

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

**З.О. Бумбар**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Ключові слова:**

комплексне лікування, сечокам'яна хвороба, захворювання пародонта.

Клінічна та експериментальна патологія Т.16, №3 (61). С.12-18.

DOI:10.24061/1727-4338.XVI.3.61.2017.29

E-mail: zenysja@gmail.com

**Резюме. Мета роботи** - опрацювання патогенетичної медикаментозної терапії для комплексного лікування пародонтиту в хворих сечокам'яною хворобою.

**Матеріали і методи.** Проведено лікування захворювань пародонта у 60 осіб, хворих сечокам'яною хворобою (СКХ), двома комплексними лікувальними схемами - стандартною по протоколу та опрацьованою із застосуванням засобу із вмістом тіотриазоліну.

**Результати.** Простежене значне покращення стану зубоутримуючих тканин у хворих які отримували лікування опрацьованою медикаментною схемою за клінічними критеріями та згідно показників параклінічних об'єктивних оцінок після проведеного лікування.

**Висновки.** Встановлено переваги із застосуванням опрацьованої фармакотерапії на основі тіотриазоліну при пародонтиті у хворих на фоні СКХ.

**Ключевые слова:**

комплексное лечение, мочекаменная болезнь, заболевания пародонта.

Клиническая и экспериментальная патология Т.16, №3 (61). С.12-18.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**З.О. Бумбар**

**Резюме. Цель работы** - усовершенствование патогенетической медикаментозной терапии для комплексного лечения пародонтита у больных при мочекаменной болезни.

**Материалы и методы.** Проведено лечение заболеваний пародонта у 60 человек, больных мочекаменной болезнью (МКБ), по двум комплексным лечебным схемам - стандартной по протоколу и разработанной нами с применением средства, содержащую тиотриазолин.

**Результаты.** Прослежено значительное улучшение состояния зубоудерживающих тканей у больных лиц получавших лечение согласно разработанной медикаментной схемы по клиническим критериям и в соответствии показателей параклинических объективных оценок после проведенного лечения.

**Выводы.** Установлено преимущество применения разработанной фармакотерапии с использованием тиотриазолина при пародонтите у лиц больных МКБ.

**Key words:** complex treatment, urolithiasis, periodontal diseases.

Clinical and experimental pathology. Vol.16, №3 (61). P.12-18.

**MULTIMODALITY THERAPY OF PARADONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS**

**Z.O. Bumbar**

**Abstract. Objective.** To improve complex treatment of inflammatory and dystrophic-inflammatory periodontal diseases in patients with urolithiasis.

**Material and methods.** The treatment of periodontal diseases in 60 patients with urolithiasis was maintained using two complex treatment regimes - the standard one and elaborated one with combined use of pharmacotherapy with thiotriazoline content.

**Results.** A significant improvement in the state of the tooth-retaining tissues was observed in patients who received therapy according to the developed medicament scheme and parameters of paraclinical objective assessments following the conducted treatment.

**Conclusions.** The obvious advantages due to the usage of the developed scheme containing thiotriazoline in patients with periodontal diseases against a background of urolithiasis were established.

**Вступ**

Обґрунтування вибору фармакологічних препаратів та розробку схем лікування захворювань пародонта у хворих СКХ проведено з урахуванням аналізу патології

генезу уражень зубо-утримуючих структур на тлі СКХ, клінічних і додаткових спостережень та клінічно-лабораторних досліджень [1]. Опрацьовано лікарську композицію із вмістом тіотриазоліну - стоматологічний спрей

"Засіб у формі спрею для терапії запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонта", який був включений до комплексу лікувально-профілактичних заходів при лікуванні захворювань пародонта у хворих на СКХ [2]. Тіотриазолін, як ведучий компонент у розробленій лікарській композиції, має цитопротекторну, протизапальну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу та регенеративну дію [3].

### Мета роботи

Підвищення ефективності лікування хворих із пародонтопатологією на фоні уролітіазу.

