

УДК 616.314.17-002.4-036.12.-08-084

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРАДОНТИТУ

Ю.Г. Романова, І.І. Барніч

*Одеський національний медичний університет  
Кафедра терапевтичної стоматології*

У статті проведено ретроспективний аналіз літературних даних про сучасні погляди на проблему хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) у пацієнтів з хронічним гіперацидним гастритом. Визначена актуальність пошуку методів профілактики і лікування ХГП з використанням бактеріостатика. Обґрунтовується метадосліджень, спрямованих на розробку схеми профілактики можливих рецидивів у пацієнтів з хронічним генералізованим парадонтитом на тлі хронічного гіперацидного гастриту.

*Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, хронічний гіперацидний гастрит, антибіотики, бактеріостатики.*

Проблема високої поширеності та потреби у лікуванні захворювань пародонту є однією з пріоритетних для сучасної стоматології. За даними ВООЗ, різні вікові групи мають ту чи іншу форму патології пародонту, яка призводить до значних змін зубощелепної системи, несприятливо позначається на травному процесі, сприяє зниженню резистентності організму, негативно впливає на психоемоційну сферу хворого, а отже — погіршує якість його життя, що визначає соціальну значимість проблеми [5].

У структурі запальних захворювань пародонту одне з провідних місць належить хронічному генералізованому пародонтиту (ХГП), який вражає понад 90 % населення планети середнього віку, а в останні роки відзначається його неухильне зростання серед осіб молодого і середнього віку. Розвиток ХГП відбувається на тлі складних порушень гомеостатичної рівноваги організму і супроводжується його інтоксикацією та сенсibiliзацією, зниженням протиінфекційного захисту, розвитком ускладнень. Незважаючи на певні успіхи у консервативному і хірургічному лікуванні захворювань пародонту, кількість пацієнтів із цією патологією зростає, що має високу соціальну та економічну значущість даної патології [4]. Полімікробність та особлива складність і різноманітність етіологічних факторів ХГП сформувались внаслідок залежності патології від виду мікроорганізмів, що безпосередньо викликають активне захворювання [29]. До останнього часу ХГП залишається одним з тих захворювань, у лікуванні якого домогтися радикальних успіхів поки не вдалося [5], що спонукає науковців до пошуку нових підходів та методів профілактики і лікування.

Більшість дослідників у числі основних етіопатогенетичних факторів захворювань пародонту зазначають захворювання травної системи [18]. Сучасні епідеміологічні дані свідчать про вплив

патології пародонту на частоту і розвиток загальносоматичних захворювань. Здатність хронічних захворювань тканин пародонта служити пусковим і підтримуючим механізмом розвитку системних патологій, таких як ішемічна хвороба серця, атеросклероз, бактеріальний ендокардит, гломерулонефрит, септична пневмонія, цукровий діабет, колагенози, захворювання шлунково-кишкового тракту тощо, обумовлює їх загальносоматичну значущість [1, 2, 6, 31].

Розвиток патологічних змін слизової оболонки порожнини рота (СОПР) на тлі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) часте явище. Взаємозв'язок між ними здійснюється за допомогою анатомічних, фізіологічних, гуморальних комунікацій різних відділів ШКТ і його початкового відділу — порожнини рота та пов'язаний з порушеннями метаболізму, гемодинаміки, мікробіоценозу, імунологічними і нейрорегуляторними змінами [11, 15].

Частіше зустрічається поєднання ураження шлунку у вигляді хронічних гастритів і хронічного генералізованого пародонтиту. Поширеність захворювань ШКТ досить висока, а ретроспективні дані 10-річної давності і теперішні вказують на поширеність патології до 60 %, в залежності від віку [3, 10, 17, 21, 24, 27].

У ході морфологічних досліджень Г.Г. Борисенка та співав. [19] виявлені істотні деструктивні зміни СОПР при захворюваннях ШКТ ще до візуалізації симптомів запалення СОПР. А численні дослідження свідчать, що прояви у порожнині рота при патологічних процесах ШКТ можуть бути характерними до появи симптомів основного захворювання, зокрема гіперацидного гастриту [25].

