

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВИТАМИНА Д НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мокрова Е. А.¹, Фирсова И. В.¹, Заводовский Б. В.²

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, e-mail: pin177@rambler.ru;

²ФГБНУ «НИИ КуЭР», Волгоград

Одним из факторов риска развития воспалительно-дистрофических нарушений в пародонте является недостаточный уровень витамина Д в организме. Для повышения качества пародонтологического лечения необходимо включать в патогенетическую терапию данных пациентов препарат витамина Д. Целью настоящего исследования стало изучение эффективности лечения пациентов с патологией пародонта на фоне проводимой медикаментозной коррекции недостаточности витамина Д. Объектом обследования были 120 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. Включение препарата витамина Д и кальция в общее лечение пациентов с патологией пародонта являлось компонентом комплексного терапевтического подхода. Анализ результатов клинического и лабораторного исследований выявил положительную динамику изменения состояния пародонта на фоне лечения. Медикаментозная коррекция статуса витамина Д, как компонента комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита позволяет продлить сроки ремиссии заболевания. Полученные данные обосновывают необходимость коррекции статуса витамина Д в комплексном лечении пациентов пародонтологического профиля.

Ключевые слова: стоматология, пародонтит, лечение, витамин Д.

DYNAMICS OF THE MAJOR INDICATORS OF CLINICAL PERIODONTAL STATUS OF PATIENTS WITH VITAMIN D INSUFFICIENCY AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT

Mokrova E. A.¹, Firsova I. V.¹, Zavadovsky B. V.²

¹GBOU VPO "Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, e-mail: pin177@rambler.ru;

FGBI "SRI Keary", Volgograd

One of the risk factors for the development of inflammatory and degenerative disorders in the periodontium is the lack of vitamin D in the body. To improve the quality of periodontal therapy should be included in pathogenetic therapy these patients vitamin D preparation. The aim of this study was to investigate the efficacy of treatment of patients with periodontal pathology on the background of ongoing medical correction of vitamin D. The object of the survey were 120 patients with chronic generalized periodontitis. The inclusion of vitamin D and calcium in the overall treatment of patients with periodontal pathology is a component of an integrated therapeutic approach. Analysis of the results of clinical and laboratory studies revealed a positive dynamics of the periodontal status during treatment. Drug correction of vitamin D status as a component of complex treatment of chronic generalized periodontitis can prolong remission. The findings justify the need for correction of vitamin D status in the complex treatment of periodontal patient profile.

Keywords: dentistry, periodontal disease, treatment, vitamin D.

В настоящее время стоматологическая практика располагает широким выбором методов и средств диагностики и лечения заболеваний пародонта, однако, их применение не всегда приводит к ожидаемому результату. Высокая распространённость заболеваний пародонта, тенденция к росту пародонтальной патологии, отсутствие ожидаемой эффективности после проведённой терапии подразумевают более глубокое изучение механизмов развития пародонтита, в том числе у лиц с сопутствующей патологией. Особый интерес у специалистов вызывает взаимосвязь пародонтальной патологии с системными

нарушениями организма, координирующие его основные физиологические функции. Одним из таких нарушений является недостаточность или дефицит витамина Д в организме, биологические эффекты которого распространяются не только на механизм развития скелетных заболеваний.

Целью нашего исследования стала оценка динамики основных клинических показателей состояния пародонта у пациентов с недостаточностью витамина Д на фоне комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе поликлиники ВолгГМУ и ФГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии г. Волгограда с ноября 2013 по апрель 2015 года. Было проведено обследование и лечение 400 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет, постоянно проживающих в городе Волгограде. Стоматологическое обследование включало изучение пародонтологического статуса с помощью общепринятых методов: клинического и рентгенологического. Статус витамина Д определялся содержанием в сыворотке крови маркера витамина Д-25(ОН). Уровень витамина Д- 50 нмоль /л и ниже рассматривался как Д – витаминная недостаточность, а уровень 25 нмоль /л как Д – дефицит.