### Матеріали і методи дослідження

Комплексне лікування захворювань пародонта було проведено 60 хворим на СКХ, розділених залежно від застосованої фармакотерапії на дві групи (основну та контрольну) по 30 осіб у кожній. Групи були співставні за особовою та діагностичною структурою. Комплексне лікування генералізованого пародонтиту початкового-І та ІІ ступеня важкості у хворих проводилося на стадії ремісії уролітіазу. Загальне лікування урологічної патології проводилось лікарем-інтерністом в умовах денного стаціонару та складалося із спазмолітичної, антибактеріальної та протизапальної терапії, до якої входив нефропротектор "Уролесан".

При місцевому стоматологічному лікуванні захворювань пародонта у хворих основної групи використовували загальноприйнятий комплекс заходів з використанням загальнозживаних антисептиків; окрім того, в лікування було введено опрацьовані нами схеми з застосуванням розробленої лікарської композиції у формі спрею із вмістом тіотриазоліну "Засіб у формі спрею для терапії запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонта".

Лікування хворих групи контролю проводили за загальноприйнятими схемами з використанням антисептичних засобів, таких самих, як і в основній групі; в якості медикаменту репаративної дії використовували офіційну мазь "Пантестин". Для полоскань та рото-

вих ванночок призначали офіційні неогаленові препарати.

Медикаментозне лікування осіб основної групи включало аплікації спрею тіотриазоліну і його самостійне застосування як фармакотерапевтичне призначення. Після курсу лікування особам основної групи було рекомендовано зрошення ясен розробленим спреєм на основі тіотриазоліну два рази на день після гігієнічних заходів. Фармакотерапія осіб групи контролю була традиційною відповідно галузевого стандарту

Додатково для хворих основної групи призначали підтримувальну терапію за розробленими методиками із застосуванням опрацьованої медикаментозної композиції:

Ефективність комплексного лікування захворювань пародонта у групах спостереження оцінювали за клінічними критеріями: "нормалізація", "покращення" та "без змін", - у віддалені терміни: 6, 12-18 місяців, визначали об'єктивні індексні оцінки та функціональні показники, проводили Rtg контроль [4].

Статистичну обробку результатів проводили для середніх величин за t-критерієм Ст'юдента, для відносних величин - за кутовим перетворенням Фішера ( $\phi$ ), статистичним методом варіаційних рядів з використанням критерію Манна - Уїтні. Результати представлені у вигляді  $M \pm m$ , де  $M$  - вибіркове середнє,  $m$  - помилка середнього. Зміни вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

### Результати та їх обговорення

Безпосередні результати комплексного лікування осіб із СКХ хворих на генералізований пародонтит початкового - І та ІІ ступенів важкості залежно застосованих схем лікування представлено у табл. 1. Оцінювання результатів лікування згідно клінічних критеріїв показало, що відсоток хворих, у яких стан пародонта нормалізувався, був достовірно вищим серед осіб основної групи, ніж у пацієнтів групи контролю (85,71% проти 57,14%,  $p < 0,05$ ). Поліпшення стану пародонта (значне зниження клінічних проявів запалення) спостерігалось

Таблиця 1

Безпосередні результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит

Групи спостереження	Всього хворих	Ефективність лікування		
		нормалізація	покращання	без змін
Основна	21	18 (85,71 %)	2 (9,53 %)	1 (4,76 %)
Контрольна	21	12 (57,14 %)	6 (28,58 %)	3 (14,28 %)
Достовірність різниці між показниками (p)		<0,05	>0,05	>0,05

у трьох хворих основної групи (9,53%) та у шести хворих групи контролю (28,58 %). Клінічні характеристики пародонта не змінилися у одного хворого (4,76 %) основної групи та трьох хворих (14,28 %) контрольної групи.

У хворих основної групи для ліквідації явищ запалення (зникнення ознак симптоматичного гінгівіту, припинення ексудації та гранулювання з пародонтальних кишень) потрібно було провести у середньому 3-4 Клінічна та експериментальна патологія. 2017. Т.16, №3 (61)

лікувальні процедури при ГП початкового - І ступеня та 5-6 процедур при ГП ІІ ступеня. У групі контролю лікування було більш тривалим і в середньому проводилося протягом 5-6 відвідувань при ГП початкового - І ступеня та протягом 8-9 при ГП ІІ ступеня.