У хворих на гіперацидний гастрит спостерігається порушення систем регуляції: кислотно-лужної рівноваги, що є маркером стану місцевого гомеостазу в порожнині рота та через трансформаційні зміни

активності мікрофлори, яка продукує кислоту і аміак, супроводжується топографічним перерозподілом зон функціонального ацидозу і алкалозу [13]. Причини, що визначають характер перебігу ХГП у таких хворих, дослідники оцінюють однозначно – тяжкість перебігу захворювання шлунка визначає тяжкість ХГП [16].

У стоматологічній практиці у складі комплексної терапії запальних процесів застосовуються антибактеріальні, нестероїдні протизапальні препарати і імуномодуючі засоби. Однак, застосування цих препаратів на тлі порушеної імунологічної реактивності організму найчастіше сприяє переходу гострих запальних процесів в підгострі і хронічні, ускладнює процеси відновлення [5].

Традиційним у терапії захворювань пародонту є застосування антибіотиків у вигляді мікробіологічно орієнтованої хіміотерапії після виявлення збудника або емпірично орієнтованої хіміотерапії [12]. Профілактичні заходи шляхом використання антибіотиків при хірургічних втручаннях з приводу захворювань пародонту, як правило, призначаються системно для зменшення післяопераційних ускладнень. Вважають, що системні антибіотики можуть підвищувати регенерацію кістки, ймовірно, за рахунок придушення бактерій [20]. Проте результати клінічних досліджень не встановили ефективності такої при хірургічних втручаннях в ротовій порожнині. Нові хірургічні методи і технології для поліпшення регенерації кістки використовують мембрани, які частково виступають в ротову порожнину. Ці мембрани служать провідником бактерій ротової порожнини в тканини.

У вітчизняній літературі відзначена терапевтична ефективність при хронічних формах пародонтиту достатньої різноманітності антибіотиків, зокрема препаратів групи нітроїмідазолів: метронідазол, тинідазол та їх комбінацій. При загостренні хронічного пародонтиту, а також при пародонтальному абсцедуванні ефективним вважають застосування сучасних препаратів групи макролідів, таких як рокситроміцин, мідекаміцин та азитроміцин, що володіють цілою низкою терапевтичних ефектів [14]. Відомо практика застосування короткого курсу азитроміцину у комплексній терапії загострення ХГП I–III ступенів тяжкості у пацієнтів із супутніми хронічними захворюваннями [15].

За даними Medical Advertising News (США), лікарі-стоматологи щодня призначають від 2 до 10 антибіотиків, які особливо часто використовуються у пацієнтів зі скаргами на біль і припухлість [33]. Рекомендації щодо необхідності застосування антибіотиків при захворюваннях пародонта загрожує ще більшим зростанням споживання антибіотиків у стоматології. У той же час практично відсутні дані, що підтверджують доцільність антибіотикотерапії при багатьох маніпуляціях у стоматології. Більш того, результати клінічних досліджень свідчать про небажаність використання антибіотиків у деяких ситуаціях. З сучасної точки зору, системне призначення антибіотиків не дає будь-якої переваги на

додаток до стоматологічних маніпуляцій у дорослих пацієнтів з ХГП, проте необхідним є ретельний збір анамнезу перед застосуванням системних або місцевих антибіотиків для лікування цих осіб. Місцеве застосування антибіотика може бути обрано при лікуванні деяких рецидивуючих захворювань щелепно-лицьової ділянки. У будь-якому випадку, антибіотики слід розглядати як додатковий фактор, але не первинну умову терапії [20].

Традиційним при лікуванні середньої тяжкості ХГП є хірургічний етап лікування – закритий кюретаж, коли в післяопераційному періоді призначаються, часто необгрунтовано, антибактеріальні препарати.

