

**Е.П. Зиньковская, Е.В.Честных, А.Ж. Петрикас
ГИНГИВИТ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ВЫЗВАННЫЙ ДИФЕНИНОМ**

ГБОУ ВПО Тверской ГМА Минздрава России

Статья посвящена изучению стоматологического статуса больных эпилепсией, получающих дифенин (фенитоин). Авторы подтвердили его гингивотропное действие, показали развитие гипертрофического гингивита у 31,3% больных эпилепсией, получающих дифенин в качестве монотерапии или в комплексе с другими препаратами, преобладание отечной формы заболевания.

Ключевые слова: эпилепсия, гипертрофический гингивит, дифенин (фенитоин).

GINGIVITIS IN PATIENTS WITH EPILEPSY CAUSED BY PHENYTOIN

E.P. Zinkovskaya, E.V. Chestnyh, A.Z. Petrikas

Tver State Medical Academy

The article is devoted to the study of the dental status of epileptic patients receiving phenytoin. The authors confirmed its gingivotropism, showed the development of hypertrophic gingivitis in 31,3% of patients with epilepsy receiving phenytoin as monotherapy or in combination with other drugs, the prevalence of the edematous form of the disease.

Key words: epilepsy, hypertrophic gingivitis, dipheninum (phenytoin).

Введение

В своей практике врач-стоматолог довольно часто сталкивается с гипертрофией десны, различая отечную и фиброзную форму гипертрофического гингивита (ГГ). В качестве его этиологических факторов может выступать эндокринная патология, хроническая травма, постоянный или продолжительный прием каких-либо медикаментозных препаратов.

В частности, лекарственный гипертрофический гингивит описан при назначении давно применяемого в клинике и хорошо известного противоэпилептического препарата дифенина (МНН Phenytoin). Первое сообщение о ГГ как побочном эффекте приема дифенина было сделано в 1939 году. Гингивотропность дифенина наблюдается у 50-60% больных, принимающих данный препарат постоянно как минимум в течение 6 месяцев.

В дальнейших работах была показана положительная зависимость степени выраженности ГГ от количества зубного налета, воспалительных явлений в десне, глубины зубодесневых карманов и кариеса зубов. Тщательный гигиенический уход за полостью рта не препятствует возникновению ГГ, но контролирует степень разрастания десны и позволяет поддерживать минимальный уровень ее гипертрофии.

К гипертрофии десен также оказались причастными и фармакологические средства иных классов, в частности, селективный блокатор кальциевых каналов нифедипин и

иммунодепрессивное средство циклоспорин. Как свидетельствуют данные литературы, циклоспорин в отношении токсического действия на десны опережает другие лекарства.

Интереса стоматологов к дифенину, имевшего место до 70-х годов прошлого века, теперь не наблюдается, хотя данный препарат по-прежнему применяется в эпилептологии, как правило, в составе противосудорожных лекарственных комбинаций.

Цель: изучить частоту и особенности лекарственного ГГ, развившегося после лечения эпилепсии дифенином, для оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы

В одномоментном исследовании 119 больных Тверского областного клинического психоневрологического диспансера и Тверской областной клинической больницы № 1 им. М.П. Литвинова изучена частота и особенности стоматологического статуса пациентов, получающих пролонгированную терапию антиконвульсантами и иными психотропными препаратами. Возраст пациентов колебался от 19 до 77 лет.

Для оценки стоматологического статуса использована стандартная карта ВОЗ (1995), включавшая следующие критерии: состояние зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, потребность в протезировании. При этом была произведена оценка индексов КПУ, коммунального пародонтального индекса CPI, гигиенического индекса OHS-I. После «слепого» осмотра полости рта пациентов выделили группу больных эпилепсией (53 человека) и группу сравнения (66 человек), составленную лицами с различными психическими расстройствами (РПР). По возрасту и полу существенной разницы между группами пациентов не было отмечено ($p>0,05$).

Больные эпилепсией получали индивидуальную противосудорожную терапию. Дифенин в составе комплексного лечения применялся у 16 (30,2%) больных. Из них двое получали дифенин в качестве монотерапии.