Из общего числа пациентов в дальнейшем исследовании приняли участие 60 человек с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени (ХГПл) на фоне недостаточности витамина Д в организме. Методом простой рандомизации пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от назначенного лечения. В первую группу (30 человек) вошли пациенты, которым проводилось традиционное лечение хронического генерализованного пародонтита без коррекции статуса витамина Д. Во вторую группу (30 человек) вошли пациенты, в комплексную терапию которых была включена медикаментозная коррекция недостаточности витамина Д (препарат витамина Д₃+ кальций). Пациентам этой группы назначалась комбинация препарата витамина Д₃ – 800 МЕ и кальция 500мг в день, курс 5 месяцев.

Медикаментозная коррекция недостаточности витамина Д у пациентов осуществлялась в период с ноября по апрель месяцы, с перерывом на апрель – октябрь, время высокой солнечной активности для региона Волгоградской области, для исключения возможной передозировки витамина Д в организме и получения недостоверных результатов исследования. Пациентам, не принимавшим препарат витамина Д, рекомендовали включать в пищевой рацион продукты, содержащие витамин Д, а также прием солнечных «ванн».

Мониторинг состояния пародонта и эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли в период диспансерного наблюдения: через 6, 12 и 18 месяцев.

Все пациенты участвовали в исследовании добровольно, что было зафиксировано в информированном согласии и одобрено Этическим комитетом. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы «StatisticaV.6» и Microsoft Exsel Windows 2000.

Результаты и их обсуждение

Всем пациентам с ХГПл проводили традиционную комплексную терапию, включающую профессиональную гигиену полости рта, избирательное пришлифовывание зубов, местную противовоспалительную терапию пародонтальных карманов 0,2 % раствором хлоргексидинабиглюконата и аппликации метранидазола. Медикаментозная коррекция недостаточности витамина Д являлась компонентом комплексной терапии. Всем пациентам были даны рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта, необходимости санационных мероприятий и соблюдению дозировки и режима приема препарата витамина Д. После купирования воспалительных процессов в тканях пародонта пациенты находились под наблюдением в течение 18 месяцев.

Динамику клинических изменений оценивали с помощью индексных показателей состояния пародонта (индекс Мюлеманна, Число Свракова, РМА, пародонтального индекса) и уровня сывороточного 25(ОН)Д (табл. 1).

Таблица 1

Индексные показатели состояния пародонта и статуса витамина Д у пациентов с ХГП л в динамике

Сроки наблюдения	Индекс Мюлеманна, (ед) M±m	Число Свракова (ед) M±m	ПИ (ед) M±m	РМА (%) M±m	25(ОН)Д нмоль/л M±m
1 группа традиционное лечение (n=30)					
До лечения	2,5±0,05	2,5±0,07	3,6±0,09	40,3±1,2	45,8±0,6
6 месяцев	1,8±0,07	1,5±0,07*	3,0±0,07*	28,9±1,2*	46,3±0,4
12 месяцев	2,2±0,03	1,7±0,07*	2,8±0,1*	24,7±1,2*	45,3±0,3
18 месяцев	2,3±0,6	1,9±0,06	3,4±0,04	30,2±1,6*	45,5±0,6
2 группа традиционное лечение + витамин Д ₃ + кальций (n=30)					
До лечения	2,4±0,5	2,7±0,1	3,7±0,03	41,7±0,9	44,6±0,7
6 месяцев	1,1±0,01	1,5±0,07*	2,4±0,07* ^{**}	18,7±0,9* ^{**}	70,7±1,7 ^{**}
12 месяцев	0,8±0,01* ^{**}	0,9±0,03* ^{**}	2,2±0,09* ^{**}	10,0±1,3* ^{**}	81,9±0,3 ^{**}
18 месяцев	0,8±0,5* ^{**}	1,0±0,03* ^{**}	2,2±0,04* ^{**}	10,2±1,6* ^{**}	96,5±0,6* ^{**}

* – статистически значимая разница с показателями до лечения, $p < 0,05$;

** – статистически значимая разница с соответствующими показателями до лечения в группах, $p < 0,05$.

Согласно полученным результатам, у пациентов 1 группы, не принимавших препарат витамина Д, наблюдались достоверно худшие результаты по сравнению со 2 группой, получавших помимо традиционного лечения курс медикаментозной коррекции гиповитаминоза.

