

nevrologicheskoy praktike [Nociceptive and neuropathic pain. Pain syndromes in neurological practice]. Moskva; 2001:35-38.

2. **Dychko E. N., Kovach I. V., Vovk V. A., Sribnik P. L.** The role of lipid and catecholamine metabolism in the pathogenesis of glossalgia // *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2009;2:54-55.

3. **Opryshko V. I.** Analgesic activity of anticonvulsants-pharmacologist's view. *Medychni perspektyvy*. 2012;2(27):14-17.

4. **Kosenko K. M., Glazunov O. A.** Prevalence and nature of lesions of the oral mucosa in miners of iron ore mines of Krivbass. *Medychni perspektyvy*. 2011;2(16), 1:101-104.

5. **Potter R.** Genetic studies of juvenile periodontitis. *J. Dent. Res.* 1990;69:94-95.

6. **Herbert Michel.** On the problems of determining the risk factors for periodontitis. *Novoe v stomatologii*. 2002;4:6-9.

7. **Canny Y., Levy O., Futura Y. T.** Lipid mediator-induced expression of bactericidal/ permeability-increasing protein (BPY) in human mucosal epithelia. *DNAS*. 2002; 99,6:3902-3907.

8. **Lempert M. D.** *Biohimicheskie metody issledovaniya* [Biochemical methods of research]. Kishinev; 1968:201.

Надійшла 22.01.19



УДК: 616.311.2-002+616.314.17-008.64):616.36-002-099-036.12:615.244

**А. І. Фурдичко, В. Я. Скиба, д. мед. н.,
С. А. Шнайдер, д. мед. н.**

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького
Державна установа «Інститут стоматології
та щелепно-лицевої хірургії Національної академії
медичних наук України»

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АНТИДИСБИОТИЧНОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ

Захворювання пародонту часто виникають на тлі супутньої патології гепатобіліарної системи, на функціональну активність якої негативно впливає кишковий дисбіоз. Одним із засобів, який володіє антидисбіотичними властивостями, та здійснює гепатопротекторний вплив є «Леквін», до складу якого входить гепатопротектор лецитин, біофлавоноїд кверцетин, пребіотик інулін та цитрат кальцію.

Мета. Дослідити стан тканин пародонту у хворих на хронічний токсичний гепатит та обґрунтувати запропоновану терапію.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 94 хворих на хронічний катаральний гінгівіт та генералізований пародонтит початкового – I ступеню розвитку на тлі хронічного токсичного гепатиту. У 46 хворих проводили базове лікування, а у 48 осіб, окрім базової терапії, включали у схему лікування антидисбіотичний засіб «Леквін», який призначали по 1-2 таблетці 2-3 рази на день після їжі, а також хворі щоденно здійснювали оральні аплікації «Леквін» гелем шляхом нанесення 0,52 мл (одноразове натискання дозатора) тонким шаром на ясна після їжі 2-3 рази на добу.

Результати та їх обговорення. Включення до комплексного лікування хворих антидисбіотичного засобу «Леквін» вірогідно покращує показники індексу гігієни, пародонтально-маргінально-альвеолярного індексу, та знижує індекс кровоточивості.

Висновки. Ефективність використання у лікуванні хворих на запальні захворювання пародонту на тлі хронічного токсичного гепатиту антидисбіотичного гепатопротектора підтверджується не лише зникненням клінічних симптомів захворювання, а й тривалістю стабільного лікувального ефекту (впродовж пів року).

Ключові слова: гепатобіліарна патологія, захворювання пародонту, запалення, гепатит, дисбіоз.

***А. І. Фурдичко, В. Я. Скиба, С. А. Шнайдер**

*Львівський національний медичний університет
імени Данила Галицького,
Государственное учреждение «Институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Национальной академии медицинских наук Украины»

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДИСБИОТИЧЕСКОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Заболевания пародонта часто возникают на фоне сопутствующей патологии гепатобилиарной системы, на функциональную активность которой негативно влияет кишечный дисбиоз. Одним из средств, обладающим антидисбиотическими свойствами, и осуществляющим гепатопротекторное влияние, является «Леквин», в состав которого входит гепатопротектор лецитин, биофлавоноид кверцетин, пребиотик инулин и цитрат кальция.