З впровадженням у медичну практику антибіотиків увага до розробки нових ефективних методів застосування антисептиків та бактеріостатиків спочатку послабшала, а сфера їх застосування у лікуванні захворювань пародонту необгрунтовано звузилася. Використання антибіотиків не стримує зростання місцевих інфекційних процесів, не скорочує терміни лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки [22]. Тим більше, що поява антибіотикостійких штамів мікроорганізмів, збільшення частоти алергічних реакцій, негативний вплив на імунну систему при вживанні антибактеріальних препаратів робить їх використання досить проблематичним (Г.М. Барер, 2006; А.О. Abubaker, 2001; J.O. Andreasen, 2006; В.А. Miles, 2006; S. Adalarasan, 2010) [26].

Тому останнім часом увагу стоматологів привертають бактеріостатики з широким спектром дії, коли виконується завдання досягнення бактеріостатичного ефекту або значного зниження чисельності мікробних популяцій, потенційно небезпечних для здоров'я людини, та вдається зберегти нормальну мікрофлору, зменшити ризик виникнення несприятливих побічних проявів препаратів. Після місцевого застосування бактеріостатиків значно знижується кількість збудників в осередку гнійної інфекції, які вже не здатні підтримувати запальний процес у зв'язку із незначною підпороговою інфікуючою концентрацією, слабкою вірулентністю [22].

Відомо, що при лікуванні гіперацидного гастриту та хелікобактерної інфекції в стадії загострення системно використовують антибактеріальні препарати, такі як левофлоксацин, кларитроміцин, метронідазол [9]. *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) – одна з найбільш поширених бактеріальних інфекцій людини, яка вразила близько 50 % світової популяції [30, 32]. Дослідження показали наявність бактерії у 100 % пацієнтів з виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, 92 % – пацієнтів з активним хронічним гастритом, до 94 % – з раком шлунка, 92 % – з шлунковою лімфомою. Перебіг більшості випадків інфікування бактерією – у 80 % безсимптомний [30]. Для лікування інфекції передбачено використання 3- або 4-хкомпонентних схем, до складу яких входять інгібітори протонної помпи (ІПП), антибіотики і вісмуту трикалія дицитрат [7].

Водночас питання щодо доцільності використання рекомендацій експертів у повсякденній практиці

лікарів вкрай актуальне і вимагає спеціального дослідження.

Порожнина рота – це вторинний резервуар і додаткове джерело реінфікування організму *H. Pylori* [8]. Враховуючи це, доцільно максимальне уникнення використання системної антибактеріальної терапії у післяопераційному періоді при проведенні закритого кюретажу, а місцеве призначення бактеріостатиків, як запобіжного заходу, створить умови для формування резистентності до антибактеріальних препаратів і маніфестації резистентної мікрофлори як ШКТ, так і порожнини рота.

Бактеріостатики останнім часом знайшли достатнє поширення у стоматології [23]. Вони використовуються при проведенні лікування багатьох інфекційних захворювань порожнини рота. Останні роки відзначені появою нових різноманітних видів

хіміотерапевтичних засобів для місцевого застосування, як в порожнині рота, так і в інфікованих ранах, у тому числі і щелепно-лицевій ділянці. Механізм дії різних препаратів, що володіють бактеріостатичними властивостями, різний і не може бути пов'язаний з денатурацією білка, порушенням проникності плазматичної мембрани, гальмуванням важливих для життя діяльності мікроорганізмів ферментів тощо.

Враховуючи все вищесказане, вважаємо, що достатньо актуальним є пошук сучасних методів профілактики і лікування ХГП з використанням бактеріостатиків і імуномодулятора місцевого впливу з урахуванням впливу на основні патогенетичні механізми захворювання, які забезпечать максимальну безпеку щодо тканин пародонту у зазначеного контингенту пацієнтів та високу активність по відношенню до патогенної мікрофлори.