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения в первой группе достоверно ниже стали показатели индекса РМА в 1,3 раза, йодного числа Свракова в 1,6 раза, пародонтального индекса в 1,2 раза. Во второй группе достоверная разница наблюдалась не только с показателями до лечения внутри группы (индекс РМА в 2,2 раза, йодное число Свракова в 1,8 раза, пародонтального индекса в 1,5 раза), но соответствующими значениями первой группы. Следует отметить и разницу в содержании сывороточного 25(ОН)Д в крови пациентов у первой и второй групп спустя 6 месяцев. Если в контрольной группе, пациенты которой следовали рекомендациям по включению в свой рацион продуктов, богатых витамином Д, уровень 25(ОН)Д повысился всего на 2,3 нмоль/л, то в основной группе, пациентам которой назначалась медикаментозная коррекция витамина Д – на 26,2 нмоль/л.

Состояние пародонта через 12 месяцев демонстрирует положительную клиническую динамику, в основном у пациентов второй группы, в то время как показатели состояния пародонта первой группы несколько ухудшились по сравнению с предыдущим периодом наблюдения. На фоне повышения сывороточного уровня 25(ОН)Д до 81,9 нмоль/л у пациентов второй группы отмечается достоверная разница не только с соответствующими показателями внутри группы, но и с аналогичными значениями первой группы: индекс Мюлеманна снизился в 2,7 раза, число Свракова в 1,8 раза, РМА – в 2,5 раза, а ПИ – в 1,2 раза.

Через 18 месяцев наблюдения клиническое состояние пародонта у пациентов второй группы оставалось стабильным. Индексные показатели были достоверно лучше по сравнению с предыдущими значениями как внутри группы, так и с соответствующими показателями у пациентов первой группы. В первой группе, пациенты которой не принимали препарат витамина Д, индексные значения практически вернулись к исходному уровню (начало лечения) и не имели статистически значимой разницы с показателями предыдущих сроков наблюдения. На фоне оптимальных значений сывороточного 25(ОН)Д, которые регистрировались через 18 месяцев, наблюдения у пациентов второй группы показатели состояния пародонта демонстрировали положительную стойкую клиническую картину ремиссии заболевания.

Анализ данных рентгенологического обследования на момент обращения и через 18 месяцев после начала лечения пациентов основной и контрольной групп проводили на основании показателей индекса Fush (IF), характеризующего степень резорбции вершин межзубных перегородок (табл. 2).

Таблица 2

Показатели индекса Fush у основной и контрольной групп пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в динамике

Срок наблюдения	I группа	II группа
До лечения	0,68±0,02	0,67±0,1
Через 18 месяцев	0,62±0,01	0,66±0,02

Значение индекса резорбции (IF) через 18 месяцев после начала лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом менялось неравномерно. Если во II группе, пациентам которой проводилась медикаментозная коррекция гиповитаминоза Д, показатель индекса Fush снизился лишь на 0,0–0,02 единицы по сравнению с исходными данными, то в контрольных группах IF снизился на 0,06–0,08 единицы. Таким образом, наблюдение пациентов в течение 18 месяцев после начала лечения показало, что интенсивность резорбции костной ткани при хроническом генерализованном пародонтите у пациентов, принимавших препарат витамина Д₃+кальций ниже, чем у пациентов, не использовавших данный препарат.