Статистическую обработку данных проводили с применением программы «Statistica 6.0» с использованием «Excell 2003», различия оценивали методами сравнения доверительных интервалов и вычисления отличий средних значений (критерий Стьюдента).

Результаты и обсуждение

На этапе стоматологического обследования полости рта было установлено, что при сходной интенсивности кариозного процесса ($p>0,05$) в исследуемых группах, наблюдалась достоверные различия по составляющим индекса КПУ (рис 1).

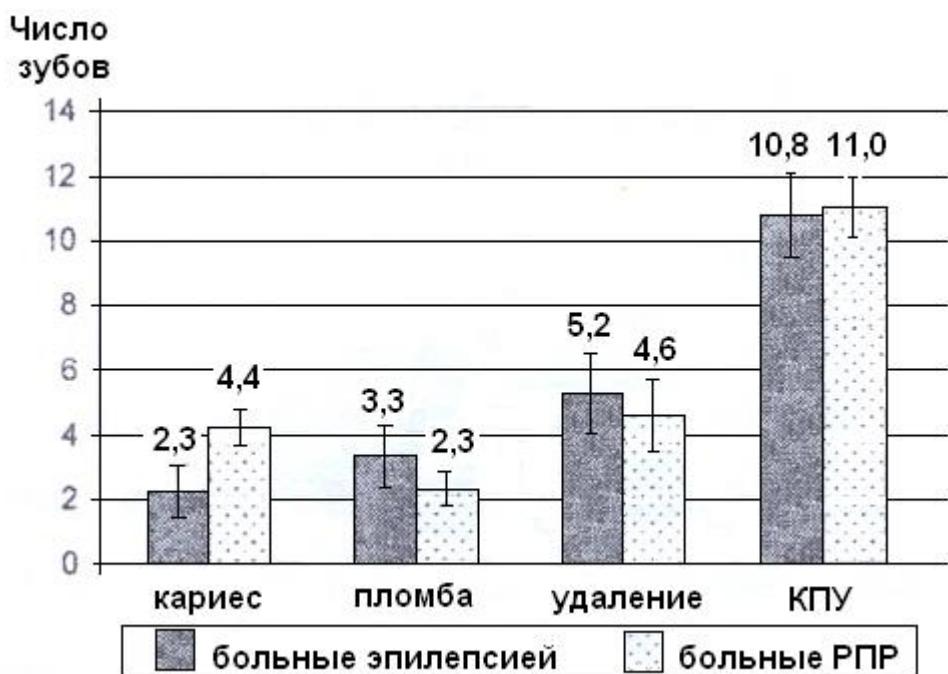


Рис. 1. Структура индекса КПУ у больных эпилепсией и различными психическими расстройствами (РПР).

У пациентов с эпилепсией здоровый пародонт встречался в 15,3% случаев сравнительно с пациентами РПР (19,9%). Пародонтальный статус на основании индекса CPI у больных эпилепсией был лучше, чем в группе РПР по числу здоровых сектантов в 1,9 раза ($p<0,05$).

Доля лиц с пародонтитом тяжелой степени среди больных эпилепсией составила 7,5%, что значительно меньше, чем у больных с РПР – 17,2% ($p<0,05$). Из 16 больных эпилепсией в возрасте от 27 до 53 лет, получавших комплексную противосудорожную терапию, включающую дифенин, у 5 (31,3%) человек был диагностирован хронический гипертрофический гингивит. У 4-х пациентов имела место отечная форма (рис.2), у 1 – фиброзная.

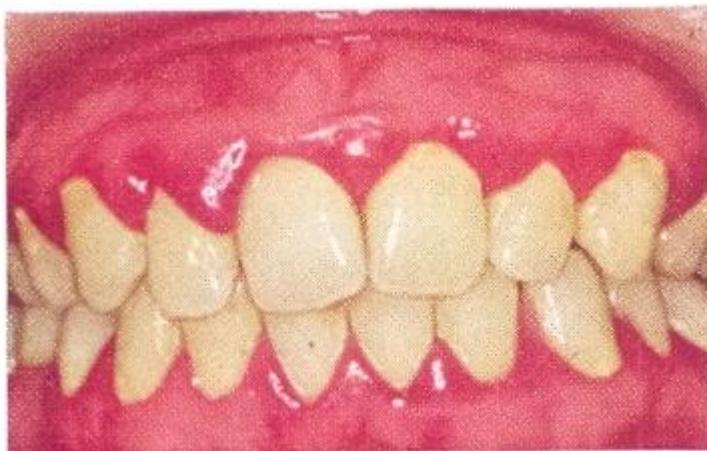


Рис. 2. Отечная форма ГГ у больного эпилепсией с умеренными изменениями личности (Н.Б.Е., 27 лет).

