на генералізований пародонтит і псоріаз із застосуванням ербісолу та кверцетину. Показана терапевтична ефективність ербісолу та кверцетину у даній категорії пацієнтів.

Ключові слова: генералізований пародонтит, псоріаз ербісол, кверцетин.

Вступ

Захворювання пародонт у хворих на псоріаз характеризуються активним дистрофічно-запальним процесом в пародонті. Неприятливий перебіг генералізованого пародонтиту обумовлено імунологічними порушеннями в цілому і появою імунопатологічної реакції до суперантигенів золотистого стафілокока і стрептокока зокрема [1,2,11].

Беручи до уваги вищевикладене, важливе місце в лікуванні хворих генералізованим пародонтитом на тлі псоріазу належить застосуванню медикаментозних засобів, що мають патогенетичну (імунокорегуючу) дію і спрямованих на усунення запальних і дистрофічних змін у пародонті [6,7,12]. Для індивідуального вибору того чи іншого методу впливу враховувалися наступні критерії: клінічні прояви запалення і деструкції в тканинах пародонту, органо-тканинна активність процесу в цілому, ступінь неспецифічних імунологічних порушень і вираженість реакції на суперантигени бактеріального походження [10,13].

З урахуванням зазначених особливостей генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз та рекомендацій дерматологів, як патогенетичне засіб у комплексному лікуванні цих хворих були використані препарати, які коректували б зміни імунної системи, мали мінімальну кількість побічних реакцій і не чинили дії, антагоністичної дії препаратів, що застосовуються для лікування псоріазу. Такими препаратами були обрані ербісол і кверцетин [4,5,7,8].

Матеріали і методи дослідження. Клінічне дослідження було проведено в групі з 84 хворих генералізованим пародонтитом I–II ступеня на тлі псоріазу, молодого (22–35 років) віку. Вони були розділені на 2 групи: 1-а (основна) група – 42 хворих генералізованим пародонтитом і псоріазом, у яких лікування генералізованого пародонтиту проводили розробленим комплексним методом із застосуванням кверцетину і ербісолу; і 2-а (контрольна) група – 42 хворих, яким проводили загальноприйняте комплексне лікування.

Загальне лікування проводилося з урахуванням призначень дерматолога і включало гіпосенсибілізуючі, седативні препарати, полівітаміни, гепатопротектори, біогенні стимулятори.

В залежності від загального стану і рекомендацій дерматологів, препарати ербісол і кверцетин вводили за такою схемою: ербісол по 2 мл, внутрішньом'язово, 2 рази на добу протягом 10 днів у поєднанні з гранулами кверцетину по 2 г за 30 хвилин до їжі, тричі на добу, протягом 10 днів.

Форми місцевого застосування ербісолу в комплексній терапії генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз були різні: аплікації на ясна, інстиляції в пародонтальні кишені, введення в тканини пародонту за допомогою електрофорезу. Для місцевого застосування 2 г гранул кверцетину розчиняли в 10 мл гарячої води і перемішували до отримання гелю. Щодня проводили одну аплікацію гелем.

Для оцінки ефективності лікування всім хворим проводили комплексне обстеження стану

тканин пародонта з використанням загальноприйнятих клінічних та лабораторних (цитологічне дослідження вмісту пародонтальних кишень, реакція адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію слизової порожнини рота – РАМ) методів дослідження

Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індексу ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964). Стан тканин пародонту – за допомогою відповідних індексів: СРІ (ВООЗ, 1995), РМА (Pattar, 1960), РВІ (М Неманн, 1977). Оцінку функціонального стану судин пародонта проводили за методом В.І. Кулаженко (1960).

Результати дослідження. В цілому, для зменшення клінічних проявів запального процесу в тканинах пародонту в основній групі при хронічному перебігу генералізованого пародонтиту знадобилося в середньому 5, а при загостреному – 7 сеансів лікування. Це достовірно менше ($p < 0,05$), ніж у контрольній групі.