## Література

1. Борисова Е.Н. Состояние полости рта у пожилых людей на фоне соматических заболеваний / Е.Н. Борисова, М.В. Чадаева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – № 6. – С. 15–19.
2. Горбачева И.А. Хроническая одонтогенная очаговая инфекция и соматические заболевания / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов // Пародонтология. – 2001. – № 4 (22). – С. 35–39.
3. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 6–11.
4. Епифанова Ю.В. Иммуно-гистохимическая характеристика хронического пародонтита и оптимизация его лечения с использованием инфузионной озонотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 – «Стоматология» / Ю.В. Епифанова. – Казань. 2009. – 18 с.
5. Журавлева М.В. Эффективность «Плазмолифтинга» в сочетании с препаратом «Траумель С» в лечении больных хроническим пародонтитом (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 «Стоматология» / М.В. Журавлева. – Волгоград, 2017. – 22 с.
6. Задорожный А.В. Экспериментально-клиническое обоснование применения рихлокаина в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 «Стоматология» / А.В. Задорожный. – Волгоград, 2005. – 20 с.
7. Лазебник Л.Б. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (Пятое Московское соглашение) / Л.Б. Лазебник, Е.И. Ткаченко, Р.А. Абдулхаков и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2013. – № 5. – С. 3–11.
8. Косюга С.Ю. Эффективность комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у лиц со средней степенью обсемененности желудка *Helicobacter pylori* / С.Ю. Косюга, С.Э. Варванина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 13.
9. Лазебник Л.Б. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика, лечение. / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Васильев, П.Л. Щербаков и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 3–7.
10. Ливзан М.А. Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения / М.А. Ливзан, А.В. Макейкина // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2010. – № 2. – С. 60–65.
11. Мухина Е.В. Изменение состояния слизистой оболочки полости рта при кислотозависимых заболеваниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 «Стоматология» / Е.В. Мухина. – М., 2009. – 25 с.
12. Мюллер Х.-П. Пародонтология / Науч. ред. изд. на русск. яз. проф. А.М. Политун. Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 2004. – С. 238.
13. Нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта при общесоматической патологии / В.А. Румянцев, Л.К. Есян, Е.Д. Зюзькова и др. // Стоматология. – 2013. – № 2. – С. 22–26.
14. Непокупна-Слободянюк Т.С. Комплексна терапія хворих на хронічний генералізований пародонтит із застосуванням короткочасної та довготривалої антибіотикотерапії азитроміцином: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматология» / Т.С. Непокупна-Слободянюк. – Полтава, 2015. – С. 7.
15. Непокупна-Слободянюк Т.С. Комплексна терапія хворих на хронічний генералізований пародонтит із застосуванням короткочасної та довготривалої антибіотикотерапії азитроміцином: автореф. дис. ... канд.

мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія» // Т.С. Непокупна-Слободянюк – Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – Полтава, 2015. – С. 11–12.

16. Нейзберг Д.М. Комплексный подход в прогнозировании течения и результатов лечения хронического генерализованного пародонтита, сочетающегося с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 «Стоматология» / Д.М. Нейзберг. – Санкт-Петербург, 2004. – 20 с.

17. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1. Диагностика болезней органов пищеварения / А.Н. Огороков // М.: Мед. литература, 2010. – 560 с.

18. Островская Л.Ю. Клинико-диагностические критерии лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – «Стоматология», 14.00.05 «Внутренние болезни» / Л.Ю. Островская. – Волгоград, 2008. – 37 с.

19. Оценка морфологических изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Г.Г. Борисенко, Г.И. Лукина, Э.А. Базикян [и др.] // Клиническая медицина. – 2009. – № 6. – С. 36–38.

20. Ричард Уолтон, Марвин Зерр, Дарри Петерсон. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? // Новости МСРПА. – 2000. – Вып. 3. – Точка доступа: <http://www.antibiotic.ru/print.php?sid=836>

21. Скачко Б. Болезни органов пищеварения / Борис Скачко. – М.: Мир и Образование, 2013. – 288 с.

22. Склянова Ю.А. Экспериментальное обоснование применения Фогуцида (Анавидина) в стоматологии / Ю.А. Склянова, Р.В. Ушаков, В.А. Казимирский, В.Г. Изатулин // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 4 (50). – С. 344–346.

23. Стоян О.Ю. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (Укрмедпатентінформ) / О.Ю. Стоян, І.І. Соколова, В.В. Любий // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. – 2016. – № 211.

