

ID: 2014-05-5-A-3351

Оригинальная статья

Черепинская Ю.А., Бурцев Б.Г.

Применение кверцетина и глюкозамина в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии**Научный руководитель: д.м.н., профессор Рябоконь Е.Н.*

Резюме

В статье представлен клинический опыт применения кверцетина и глюкозамина сульфата у больных генерализованным пародонтитом. Изучена эффективность комбинированного применения (местного - под пародонтальные капли и внутрь) кверцетина и глюкозамина сульфата.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, кверцетин, глюкозамин, Вектор-терапия

Актуальность

На сегодняшний день, не смотря на значительные успехи достигнутые в изучении этиопатогенетических особенностей развития и современных концепций комплексного лечения заболеваний пародонта, уровень больных генерализованным пародонтитом (ГП) сохраняется на высоком уровне и приводит к разрушению опорного аппарата челюстно-лицевой области и неблагоприятному многоплановому воздействию на организм [9]. Установлено, что ведущим пусковым механизмом воспалительного процесса в пародонте является микробный фактор [8]. Качественное профессиональное удаление зубных отложений является одним из первичных этапов в комплексной терапии ГП [10]. Для решения этой задачи широкое применение нашли различные способы обработки поверхностей корней зубов и пародонтальных карманов, в том числе и Вектор-терапия [1].

Доказано что у больных ГП отмечается усиление и активация процессов свободнорадикального окисления липидов с последующим накоплением активных форм кислорода, которые приводят к нарушению структуры и функциональной организации клеточных мембран [3]. Повысить эффективность комплексного лечения можно с помощью лекарственных средств обладающих полифункциональными свойствами, среди которых одно из ведущих мест занимает антиоксидантное действие [2]. Препаратом выбора может служить кверцетин, который помимо основного антиоксидантного эффекта, обладает мембранопротекторным и противовоспалительным действием [4].

Уделяя отдельное внимание патогенетическому обоснованию коррекции метаболизма соединительно-тканых структур у больных ГП [5], комплексное лечение необходимо дополнить препаратами оказывающими репаративное, стабилизирующее и модулирующее действия [6]. Последние годы в медицине активно изучается и применяется глюкозамин, являющийся фундаментальным строительным блоком всех тканей организма человека в том числе и соединительной. Глюкозамин способен стимулировать биосинтез коллагена, протеогликанов, регулировать активность фактора роста фибробластов, увеличивать прочность и эластичность соединительной ткани, оказывать противовоспалительное, антикомплементарное, стабилизирующее, модулирующее, остеотропное и другие действия [7].

Цель исследования: изучение эффективности влияния комбинации кверцетина и глюкозамина сульфата в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом II степени тяжести.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 36 больных ГП хронического течения II степени тяжести (согласно классификации Данилевского Н.Ф. 1994 г.) в возрасте 32 - 47 лет, которые в рандомизированном порядке были распределены на 2 группы. Комплекс базисной терапии и обучение личной гигиене для двух групп был идентичен. До и после удаления зубных отложений проводили орошение пародонтальных карманов 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата. Для тщательного удаления над- и поддесневых минерализованных зубных отложений использовали механический и ультразвуковой пьезоэлектрический методы. Полировка наддесневой части зуба проводилась с помощью воздушно-абразивной смеси на основе карбоната кальция и специальных щеточек с полировочной пастой. После удаления зубных отложений поверхности пришеечной области покрывали фторсодержащим лаком «Fluor Protector» (Ivoclar Vivadent). Больным всех групп устраняли местные травматические факторы тканей пародонта, включавшее замену неполноценных пломб и нерационально изготовленных зубных протезов, пломбирование кариозных полостей и некариозных заболеваний твердых тканей зубов, восстановление контактных пунктов и др.. При необходимости проводилось эндодонтическое и ортодонтическое лечение. Осуществляли хирургическую и ортопедическую санацию полости рта. Всех больных знакомили с правилами проведения индивидуальной гигиены полости рта и давали рекомендации. Для чистки зубов рекомендовали использовать зубную пасту «Paradontax Classic» (Glaxo Smith Kline), зубную щетку "Cugarox" ultra soft 5460 (Швейцария), интердентальные ерши и флосы. Для местной антимикробной терапии ГП использовали ополаскиватели «PresiDENT» (0,2% раствор хлоргексидина биглюконата) в течение 2-3 недель. Назначали втирать гель «Метрогил-Дента» с помощью зубной щетки дважды в день в течение 14 дней. В качестве общеукрепляющего лечения всем больным назначали витаминно-минеральный комплекс «Глутамевит» в течение 30 дней.