Поліпшувалися показники гігієни порожнини рота: індекс гігієни з $2,91 \pm 0,13$ і $2,74 \pm 0,16$ у хворих з загостреним і хронічним перебігом відповідно, знижувався при хронічному до $0,4 \pm 0,1$ ($p1 < 0,001$), і при загостреному до $0,5 \pm 0,1$ ($p1 < 0,001$). У контрольній групі індекс гігієни склав відповідно перебігу генералізованого пародонтиту – $0,7 \pm 0,1$ і $0,8 \pm 0,1$ ($p2 > 0,05$). Зазначалося

поліпшення й інших показників стану пародонта (Табл. 1, 2).

В результаті проведеного комплексного лікування відзначено поліпшення ряду показників стану тканин пародонта. В цілому, в основній групі, де був застосований в медикаментозному лікуванні ербісол і кверцетин, отримані достовірно більш високі клінічні результати, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$).

Після застосування комплексного лікування у хворих в пародонтальних кишнях значно знижується кількість мікроорганізмів і переважає змішана мікрофлора. Відзначається поліпшення цитологічного складу вмісту пародонтальних кишень (Табл. 3, 4). В обстежених після лікування відзначено статистично достовірне збільшення кількості незмінених нейтрофільних гранулоцитів, зменшення вмісту їх зруйнованих форм, збільшення кількості фагоцитів.

В результаті лікування у всіх спостережуваних групах нормалізувалася кількість лімфоцитів. Порівняльний аналіз цитологічного складу вмісту пародонтальних кишень свідчить про сприятливий вплив на хід лікування застосованих препаратів.

Застосування ербісолу та кверцетину позитивно вплинуло на динаміку РАМ, що також підтверджує підвищення резистентності тканин пародонта і

Таблиця 1

Динаміка клініко-лабораторних показників у хворих генералізованим пародонтитом І-ІІ ступеня загостреного перебігу на тлі псоріазу під впливом різних варіантів комплексної терапії

Клініко-лабораторні показники	До лікування	Після лікування	
		Основна група	Контрольна група
Проба Шиллера-Писарєва (у балах)	$7,44 \pm 0,62$	$2,05 \pm 0,43^*$ $p_2 > 0,05$	$2,07 \pm 0,48^*$
РВІ (у балах)	$3,80 \pm 0,12$	$0,4 \pm 0,1^*$ $p_2 < 0,05$	$0,9 \pm 0,2^*$
Гігієнічний індекс (ОНІ-S) (у балах)	$2,91 \pm 0,13$	$0,5 \pm 0,1^*$ $p_2 > 0,05$	$0,8 \pm 0,1^*$
РМА (%)	$78,10 \pm 1,05$	$11,12 \pm 0,5^*$ $p_2 < 0,05$	$13,34 \pm 0,3^*$
СРІ (у балах)	$4,68 \pm 0,1$	$1,87 \pm 0,07^*$ $p_2 < 0,05$	$1,93 \pm 0,05^*$
Резистентність капілярів ясен (с)	$7,7 \pm 0,6$	$28,8 \pm 1,3^*$ $p_2 < 0,05$	$25,3 \pm 1,2^*$

Примітки:

1. * - $P1 < 0,001$ - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах до і після лікування;
2. $p2$ - показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування.

Таблиця 2

Динаміка клініко-лабораторних показників у хворих генералізованим пародонтитом I–II ступеня хронічного перебігу на тлі псоріазу під впливом різних варіантів комплексної терапії

Клініко-лабораторні показники	До лікування	Після лікування	
		Основна група	Контрольна група
Проба Шиллера-Писарева (у балах)	4,46±0,77	2,01±0,39* p ₂ >0,05	2,03±0,41*
PBI (у балах)	1,8±0,12	0,3±0,1* p ₂ <0,05	0,8±0,1*
Гігієнічний індекс (OHI-S) (у балах)	2,74±0,16	0,4±0,1* p ₂ >0,05	0,7±0,1*
PMA (%)	66,87±1,53	10,65±0,2* p ₂ <0,05	12,35±0,25*
СРІ (у балах)	3,76±0,11	1,76±0,04* p ₂ <0,05	1,91±0,05*
Резистентність капілярів ясен (с)	12,0±1,7	29,5±1,6* p ₂ <0,05	25,4±1,5*

Примітки:

- * - P1 <0,001 - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах до і після лікування;
- p2 - показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування.