Цель. Исследовать состояние тканей пародонта у больных хроническим токсическим гепатитом и обосновать предложенную терапию.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 94 больных хроническим катаральным гингивитом и генерализованным пародонтитом начальной - I степени развития на фоне хронического токсического гепатита. Базовое лечение проводили у 46 больных, а у 48 человек, кроме базовой терапии, включали антидисбиотическое средство «Леквин», который назначали по 1-2 таблетке 2-3 раза в день после еды, а также больные ежедневно осуществляли оральные аппликации «Леквин» гелем путем нанесения 0,52 мл (однократное нажатие дозатора) тонким слоем на десну после еды 2-3 раза в сутки.

Результаты и их обсуждение. Включение в комплексное лечение антидисбиотического средства «Леквин» достоверно улучшает показатели индекса гигиены, пародонтально-маргинально-альвеолярного индекса, и снижает индекс кровоточивости.

Выводы. Эффективность использования в лечении больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического токсического гепатита антидисбиотического гепатопротектора подтверждается не только исчезновением клинических симптомов заболевания, но и продолжительным стабильным лечебным эффектом (на протяжении полу года).

Ключевые слова: гепатобилиарная патология, заболевания пародонта, воспаление, гепатит, дисбиоз.

*A. I. Furdychko, V. Ia. Skiba, S. A. Schneider

*Lviv National Medical University named after Danylo Halatskij
State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery of the National Academy of Medical Science of Ukraine»

RATIONALE FOR THE USE OF ANTI-DYSBIOTIC HEPATOPROTECTOR IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF CHRONIC TOXIC HEPATITIS

ABSTRACT

Periodontal disease often occurs on the background of the concomitant pathology of the hepatobiliary system. The intestinal dysbiosis has negative effect on the hepatobiliary system, therefore the use of antidiabetic medicines, that carry out hepatoprotective effects is appropriate. One of the means that possesses antidiabetic properties and carries hepatoprotective effect is "Lecvin", which includes hepatoprotector lecithin, bioflavonoid quercetin, prebiotic inulin and calcium citrate.

The aim. To investigate the state of periodontal tissues in patients with chronic toxic hepatitis and to substantiate the proposed therapy.

The materials and methods. The study involved 94 patients with inflammatory diseases of the periodontium associated with chronic toxicity of hepatitis. In 46 people use basic therapy, and 48 people, in addition to basic therapy, included the anti-dysbiosis medicines "Lecvin". This drug was prescribed for 1-2 tablets 2-3 times daily after a meal, as well as patients every day performed oral applications "Lecvin" with gel by applying 0.52 ml (disposable pressure of the dispenser) to a thin layer of gum after meals 2-3 times per day.

The results. Use in the complex therapy of antidiabetic medicines "Lecvin", improve the index of hygiene, the periodontal-marginal-alveolar index, and reduces the index of bleeding.

The conclusions. The effectiveness of using of antidiabetic hepatoprotector in the treatment of patients with inflammatory diseases of the periodontium by the associated with chronic toxic hepatitis is confirmed not only by the disappearance of the clinical symptoms of the periodontal disease, but also the duration of a stable therapeutic effect (for half a year).

Key words: hepatobiliary pathology, periodontal disease, inflammation, hepatitis, dysbiosis.

Захворювання пародонту залишаються одними із найпоширеніших хвороб порожнини рота. Не дивлячись на те, що одним із найосновніших етіологічних факторів у розвитку патології пародонту є патогенна мікрофлора, захворювання пародонту часто виникають на тлі супутньої патології гепатобіліарної системи [1-3]. Доведено, що на функціональну активність гепатобіліарної системи негативно впливає кишковий дисбіоз [2], на який страждає більшість населення України, тому застосування антидисбіотичних засобів, які усувають явища дисбактеріозу і здійснюють гепатопротекторний вплив є доцільними. Одним з таких засобів є антидисбіотичний гепатопротектор «Леквін» [4], до складу якого входить гепатопротектор лецитин, біофлавоноїд кверцетин, пребіотик інулін та

цитрат кальцію.