Стан зубоутримуючих тканин у віддалені терміни спостереження за клінічними критеріями представлено у таблиці 2.

Таким чином, порівняння динаміки стану пародон-

Таблиця 2

## Ефективність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит у віддалені терміни

Групи спостереження	Через 6 місяців після лікування				Через 12-18 місяців після лікування			
	Всього хворих	Ремісія	Без змін	Прогресування	Всього хворих	Ремісія	Без змін	Прогресування
Основна	20	15 (75,00 %)	4 (20,00 %)	1 (5,00 %)	18	11 (61,11 %)	5 (27,78 %)	2 (11,11 %)
Контрольна	18	7 (38,89 %)	7 (38,89 %)	4 (22,22 %)	17	4 (23,53 %)	8 (47,06 %)	5 (29,41 %)
Достовірність різниці між показниками (p)	<0,05	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	>0,05	

та хворих обох груп через 6 місяців після лікування (табл. 2) виявило, що в основній групі був зареєстрований більший відсоток пацієнтів зі стійкою ремісією, ніж у групі контролю (75,00% проти 38,89%,  $p < 0,05$ ).

Результати спостереження хворих через 12-18 місяців після лікування (табл. 2) показали зниження відсотка пацієнтів із клінічними критеріями "стійка ремісія" у обстежених обох груп. Однак, серед хворих основної групи відсоток осіб із стійкою ремісією достовірно був вищим за відповідний показник у групі контролю (61,11 % проти 23,53%,  $p < 0,05$ ).

Ефективність комплексного лікування генералізованого пародонтиту у групах спостереження об'єктивізовано індексними оцінками та функціональними пробами.

Безпосередньо після проведеного комплексного лікування ГП у хворих обох груп спостерігали осягнення високого рівня гігієни, про що засвідчували показники гігієнічного індексу (ГІ) (табл. 3).

При повторному огляді через 6 місяців спостеріга-

лось зниження цифрових оцінок гігієнічного стану порожнини рота у хворих обох груп, співставно з періодом безпосередньо після лікування. Однак, як у хворих основної групи, так і у хворих групи контролю, показники ГІ залишались достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчими за відповідні показники до лікування. Достовірних різниць між показниками ГІ пацієнтів основної та контрольної групи, як серед хворих на ГП початкового - I ступеня, так і серед хворих на ГП II ступеня на шестимісячному етапі спостереження не було встановлено.

Через 12-18 місяців при лікуванні яких застосували засіб із тіотриазоліном, спостерігалось достовірне ( $p < 0,001$ ) зниження показників ГІ, порівняно із рівнем до лікування, на 48,06% серед осіб із ГП початкового - I ступеня та на 45,10% серед осіб із ГП II ступеня. У групі контролю достовірне зниження рівня ГІ (тільки на 23,27%) було зареєстровано лише серед осіб, які страждали на ГП початкового - I ступеня, а зниження рівня ГІ у хворих на ГП II ступеня (на 10,31%) було недостовірним ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 3

Динаміка гігієнічного індексу у групах спостереження до і після лікування ( $M \pm m$ )

Терміни і групи спостереження	ГП початкового-I ступеня		ГП II ступеня	
	Кількість обстеж.	ГІ	Кількість обстеж.	ГІ
До лікування:				
основна група	14	2,58 ± 0,21	7	3,06 ± 0,24
контрольна група	16	2,45 ± 0,19	5	2,92 ± 0,27
Після лікування:				
основна група	14	1,17 ± 0,11	7	1,28 ± 0,12
контрольна група	16	1,25 ± 0,15 †††, †††	5	1,41 ± 0,14 †††, †††
Через 6 місяців:				
основна група	14	1,26 ± 0,14	6	1,36 ± 0,15
контрольна група	13	1,64 ± 0,19 †††, †††	5	1,88 ± 0,21 †††, †
Через 12-18 місяців:				
основна група	12	1,34 ± 0,17	6	1,68 ± 0,25
контрольна група	12	1,88 ± 0,18 *, †††, †	5	2,61 ± 0,21 *, †††

Примітка: Достовірність різниці між показниками: 1. У хворих основної групи стосовно контролю: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ . 2. У хворих основної групи до та у різні терміни після лікування: † -  $p < 0,05$ , †† -  $p < 0,01$ , ††† -  $p < 0,001$ . 3. У хворих контрольної групи до та у різні терміни після лікування: ‡ -  $p < 0,05$ , ‡‡ -  $p < 0,01$ , ‡‡‡ -  $p < 0,001$ .