Таблиця 3

Цитологічний склад вмісту пародонтальних кишень у хворих генералізованим пародонтитом I–II ступеня загостреного перебігу після лікування (%)

Клітинні елементи	До лікування	Після лікування			
		основна група	p ₁	контрольна група	p ₁
Епітеліальні клітини	1,09±0,05	11,08±0,9 p ₂ <0,05	<0,001	8,58±0,7	<0,001
Нейтрофільні гранулоцити незмінні	39,15±1,9	48,59±1,21 p ₂ <0,05	<0,01	42,02±1,18	<0,05
Нейтрофільні гранулоцити зруйновані	53,52±2,7	41,76±1,01 p ₂ <0,05	<0,01	47,63±2,03	<0,01
Фагоцити	3,4±1,6	8,84±0,14 p ₂ <0,001	<0,01	6,12±0,15	<0,01
Лімфоцити	2,83±0,01	1,12±0,08 p ₂ <0,01	<0,001	1,51±0,06	<0,001

Примітки:

- p1 - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах до і після лікування;
- p2 - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах після лікування.

порожнини рота. В основній групі значення РМА досягає 68,5% (збільшення в 1,5 рази), в контрольній групі – 49,3% (збільшення в 1,07 рази).

Комплексне лікування суттєво впливало на кількість і видовий склад мікрофлори. Зменшилася мікробна забрудненість пародонтальних ки-

шень. Мікрофлора стала змішаною, з переважан-ням коків. Дріжджоподібні грибки в незначній кількості виявлялися у 28,5–31,5% пацієнтів. Поодинокі трихомонади зустрічалися в 20% випадків.

Таким чином, використання ербісолу та кверцетину в комплексному лікуванні хворих гене-

Таблиця 4

Цитологічний склад вмісту пародонтальних кишень у хворих генералізованим пародонтитом I–II ступеня хронічного перебігу після лікування (%)

Клітинні елементи	До лікування	Після лікування			
		основна група	p	контрольна група	p
Епітеліальні клітини	2,11±0,03	12,15±1,22 p ₂ <0,05	<0,001	9,10±0,9	<0,001
Нейтрофільні гранулоцити незмінені	33,23±1,6	49,18±1,03 p ₂ <0,05	<0,01	46,22±1,02	<0,01
Нейтрофільні гранулоцити зруйновані	59,09±1,3	44,67±1,16 p ₂ <0,05	<0,01	49,69±1,18	<0,01
Фагоцити	3,1±1,7	8,68±0,09 p ₂ <0,001	<0,001	6,51±0,14	<0,001
Лімфоцити	1,72±0,07	1,14±0,06 p ₂ <0,01	<0,05	1,47±0,07	<0,05

Примітки:

1. p1 - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах до і після лікування;
2. p2 - показник достовірності відмінності даних в основній і контрольній групах після лікування.

Таблиця 5

Безпосередні результати комплексної терапії генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз

Групи досліджуваних	Кількість хворих	Ефективність лічення		
		Ліквідація запалення в пародонті	Значне поліпшення	Без змін
Основна група	42 (100%)	34 (80,95%)*	8 (19,05%)*	—
Контрольна група	42 (100%)	23 (54,77%)	14 (33,33%)	5 (11,9%)

Примітка: * - p < 0,01 - показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп.

ралізованим пародонтитом I–II ступеня та псоріазом сприяло більш швидкому стиханню симптомів запалення, ущільненню судинної стінки, стимуляції місцевих захисних сил. Позитивний клінічний результат досягався в середньому на 2–3 сеансу швидше, ніж у групі хворих без застосування цих препаратів.

Найближчі результати лікування хворих контрольної групи також можна вважати задовільними. В результаті лікування досягнуто достовірне поліпшення більшості клінічних, функціональних і лабораторних показників, але їх динаміка менш виражена, ніж в основній групі.

Таким чином, нормалізації клінічних та лабораторних показників досягнуто у 34 (80,95%) хворих на псоріаз, що отримували ербісол і кверцетин (основна група) і у 23 (54,76%) хворих конт-

рольної групи. Помітне поліпшення всіх показників спостерігалося в основній групі у 8 (19,05%) хворих, в контрольній групі – у 14 (33,33%). Не вдалося добитися значного поліпшення у 5 (11,9%) хворих контрольної групи (Табл. 5).