Мета роботи. Дослідити стан тканин пародонта у хворих на хронічний токсичний гепатит та обґрунтувати запропоновану терапію.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 94 хворих на запальні захворювання пародонту на тлі хронічного токсичного гепатиту (ХТГ). У 46 осіб (І група) проводили лікування, передбачене Протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю “терапевтична стоматологія”. До цієї групи увійшли 22 хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) – група І А, та 24 хворих на генералізований пародонтит початкового – І ступенів розвитку (ГП поч. – І ст.) – група І Б. У 48 осіб (ІІ група) окрім базової терапії включали запропоновану схему лікування. Цю групу склали 23 особи, хворих на ХКГ – група ІІ А та 22 особи з ГП поч. – І ст. – група ІІ Б. Запропонована схема лікування включала антидисбіотичний засіб «Леквін» (по 1-2 таблетці 2-3 рази на день після їжі), а також хворі щоденно здійснювали оральні аплікації «Леквін» гелем шляхом нанесення 0,52 мл (одноразове натискання дозатора) тонким шаром на ясна після їжі 2-3 рази на добу протягом 5-7 днів при ХКГ та 7-10 днів при ГП поч. – І ст. Обстеження пацієнтів включало в себе збір анамнезу, об’єктивне обстеження порожнини рота: визначали індекс гігієни Грін-Вермільйона, індекс гінгівіту (РМА, Parma, 1960) та індекс кровоточивості (РВІ) [5]. Стан гепатобіліарної системи у пацієнтів оцінювали лікарі гастроентерологічного відділення Золочівської районної лікарні Львівської області. Хворі з гепатобіліарною патологією отримували терапію у відповідності з протоколом лікування спеціалістами у даній сфері. Обстеження проводили до лікування, відразу після лікування та через 3 та 6 місяців після лікування. Статистичну обробку результатів власних досліджень здійснювали за допомогою комп’ютерної програми для варіаційно-статистичного аналізу даних медико-біологічних досліджень „GraphPad Prism 5”.

Результати дослідження та їх обговорення. Вірогідної різниці показників у досліджуваних групах до лікування не виявлено. У табл. 1 наведено динаміку показників клінічних індексів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом на тлі ХТГ у різні терміни лікування.

Індекс Грін-Вермільйона у групі І А під впливом базової терапії знизився у 13,1 рази ($p < 0,05$), через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування показник був нижчим у 7,7 рази ($p < 0,05$), а через 6 місяців – у 6,1 рази ($p < 0,05$). У порівнянні із даними відразу після лікування він зріс у 1,7 рази. У хворих із цим соматичним статусом у групі І Б після проведеного лікування було досягнуто зменшення показника індексу ОНІ-S у 12,7 рази ($p < 0,05$), який залишався без вірогідних змін ($p > 0,05$) і через 3 місяці та 6 місяців. Результат у групі І А через 3 місяці був у 1,6 разів ($p < 0,05$) вищим ніж у групі І Б, а через 6 місяців – у 2,0 рази ($p < 0,05$).

Показник індексу РМА у групі І А під впливом базової терапії зменшився у 9,1 рази ($p < 0,05$), через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування показник був нижчим у 6,2 рази, через 6 місяців – у 4,9 рази ($p < 0,05$). У хворих із цим соматичним статусом у гру-

пі І Б після проведеного лікування показник знизився у 9,5 рази ($p < 0,05$) та залишався без вірогідних змін ($p > 0,05$) і через 3 місяці та 6 місяців після лікування.

Результат у групі І А через 3 місяці був у 1,3 рази ($p < 0,05$) вищим ніж у групі І Б, а через 6 місяців – у 1,6 рази ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Динаміка показників клінічних індексів у хворих на ХКГ на тлі ХТГ у різні терміни лікування ($M \pm m$)

		До лікування	Відразу після лікування	3 місяці після лікування	6 місяців після лікування
ОНІ-S, бали	Група І А n= 23	1,70 ± 0,03	0,13 ± 0,01 *	0,22 ± 0,02 *	0,28 ± 0,04 *
	Група І Б n= 22	1,65 ± 0,03	0,13 ± 0,01 *	0,14 ± 0,01 *#	0,14 ± 0,01 *#
РМА, %	Група І А n= 23	46,90 ± 1,85	5,16 ± 0,14 *	7,62 ± 0,20 *	9,65 ± 0,78 *
	Група І Б n= 22	47,52 ± 1,76	5,02 ± 0,19 *	5,69 ± 0,29 *#	6,00 ± 0,29 *#
РВІ, бали	Група І А n= 23	1,82 ± 0,03	0,31 ± 0,02 *	0,33 ± 0,03 *	0,62 ± 0,06 *
	Група І Б n= 22	1,77 ± 0,04	0,18 ± 0,03 *#	0,20 ± 0,02 *#	0,26 ± 0,03 *#

Примітка: * – показник вірогідності ($p < 0,05$) порівняно з показниками до лікування;
– показник вірогідності ($p < 0,05$) між показниками груп І А та І Б.