Группу А составили 17 больных, которым вместе с базисным лечением проводили удаление зубных отложений в 2 этапа. Первым этапом было механическое и ультразвуковое удаление зубных отложений. Вторым этапом проводили обработку пародонтальных карманов с использованием аппарата Вектор на 7-е сутки (по рекомендациям Г.Ф. Белолицкой и соавт., 2008).

Группу В составили 19 больных лечение которых проводили как и в группе А, но дополнительно после первого этапа назначали гель из гранул кверцетина и раствор глюкозамина сульфата с помощью усовершенствованных индивидуальных тонкостенных пародонтальных капил местно и внутрь (табл. 1).

Через 6 месяцев всем больным проводили поддерживающую терапию, которая включала такие же схемы лечения.

Для оценки эффективности проводимого нами лечения мы решили использовать совокупность параклинических параметров, а именно – ИГ (индекс гигиены Федорова - Володкиной), РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс по Парма), РВІ (индекс кровоточивости сосочков по Мюллему), РІ (пародонтальный индекс Рассела), ПК (индекс глубины пародонтальных карманов). Клиническое наблюдение за больными осуществляли до лечения, непосредственно после него (через 6 недель) и в отдаленные сроки - через 6 и 12 месяцев.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических данных свидетельствует, что положительные результаты были достигнуты в обеих группах, по сравнению с исходным уровнем, однако более высокая клиническая эффективность наблюдалась в группе В, в которой пациентам дополнительно назначали кверцетин и глюкозамин (табл. 2).

Полученный непосредственно после лечения (через 6 недель) эффект подтверждается динамикой изменений клинических индексов и свидетельствует о подавлении воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов двух групп. В результате комплексного лечения, через 6 недель, у больных группы А индекс гигиены (ИГ) снизился в 2,3 раза, в группе В - в 2,4 раза; индекс РМА - в 4 раза, в 5,8 раза соответственно; индекс РВІ - в 39 раз, в 67 раз соответственно; РІ Рассела - в 1,3 раза, в 1,3 раза соответственно; глубина ПК - в 1,6 раза, в 1,6 раза соответственно.

В результате комплексного лечения через 1 год у больных группы А индекс гигиены (ИГ) снизился в 1,9 раза, в группе В - в 2 раза, индекс РМА - в 3,8 раза, в 5,3 раза соответственно, индекс РВІ - в 2,4 раза, в 2,8 раза соответственно; РІ Рассела - в 1,8 раза, в 1,9 раза соответственно; глубина ПК - в 1,5 раза, в 1,6 раза соответственно.

Таблица 1. Схема медикаментозного лечения пациентов группы В

	Кверцетин (местно) 14 дней	Кверцетин (внутри) 30 дней	Глюкозамин (местно) 30 дней	Глюкозамин (внутри) 30 дней
Утро	1 г 40 мин.	2 г	-	-
День	-	2 г	-	-
Вечер	-	2 г	7,5 г 40 мин.	7,5 г

Таблица 2. Показатели индексной оценки в ходе лечения больных генерализованным пародонтитом II степени тяжести