Ефективність застосування різних методів лікування об'єктивізує динаміка пародонтального індексу (ПІ) у групах спостереження (табл. 4).

За даними табл. 4, безпосередньо після проведеного комплексного лікування у хворих з ГП початкового - I ступеня величина ПІ достовірно ( $p < 0,001$ ) знизилась як в основній групі (з  $2,24 \pm 0,19$  до  $1,08 \pm 0,09$  бала), так і в контрольній групі (з  $2,17 \pm 0,13$  до  $1,36 \pm 0,07$  бала). Така ж динаміка рівнів ПІ спостерігалась і серед пацієнтів, які страждали на ГП II ступеня.

Повторний огляд через 6 місяців після лікування виявив достовірне ( $p < 0,05$ ) зростання у порівнянні із періодом безпосередньо після лікування рівнів ПІ серед осіб, які страждали на ГП початкового - I ступеня в основній групі до  $1,34 \pm 0,08$ , а у групі контролю - до  $1,72 \pm 0,10$  бала. Однак, порівняно із рівнями ПІ до лікування, через 6 місяців величини ПІ в обох групах були достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчими.

Як свідчать наведені вище дані, за цифровими значеннями ПІ хворих на ГП II ступеня за піврічний термін стан тканин пародонта демонстрував стійкіші результати лікування й збереженість досягнутих результатів те-

рапії, ніж у контролі.

У порівнянні із цифровими значеннями індексу до лікування через 12-18 місяців після лікування достовірне зниження показників ПІ спостерігалось тільки в основній групі.

Серед хворих групи контролю, які страждали на ГП початкового - I ступеня, через 12-18 місяців після лікування значення ПІ у порівнянні із такими до лікування недостовірно зросли на 9,68% (з  $2,17 \pm 0,13$  до  $2,38 \pm 0,05$  бала,  $p > 0,05$ ), а серед хворих груп контролю, які страждали на ГП II ступеня, показники ПІ недостовірно знизилися на 5,23% (з  $3,44 \pm 0,17$  до  $3,26 \pm 0,03$  бала,  $p > 0,05$ ).

Таким чином, через 12-18 місяців вірогідність відмінностей ПІ порівняно з даними до лікування засвідчила стабільність ремісії лише у осіб основної групи, у якій застосовували розроблену медикаментозну композицію.

Про згасання запального процесу у тканинах пародонта після проведеного комплексного лікування свідчило зростання капілярорезистентності, про що судили згідно часу утворення вакуум-гематом за Кулаженко (табл. 5).

Таблиця 4

Динаміка пародонтального індексу (ПІ) у групах спостереження до і після лікування ( $M \pm m$ )

Терміни і групи спостереження	ГП початкового – I ступеня		ГП II ступеня	
	Кількість обстеж.	ПІ	Кількість обстеж.	ПІ
До лікування:				
основна група	14	$2,24 \pm 0,19$	7	$3,61 \pm 0,21$
контрольна група	16	$2,17 \pm 0,13$	5	$3,44 \pm 0,17$
Після лікування:				
основна група	14	$1,08 \pm 0,09$	7	$2,15 \pm 0,22$
контрольна група	16	$1,36 \pm 0,07$ †††, ‡‡‡	5	$2,28 \pm 0,10$ †††, ‡‡‡
Через 6 місяців:				
основна група	14	$1,34 \pm 0,08$	6	$2,48 \pm 0,07$
контрольна група	13	$1,72 \pm 0,10$ **, †††, ‡	5	$2,76 \pm 0,04$ **, †††, ‡‡
Через 12–18 місяців:				
основна група	12	$1,76 \pm 0,08$	6	$2,82 \pm 0,05$
контрольна група	12	$2,38 \pm 0,05$ ***, †††	5	$3,26 \pm 0,03$ ***, ††