Активная общая и местная терапия пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом позволила продлить сроки ремиссии и сократить число рецидивов заболевания в большинстве случаев (табл. 3). Однако частота обострений ХГП в контрольных и основных группах исследования была различной. Так, в группе пациентов (I группа), не получавших медикаментозную коррекцию гиповитаминоза Д, число обострений за весь период наблюдения регистрировалось в среднем 1,8 на одного больного. В группе сравнения (II группа) рецидив заболевания выявлялся в 0,9 случаях. Регулярное применения пациентами с ХГПл препарата витамина Д₃+кальций позволило продлить период ремиссии в среднем на 3,4 месяца дольше, чем в контрольной группе. Достоверная разница в частоте случаев обострения выявлена и у пациентов с ХГПс. Число обострений заболевания за 18 месяцев у пациентов III группы составило в среднем 2,2 на одного больного, в то время как в IV группе – 1,2. У пациентов с ХГПс, которым проводилась фармакотерапия недостаточности витамина Д, сроки ремиссии заболевания продлились в среднем на 4,3 месяца.

Таблица 3

Частота обострений и длительность ремиссии ХГП у пациентов с недостаточностью
витамина Д

Показатель	Пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом, (ХГП)			
	I группа ХГПл n=30	II группа ХГПл n=30	III группа ХГПс n=30	IV группа ХГПс n=30
Частота обострений, (кол-во за 18 мес.)	1,8±0,06	0,9 ±0,07*	2,2±0,1	1,2±0,1 **
Длительность ремиссии, (мес.)	5,8±0,2	9,2±0,3*	4,3±0,1	8,6±0,1**

* – статистически значимая разница между показателями I и II группами, $p < 0,05$;

** – статистически значимая разница между показателями III и IV группами, $p < 0,05$.

Выводы

Традиционная терапия ХГПл у лиц с недостаточностью витамина Д без медикаментозной коррекции его статуса в организме не имеет долгосрочного и стойкого эффекта.

Включение в комплексную терапию ХГПл препаратов витамина Д и кальция лицам с гиповитаминозом позволяет не только купировать воспаление в пародонте, но и стабилизировать его клиническое состояние.

Медикаментозная коррекция статуса витамина Д как компонента комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита является патогенетически и клинически обоснованной.

Список литературы

1. Гилязова Д. Г. 25(ОН)-витамин D: от маркера костного и минерального обмена до индикатора общего состояния здоровья // Справочник заведующего КДЛ. – 2010. – № 9. – С. 22–26.
2. Журавлева М. В., Фирсова И. В., Воробьев А. А., Македонова Ю. А., Федосеева Е. А. Немедикаментозные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2015. – Т.20. – № 1 (74). – С. 65–67.
3. Казанцев А. В., Суетенков Д. Е. Гендерные особенности агрегационных свойств тромбоцитов у больных с хроническим генерализованным пародонтитом // Пародонтология.

– 2014. – Т.19. – № 1. – С.7-12.

4. Кучумова Е. Д., Леонтьев А. А., Калинина О. В., Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта // Пародонтология. – 2008. – № 1. – С.23-27.

5. Фирсова И. В., Воробьев А. А., Македонова Ю. А., Журавлева М. В, Мокрова Е. А. Экспериментальная модель для исследования влияния метода комбинированного плазмолифтинга на слизистую оболочку полости рта // Пародонтология. – 2015. – № 3 (76). – С.28-33.

6. Фирсова И. В., Мокрова Е. А., Заводовский Б. В., Македонова Ю. А. Витамин Д и его роль в развитии стоматологических заболеваний / Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/120-15773>

7. Firsova I. V., Makedonova Iu. A., Mikhachenko D. V., Poroiskii S. V., Sirak S. V. Clinical and experimental study of the regenerative features of oral mucosa under autohemotherapy // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2015. – Т. 6, № 6. – С. 1711-1716.

8. Holik M. F. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. // Am. J. Clin.Nutr. – 2004. – 79(3): P.362–371.

9. Holik M. F. Vitamin D deficiency // New Engl. J. Med. – 2007. – V.297. – P. 266–281.

10. Munger K. L. et al. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of multiple sclerosis // Journal of the American Medical Association. – 2006. – V. 296. – P. 2832–2838.