24. Хендерсон М.Д. Патофизиология органов пищеварения / Джозеф М. Хендерсон. – СПб.: Бином, Невский Диалект, 2005. – 272 с.

25. Цимбалистов А.В. Состояние органов полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника по данным функциональных и лабораторных исследований / А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакидзе, С.Ю. Тытюк // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 51–53.

26. Чірик О.І. Обґрунтування використання антибактеріальної терапії при лікуванні переломів нижньої щелепи в осіб молодого віку: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 – «Стоматологія» // О.І. Чірик. – Харків, 2015. – С. 3.

27. Current status of functional gastrointestinal evaluation in clinical practice / D. Ang, K.M. Fock, N.M. Law et al. // Singapore Med. J. – 2015. – Vol. 56, № 2. – P. 69–80.

28. Malfertheiner P. Bismuth improves PPI-based triple therapy for *H. pylori* eradication // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – № 7. – P. 538–539.

29. Marsh P.D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? / P.D. Marsh // Microbiology. – 2003. – Vol. 149, № 2. – P. 279–294.

30. Mary Johnson Ph. D. Non-invasive Helicobacter Pylori Infection Detection. – 2013. – Точка доступу: <https://www.labome.com/method/Non-invasive-Helicobacter-Pylori-Infection-Detection.html>

31. Mastragelopoulos N. Первые свидетельства наличия связи между пародонтитом и заболеваниями сосудистой системы / N. Mastragelopoulos, V.I. Haraszthy, J.J. Zambon // Новое в стоматологии. – 2002. – № 8 (108). – С. 4–5.

32. Perez-Perez G.I. Epidemiology of Helicobacter pylori Infection / G.I. Perez-Perez, D. Rothenbacher, H. Brenner // Helicobacter. – 2004. – № 9. – P. 1–6.

33. Whitten B. Current trends in endodontic treatment: report of a national survey / B. Whitten, D. Gardiner, B. Jeanson et al. // J. Am. Dent. Assoc. – 1996. – Vol. 127, № 9. – P. 1333–1341.

Ю.Г. Романова, И.И. Барнич

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

В статье проведен ретроспективный анализ литературных данных о современных взглядах на проблему хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациентов с хроническим гиперацидным гастритом. Определена актуальность поиска методов профилактики и лечения ХГП с использованием бактериостатика. Обосновывается цель исследований, направленных на разработку схемы профилактики возможных рецидивов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне хронического гиперацидного гастрита.

*Ключевые слова:* хронический генерализованный пародонтит, хронический гиперацидный гастрит, антибиотики, бактериостатики.

Yu. Romanova, I. Barnich

## **A MODERN VIEW ON METHODS OF PREVENTION AND TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS**

One of the leading places among inflammatory periodontal diseases is chronic generalized periodontitis, which affects more than 90 % of the world population and remains a disease in the treatment of which radical success cannot be achieved so far. One of the main etiopathogenetic factors of periodontal diseases is the pathology of the gastrointestinal tract, in particular chronic hyperacid gastritis, accompanied by the presence of *Helicobacter pylori*. In such patients, the severity of the course of the stomach disease determines the severity of the periodontal pathology.

The use of antibiotics in surgical interventions for periodontal disease to reduce postoperative complications is systemic, which from the modern point of view does not give any advantage in addition to dental manipulation and is an additional factor. Treatment of hyperacid gastritis and *Helicobacter* infection in the acute stage involves the use of different groups of antibiotics. Therefore, the attention of dentists is attracted by bacteriostatics, which reduce the number of microbial populations and preserve the normal microflora.

Taking into account all the above, we believe that it is quite timely to search for modern methods of prevention and treatment of chronic generalized periodontitis against a background of chronic hyperacid gastritis using bacteriostatics and an immunomodulator of local effects, taking into account the effect on the main pathogenetic mechanisms of the disease, which will ensure maximum safety in periodontal tissues in this patient contingent and high activity in relation to pathogenic microflora.

*Keywords: chronic generalized periodontitis, chronic hyperacid gastritis, antibiotics, bacteriostatics.*