Примітка: Достовірність різниці між показниками: 1. У хворих основної групи стосовно контролю: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ . 2. У хворих основної групи до та у різні терміни після лікування: † -  $p < 0,05$ , †† -  $p < 0,01$ , ††† -  $p < 0,001$ . 3. У хворих контрольної групи до та у різні терміни після лікування: ‡ -  $p < 0,05$ , ‡‡ -  $p < 0,01$ , ‡‡‡ -  $p < 0,001$ .

До проведення комплексного лікування хворих на ГП початкового - I ступеня вакуум-гематоми виникали в середньому за  $17,66 \pm 0,56$  с у хворих основної групи та за  $18,82 \pm 0,42$  с у хворих контрольної групи ( $p > 0,05$ ) (табл. 5). Серед пацієнтів, які страждали на ГП II ступеня, показники часу утворення гематоми були відповідно  $13,78 \pm 0,38$  с та  $14,74 \pm 0,26$  с ( $p > 0,05$ ). Наведені вище показники часу утворення гематом свідчили про значне зниження капіляростійкості ясен пацієнтів усіх груп.

Безпосередньо після проведеного лікування в обстежених осіб час утворення вакуум-гематом суттєво збільшився (табл. 5).

У віддалені терміни спостерігалось зменшення часу утворення гематом у всіх пацієнтів. Однак, як серед пацієнтів, які страждали на ГП початкового - I ступеня, Клінічна та експериментальна патологія. 2017. Т.16, №3 (61)

так і пацієнтів із ГП II ступеня, час утворення гематом був більшим при застосуванні розробленої фармакотерапії, ніж у контролі ( $44,68 \pm 1,01$  с проти  $41,06 \pm 0,96$  с,  $p < 0,05$  та  $40,92 \pm 0,87$  с проти  $37,39 \pm 0,65$  с,  $p < 0,05$ ).

Отже, за показниками капілярорезистентності терапевтичний вплив тіотриазоліну на контроль ішемії тканин пародонта знаходив підтвердження при лікуванні пародонтологічних хворих.

У процесі дослідження ми оцінювали ефективність проведеного комплексного лікування ГП початкового - I ступеня у хворих обох груп на підставі показників ультразвукової ехоостеометрії фронтальних та бічних ділянок нижньої щелепи пацієнтів як показника стану зубоутримуючих тканин. Як засвідчили цифрові дані, представлені у табл. 6, до лікування достовірних різниць між

Стойкість капілярів ясен до дозованого вакууму в хворих на генералізований пародонтит до та після лікування

Терміни і групи спостереження	Час утворення вакуум-гематом (с)			
	Кількість обстеж.	ГП початкового – I ступеня	Кількість обстеж.	ГП II ступеня
До лікування: основна група контрольна група	14	17,66±0,56	7	13,78±0,38
	16	18,82±0,42	5	
Після лікування: основна група контрольна група	14	48,24±0,58	7	44,82±0,58
	16	46,65±0,43 *, †††, ††††	5	42,30±0,42 **, †††, ††††
Через 6 місяців: основна група контрольна група	14	44,68±1,01	6	40,92±0,87
	13	41,06±0,96 *, †††, ††††	5	37,39±0,65 *, †††, ††††
Через 12–18 місяців: основна група контрольна група	12	39,20±1,08	6	35,31±1,12
	12	34,75±1,26 *, †††, ††††	5	30,84±1,18 *, †††, ††††

Примітка: Достовірність різниці між показниками: 1. У хворих основної групи стосовно контролю: \* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001. 2. У хворих основної групи до та у різні терміни після лікування: † - p<0,05, †† - p<0,01, ††† - p<0,001. 3. У хворих контрольної групи до та у різні терміни після лікування: ‡ - p<0,05, ‡‡ - p<0,01, ‡‡‡ - p<0,001.