Таблиця 2

Динаміка клінічних індексів у хворих на ГП поч. –І ступенів на тлі ХТГ розвитку у різні терміни лікування ($M \pm m$)

		До лікування	Відразу після лікування	3 місяці після лікування	6 місяців після лікування
ОНІ-S, од	Група І А n= 25	1,81 ± 0,03	0,32 ± 0,03 *	0,66 ± 0,06 *	0,87 ± 0,04 *
	Група І Б n= 24	1,79 ± 0,03	0,18 ± 0,03 *#	0,22 ± 0,03 *#	0,27 ± 0,03 *#
РМА, %	Група І А n= 25	57,41 ± 0,86	6,68 ± 0,29 *	8,22 ± 0,24 *	12,20 ± 0,88 *
	Група І Б n= 24	57,38 ± 0,83	5,65 ± 0,15 *#	6,70 ± 0,25 *#	8,58 ± 0,79 *#
РВІ, бали	Група І А n= 25	1,87 ± 0,08	0,76 ± 0,50 *	1,44 ± 0,10 *	1,50 ± 0,09 *
	Група І Б n= 24	1,81 ± 0,08	0,38 ± 0,06 *	0,47 ± 0,12 *#	0,53 ± 0,12 *#

Примітка: * – показник вірогідності ($p < 0,05$) порівняно з показниками до лікування;
– показник вірогідності ($p < 0,05$) між показниками груп І А та І Б.

Під впливом базової терапії у групі І А було досягнуто зниження показника індексу РВІ у 5,9 рази ($p < 0,05$), а через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування показник був нижчим у 5,5 рази, через 6 місяців – у 2,9 рази ($p < 0,05$). У хворих із цим соматич-

ним статусом у групі І Б після проведеного лікування показник знизився у 9,8 рази ($p < 0,05$) та залишався без вірогідних змін ($p > 0,05$) і через 3 місяці та 6 місяців. Результат у групі І А відразу після лікування був вірогідно вищим ($p > 0,05$) – у 1,7 рази, ніж у групі І Б,

через 3 місяці – у 1,7 рази ($p < 0,05$), а через 6 місяців – у 2,4 рази ($p < 0,05$).

У таблиці 2 наведено динаміку показників клінічних індексів у хворих із ГП поч. – І ст. на тлі ХТГ у різні терміни лікування.

Індекс Грін-Вермільйона у групі II А під впливом базової терапії знизився у 3,2 рази ($p < 0,05$), а через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування показник був нижчим у 2,7 рази ($p < 0,05$), а через 6 місяців – у 2,1 рази ($p < 0,05$). У порівнянні із даними відразу після лікування він зріс у 2,1 рази через 3 місяці, та у 2,7 рази – через 6 місяців. У хворих групи II Б після проведеного лікування було досягнуто зменшення показника індексу ОНІ - S у 9,9 рази ($p < 0,05$), який залишався без вірогідних змін ($p > 0,05$) і через 3 місяці та 6 місяців після лікування. Результат у групі II А відразу після лікування був у 1,8 рази вищим ніж у групі II Б ($p < 0,05$), через 3 місяці – у 3,0 рази ($p < 0,05$) вищим, а через 6 місяців – у 3,2 рази ($p < 0,05$).

Показник індексу РМА у групі II А під впливом базової терапії зменшився у 8,6 рази ($p < 0,05$), а через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування результат був нижчим у 7,0 разів, через 6 місяців – у 4,7 рази ($p < 0,05$). У хворих із цим соматичним статусом у групі II Б після проведеного лікування показник знизився у 10,2 рази ($p < 0,05$). Результат у групі II А відразу після проведеного лікування був вищим у 1,2 рази ($p < 0,05$), через 3 місяці – у 1,2 рази ($p < 0,05$) вищим ніж у групі II Б, а через 6 місяців – у 1,4 рази ($p < 0,05$).