Показатели	ИГ	РМА	РВІ	РІ	ПК	
Группа А	до лечения	2,65 ± 0,13	63,18 ± 2,72	2,75 ± 0,12	3,97 ± 0,09	4,3 ± 0,2
	через 6 нед.	1,14 ± 0,03	15,76 ± 1,22	0,07 ± 0,02	3,11 ± 0,13	2,71 ± 0,12
	через 6 мес.	1,34 ± 0,04	19,94 ± 1,24	1,21 ± 0,1	2,07 ± 0,09	2,82 ± 0,1
	через 1 год	1,43 ± 0,03	16,59 ± 1,24	1,14 ± 0,08	2,24 ± 0,09	2,91 ± 0,1
Группа В	до лечения	2,68 ± 0,12	63,32 ± 2,38	2,67 ± 0,13	3,98 ± 0,11	4,33 ± 0,19
	через 6 нед.	1,13 ± 0,03	10,89 ± 0,79	0,04 ± 0,02	3,04 ± 0,12	2,63 ± 0,11
	через 6 мес.	1,27 ± 0,03	12,05 ± 0,72	0,78 ± 0,09	1,93 ± 0,06	2,65 ± 0,11
	через 1 год	1,33 ± 0,03	11,84 ± 0,75	0,97 ± 0,08	2,07 ± 0,06	2,79 ± 0,1



Рисунок 1. Препарат ДОНА «Rottapharm», Италия UA 0878/01/01 от 04.06.2009.
Гранулы кверцетина «Борщаговский химико-фармацевтический завод»

Выводы

Таким образом, наше исследование позволяет сделать вывод что, терапевтическая эффективность полученных клинических результатов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения при использовании Вектор-терапии в сочетании с кверцетином и глюкозаминном является наиболее эффективной и патогенетически оправданной, а предложенная нами схема комплексного лечения способствует достижению более высокой степени улучшения клинического состояния тканей пародонта. Необходимо дальнейшее изучение эффективности данных препаратов на ткани пародонтального комплекса с целью их применения при других формах заболеваний пародонта.

Литература

1. Белоклицкая Г. Ф. Клиническая эффективность применения системы «Вектор» в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом I–II степени / Г. Ф. Белоклицкая, Я. С. Горбань, О. И. Скиба // Современная стоматология. – 2008. – № 1. – С. 53–56.
2. Беленічев І. Ф. Антиоксидантна система захисту організму (огляд літератури) / І. Ф. Беленічев, Ю. І. Губський, Є. Л. Левицький [та ін.] // Сучасні проблеми токсикології. – 2002. – № 3. – С. 24–31.
3. Воскресенский О. Н. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонти та / О. Н. Воскресенский, Е. К. Ткаченко // Стоматология. - 1991. - № 4. - С. 5-10.
4. Герелюк В. І. Роль ліпідних медіаторів у перебігу генералізованого пародонтиту та ефективність їх корекції в комплексному лікуванні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. І. Герелюк. – Івано-Франківськ, 2001. – 36 с.
5. Мазур И. П. Остеотропная терапия в комплексном лечении заболеваний пародонта / И. П. Мазур // Проблемы остеологии. – 2001. – Т. 4, № 1/2. – С. 99–101.
6. Туляков В. О. Протекторні властивості глюкозаміну / В. О. Туляков, К. О. Зупанець, С. К. Шебеко // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2009. – № 3. – С. 3–9.
7. Физиологическое значение глюкозамина / И. А. Зупанец, С. М. Дроговоз, Т. В. Яковлева [и др.] // Физиологический журнал. – 1990. – Т. 36, № 2. – С. 115–120.
8. Чайковська І. В. Порушення систем гомеостазу та шляхи його корекції на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія»/ І. В. Чайковська. – Одеса, 2010. – 36 с.
9. Чумакова Ю. Г. Патогенетическое обоснование методов комплексного лечения генерализованного пародонтита (клинико-экспериментальное исследование) : дис... д-ра мед. наук : 14.01.22 / Юлия Геннадьевна Чумакова. – Одеса, 2007. – 420 с.
10. Recolonization of subgingival microbiota following scaling in deep pockets / I. Magnusson et al. // J. Clin. Periodontol. – 1984. – № 11. – P. 193.