Висновки

Аналіз найближчих результатів лікування генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз дозволяє зробити кілька узагальнень.

Застосування ербісолу та кверцетину в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз дозволяє скоротити терміни лікування на 2–3 відвідування. Результати клініко-лабораторних досліджень показали високу терапевтичну ефективність застосування ербісолу та кверцетину в комплексному лікуванні хворих на псоріаз.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ И ПСОРИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭРБИСОЛА И КВЕРЦЕТИНА

Борисенко А.В. Чегринюк Л.Т.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Резюме: В статье представлены результаты лечения больных генерализованным пародонтитом у больных псориазом с применением эрбисола и кверцетина. Показана терапевтическая эффективность эрбисола и кверцетина у данной категории пациентов.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, псориаз, эрбисол, кверцетин.

CLINICAL EFFICACY OF COMBINED TREATMENT USING ERBISOL AND QUERCETIN IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND PSORIASIS

Borysenko A.V. Chegrinyuk L.T.

O.O. Bohomolets National Medical University

Abstract. In article the results of treatment patients with generalized periodontitis and psoriasis with erbisol and quercetin were presented. The therapeutic efficacy of erbisol and quercetin in these patients were proved.

Key words: generalized periodontitis, psoriasis, erbisol, quercetin.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоклицкая Г.Ф. Роль иммунотерапии в комплексном лечении больных пародонтозом с обострившимся течением: Автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматология" / Г.Ф. Белоклицкая - М., 1982. - 19с.
2. Белоклицкая Г.Ф. Клинические формы генерализованного пародонтита и их значение для его дифференцированной терапии / Г.Ф. Белоклицкая // Вестник стоматологии. - 1998. - №4. - С. 10-12.
3. Борисенко А.В. Застосування препарату ербісолу у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.А. Дземан // Вісник стоматології. - 1997. - №1. - С.68-71.
4. Борисенко А.В. Можливості і перспективи застосування препарату "Ербісол" в терапевтичній стоматології / Борисенко А.В., Данченко А.Н. // Новый украинский препарат Эрбисол. - К., 1994. - С. 22-23.
5. Вишняк Г.Н. Кверцетин и новые лекарственно-профилактические средства в лечении заболеваний пародонта и СОПР / Г.Н. Вишняк, Н.П. Максютин // Вісник стоматології. - 1997. - №4. - С.540-542.
6. Лемецкая Т.И. Влияние сопутствующей соматической патологии на тяжесть деструктивных изменений в пародонте / Т.И. Лемецкая // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. - 1997. - №2. - С.26-28.
7. Мілус І.Є. Комплексне лікування хворих на псориаз на тлі супутньої патології: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / І.Є. Мілус - Харків, 2000. - 20с.
8. Шутіна А.М. Особливості терапії псориазу, профілактики, прогнозування рецидивів з урахуванням клінічних особливостей, аутофлори шкіри та стану імунного статусу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 "Шкірні та венеричні хвороби" / А.М. Шутіна - Київ. - 1995. - 21с.
9. Andreou G. Periodontitis and systemic inflammation: control of the local infection is associated with a reduction in serum inflammatory markers. / G. Andreou, F. D'Aiuto, M. Parkar, J. Suvan, P.M. Brett, D. Ready, et al. // Dent. Res. - 2004. - №83(2) - P.156-160.
10. Christopher E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum / E. Christopher // Clin. Exp. Dermatol. - 2001 - Vol.26 - 320p.
11. Jenkins W.M. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents / W.M. Jenkins, P.N. Parapanou // J. Periodontology - 2000. - Vol. 20, № 26. - P.26-32
12. Genko R.J. Current view of risk factors for periodontal diseases / R.J. Genko // J. Periodontol - 1996. - Vol.168, № 67. - P.1041-1049.
13. Leung D.A. Evidence for a streptococcal and Staphylococcal superantigens - driven process in acute guttate psoriasis / D.A. Leung // J.Clin.Invest. - 2001. - Vol.77. - P.343-346.