Під впливом базової терапії у групі II А було досягнуто зниження показника індексу РВІ у 2,5 рази ($p < 0,05$), а через 3 місяці у порівнянні з даними до лікування результат був нижчим у 1,3 рази ($p < 0,05$), через 6 місяців – у 1,2 рази ($p < 0,05$). У хворих групи II Б після проведеного лікування результат знизився у 4,8 рази ($p < 0,05$) та залишався без вірогідних змін ($p > 0,05$) і через 3 місяці та 6 місяців. Результат у групі II А відразу після лікування був вищим – у 2,0 рази ($p > 0,05$), ніж у групі II Б, через 3 місяці – у 3,1 рази ($p < 0,05$), а через 6 місяців – у 2,8 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Проведені клінічні дослідження виявили високу лікувальну ефективність використання у лікуванні хворих на запальні захворювання пародонту на тлі хронічного токсичного гепатиту антидисбіотичного гепатопротектора. Дана схема лікування є результативнішою порівняно з використанням базової терапії. Ефективність розробленої і застосованої схеми лікування підтверджується не лише зникненням клінічних симптомів захворювання, а й тривалістю стабільного лікувального ефекту (впродовж пів року) як у хворих на хронічний катаральний гінгівіт, так і у хворих на генералізований пародонтит початкового – І ступеня розвитку захворювання на тлі гепатобілярної патології.

Список літератури

1. **Левицький А. П.** Гепато-оральний синдром / А. П. Левицький, С. А. Демьяненко. – Симферополь: Тарпан, 2012. 136 с.
2. Біохімічні показники запалення і дисбіозу в ротовій рідині (слині) хворих на гепато-білярну патологію / В. М. Зубачик, Г.З. Борис, А. І. Фурдичко [та ін.] // Вісник

стоматології.– 2017. – №3. – С. 12-16.

3. **Furdychko A. I.** Clinical-laboratory justification of dependence of periodontal inflammatory diseases on the condition of hepatobiliary system / A. I. Furdychko, P.A. Hasiuk, V.V. Ivanchyshyn, N.V. Hasiuk // Світ медицини та біології. – 2018. – №1(63). – С. 87-89.

4. Патент на корисну модель Антидисбіотичний засіб Леквін № 108536 / А.П. Левицький, О.А. Макаренко, І. О. Селіванська [та ін.]. Заявка у 2015 12750 від 23.12.2015. Бюл. № 14 від 25.07.2016.

5. **Мащенко И. С.** Болезни пародонта / И. С. Мащенко. – Днепропетровск: КОЛО, 2003. – 272 с

REFERENCES

1. **Levitsky A. P., Demyanenko S. A.** Hepato-oralny syndrom [Hepato-oral syndrome]. *Simferopol, Tarpan*, 2012: 136.
2. **Zubachik V. M., Boris G. Z., Furdychko ta in.** The biochemical indices of inflammation and dysbiosis in oral fluid (saliva) of hepato-biliary pathology patients. *Visnyk stomatologii'*. 2017; 3: 12-16
3. **Furdychko A.I., Hasiuk P.A., Ivanchyshyn V.V., Hasiuk N.V.** Clinical-laboratory justification of dependence of periodontal inflammatory diseases on the condition of hepatobiliary system. *Svit medycyny ta biologii'*. 2018;1(63):87-89.
4. **Levitsky A. P., Makarenko O. A., Selivanskaya I. A. ta in.** Antidysbiotic preparation “Lekvin”. Patent of Ukraine 108536. IPC (2016.01) A61K 36/00, A61P 3/00. Date of filling: 23.12.2015. Publ.: 25.07.2016. Bul. № 14.
5. **Mashchenko I. S.** *Bolezni parodonta* [Paradontal diseases]. *Dnepropetrovsk, KOLO*, 2003: 272.

Надійшла 24.01.19



УДК 016.314:614.253:612.31

**Є. О. Ключка, І. І. Соколова, д. мед. н.,
О. І. Залюбовська, д. мед. н., Н. І. Гойденко**

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ЦИТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА

Цитологічне дослідження тканини ясен було проведено у 30 дівчат-підлітків з запальними захворюваннями пародонта і менструальною дисфункцією (головна група), у 30 дівчат-підлітків без менструальної дисфункції (контрольна група) і у 10 повністю здорових дівчат-підлітків. Встановлено, що у пацієнток головної групи в порівнянні з нормою спостерігається істотне зниження (в 1,4 рази, $p < 0,001$) клітин, що містять ядро, і в 1,9 рази ($p < 0,001$) зниження кількості кератинізуючих клітин, що не містять ядро, при збільшенні кількості у 3,5 рази ($p < 0,001$) поліморфоядерних лейкоцитів,

© Ключка Є. О., Соколова І. І., Залюбовська О. І.,
Гойденко Н. І., 2019.