Таблиця 6

Час поширення ультразвуку по нижній щелепі при СКХ у хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеня до і після лікування (M±m, мкс)

Терміни та групи спостереження	Кількість обстежених	Ділянка дослідження	
		фронтальна	бічна
До лікування основна група контрольна група	14	15,5±0,19	14,7±0,12
	16	15,0±0,21	14,3±0,17
Після лікування основна група контрольна група	14	15,2±0,09	14,4±0,21
	16	15,4±0,12	14,5±0,18
Через 6 місяців основна група контрольна група	14	13,5±0,10	12,2±0,31
	13	14,7±0,18 ***, †††	13,8±0,29 ***, †††
Через 12-18 місяців основна група контрольна група	12	14,2±0,31	13,4±0,42
	12	15,5±0,17 **, ††	14,7±0,26 *, ††

Примітка: Достовірність різниці між показниками: 1. У хворих основної групи стосовно контролю: \* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001. 2. У хворих основної групи до та у різні терміни після лікування: † - p<0,05, †† - p<0,01, ††† - p<0,001. 3. У хворих контрольної групи до та у різні терміни після лікування: ‡ - p<0,05, ‡‡ - p<0,01, ‡‡‡ - p<0,001.

показниками часу поширення ультразвуку в хворих основної та контрольної групи не було.

Безпосередньо після проведеного лікування у хворих на ГП початкового - I ступеня час поширення ультразвуку достовірно не змінився в жодній групі.

У віддалені терміни спостереження (12-18 місяців) мало місце достовірне (p<0,05) зростання показників ультразвукової ехоостеометрії нижньої щелепи, у порівнянні із даними огляду через 6 місяців після лікування, - в основній групі до 14,2 ± 0,31 мкс у фронтальних та до 13,4 ± 0,42 мкс у бічних ділянках, а у контрольній групі до 15,5 ± 0,17 мкс у фронтальних та до 14,7 ± 0,26 мкс у бічних ділянках. При цьому у порівнянні із дани-

ми до лікування огляду у 12-18 місяців виявив, що показники часу поширення ультразвуку по нижній щелепі достовірно (p<0,01) зменшились лише в основній групі, а саме: у фронтальних ділянках - на 8,39% (з 15,5 ± 0,19 до 14,2 ± 0,31 мкс) та у бічних ділянках - на 8,84% (з 14,7 ± 0,12 до 13,4 ± 0,42 мкс).

Порівняно із показниками до лікування у віддалені терміни час поширення ультразвуку по нижній щелепі хворих на ГП II ступеня достовірно зменшився тільки серед пацієнтів основної групи (табл. 7).

При співставленні даних щодо фармакотерапевтичних методик середні показники ультразвукової ехоостеометрії нижньої щелепи були достовірно ниж-

Таблиця 7

Час поширення ультразвуку по нижній щелепі при СКХ у хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеня до і після лікування (M±m, мкс)

Терміни та групи спостереження	Кількість обстежених	Ділянка дослідження	
		фронтальна	бічна
До лікування основна група контрольна група	7	17,9±0,48	16,5±0,19
	5	18,3±0,37	17,1±0,28
Після лікування основна група контрольна група	7	18,0±0,23	16,4±0,32
	5	18,1±0,41	17,0±0,17
Через 6 місяців основна група контрольна група	6	16,6±0,29	15,4±0,39
	5	17,7±0,36 *, †	16,6±0,18 *, †
Через 12-18 місяців основна група контрольна група	6	16,7±0,17	15,8±0,22
	5	18,0±0,42 *, †	16,8±0,31 *, †

Примітка: Достовірність різниці між показниками: 1. У хворих основної групи стосовно контролю: \* - p<0,05, \*\* - p<0,01, \*\*\* - p<0,001. 2. У хворих основної групи до та у різні терміни після лікування: † - p<0,05, †† - p<0,01, ††† - p<0,001. 3. У хворих контрольної групи до та у різні терміни після лікування: ‡ - p<0,05, ‡‡ - p<0,01, ‡‡‡ - p<0,001.

чими серед пацієнтів основної групи (p<0,05).

### Висновки

1. Застосування патогенетично спрямованих середників у комплексному лікуванні ЗП на фоні СКХ скорочує його терміни, збільшує кількість випадків стійкої ремісії, запобігає рецидивам захворювання.

2. Динаміка клінічного стану зубоутримуючих тканин та параклінічних об'єктивних оцінок, у тому числі рівня гігієнічного статусу після проведеного лікування та у віддалені терміни спостереження засвідчувала переваги у застосуванні опрацьованої медикаментозної схеми у хворих на пародонтит при СКХ порівняно із результатами традиційного лікування з приводу ГП без врахування системної урологічної патології.

3. Співставлення результатів лікування в основній і контрольній групах наочно демонструє позитивний ефект та переваги розробленої схеми лікування із комбінованим застосуванням урелесану та лікарської композиції із вмістом тіотриазоліну.

4. Опрацьована композиція забезпечувала достатній фармакотерапевтичний контроль утримання досягнутих протизапальних ефектів і стабілізацію пародонтальних структур, а власне репаративну підтримку зубоутримуючих тканин безпосередньо після лікування та у віддалені його терміни.

### Перспективи подальших досліджень

Розробка більш досконалих програм навчання лікарів-стоматологів для лікування захворювань тканин пародонта обтяжених супутньою патологією.

### Список літератури.

1. Шилівський ІВ. Стан пародонту у хворих із сечокам'яною хворобою. Галицький лікарський вісник. 2003;10(1):166-8.

2. Федін РМ, Бумбар ЗО, Пінязько ОР, винахідники; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, патентовласник. Засіб у формі спрею для терапії запальних та дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта. Патент України № 103627. 2015 Груд 25.

3. Демкович АС. Роль порушень оксидативних процесів у динаміці розвитку експериментального постекстракційного альвеоліту та їх корекція тіотриазоліном. Медична хімія. 2013;15(4):64-7.

4. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд: МКХ-10. Київ: Здоров'я; 1998. Т 1. Ч 1, Спеціальні переліки для статистичного опрацювання; 1998. 685 с.

### References.

1. Shylyivskiy IV. Stan parodontu u khvorykh iz sechokam'ianoiu khvoroboiu [Periodontal condition in patients with urolithiasis]. Halytskyi likarskyi visnyk. 2003;10(1):166-8. (in Ukrainian).

2. Fedin RM, Bumbar ZO, Piniashko OR, vynakhidnyky; Lvivskiy natsionalnyi medychnyi universytet imeni Danyla Halytskoho, patentovlasnyk. Zasyb u formi spreiu dlia terapii zapalnykh ta dystrofichno-zapalnykh zakhvoriuvan tkanyn parodonta [Drug in the form of spray for treatment of inflammatory and dystrophic-inflammatory diseases of periodontal tissues]. Patent Ukrainy № 103627. 2015 Hrud 25. (in Ukrainian).

3. Demkovich AE. Rol porushen oksydatsiinykh protsesiv u dynamitsi rozvytku eksperymentalnoho postekstraktsiinoho alveolitu ta yikh korektsiia tiotriazolinom [Role of disturbances of oxidation processes in the dynamics of experimental post-extraction alveolitis and their correction by thiotriazolium]. Medychna khimiia. 2013;15(4):64-7. (in Ukrainian).

4. Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnennykh problem okhorony zdorov'ia. Desiatyi perehliad: MKKh-10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth review: MKH-10]. Kyiv: Zdorov'ia; 1998. T 1. Ch 1, Spetsialni pereliki dlia statystychnoho opratsiuvannia; 1998. 685 s. (in Ukrainian).

**Відомості про авторів:**

Бумбар Зиновія Олегівна - асистент кафедри терапевтичної стоматології ФПДО ЛНМУ імені Д. Галицького

**Сведения об авторах:**

Бумбар Зиновия Олеговна - ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФПДО ЛНМУ имени Д. Галицкого

**Information about the authors:**

Bumbar Zenoviya - assistant professor, Department of therapeutic dentistry faculty of postgraduate education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

*Стаття надійшла до редакції 5.08.2017*

*Рецензент – проф. Н.Б.Кузняк*

*© З.О. Бумбар, 2017*

---