Полученные результаты подтверждают данные литературы, что терапия эпилепсии дифенином способствует возникновению ГГ. Однако, у наблюдавших нами больных проявления ГГ имели слабо выраженную клиническую картину. Клиническая картина ГГ при лечении дифенином отличалась преобладанием отечной формы.

Индекс гигиены был самым низким у больных эпилепсией с невыраженными изменениями личности ($1,5 \pm 0,1$), для которых свойственна прилежность и аккуратность, стереотипность действий. Режим ухода за зубами соблюдали 44% больных эпилепсией и только 19% больных с РПР. С нарастанием изменений личности ухудшалась гигиена полости рта и, соответственно, усугублялось состояние пародонта.

Полученные нами данные о частоте лекарственного ГГ сопоставлены с данными отечественной литературы (табл. 1).

Таблица 1

**Частота ГГ, вызванного дифенином, циклоспорином и нифедипином
(по данным отечественных авторов)**

Авторы публикаций	Назначаемый препарат	Число больных	Число случаев ГГ	Формы ГГ
Кычакова С.И. (1993)	Нифедипин	60	7 (11,7%)	отечная - 3 фиброзная - 4
Честных Е.В. (2000)	Циклоспорин	35	16 (45,7%)	фиброзная
Зиньковская Е.П. (2007)	Дифенин	16	5 (31,3%)	-
Чечель А.П. (1968)	Фенитоин	238	138 (61%)	-
Абрамов Н.М., Осорина Е.П. (1964)	Фенитоин	106	29 (27,3%)	-

Как видно из таблицы, циклоспорин является самым активным гингивотропным лекарственным веществом. Дифенин также оказывает побочное токсическое действие на ткани десны. Видимо, современная комплексная терапия эпилепсии сводит к минимуму

применение дифенина. Подобные данные получила и С.И. Кычакова (1993), осмотревшая 32 больных эпилепсией и обнаружившая увеличенные десневые сосочки только у 3 из них.

Снижение частоты его побочного действия на пародонт, вероятно, объясняется вытеснением дифенина из арсенала эпилептолога более современными противосудорожными средствами.

Заключение

Изучение частоты и особенностей течения лекарственного гипертрофического гингивита показало, что среди больных эпилепсией, принимающих дифенин, он развивался в 31,3% случаев, что подтверждает его гингивотропную активность. И только уменьшение его практического использования в современной эпилептологии, по-видимому, объясняет невысокую частоту гипертрофического гингивита в группе больных, нуждающихся в приеме антиконвульсантов. Психологические особенности больных эпилепсией с умеренными изменениями личности могут способствовать поддержанию более высокого уровня стоматологического здоровья сравнительно с пациентами с различными психическими расстройствами.

Таким образом, больные эпилепсией, индивидуальный комплекс терапии которых требует включения дифенина, должны находиться под наблюдением стоматолога для профилактики и адекватного лечения гипертрофического гингивита в связи с высоким риском его развития.

Литература/References

1. Абрамов Н.М., Осорина Е.П. Клинико-гистологическая характеристика гипертрофических гингивитов у больных, принимающих дилантин //Стоматология. – 1964. – № 3. – С. 27.
2. Честных Е.В. Гипертрофия десны: побочный эффект терапии циклоспорином //Стоматология. – 2005. – № 4. – С. 27.
3. Чечель А.П. О гипертрофическом гингивите при лечении дифенином больных эпилепсией //Стоматология. – 1970. – № 4. – С. 93-94.
4. Kimball O.P. Treatment of epilepsy with sodium dephenylhydantoinate //J. Amer. med. Ass. – 1939. – V. 112.– P. 1244-1245.
5. Hassell T., O'Donnell J., Pearlman J. et al. Phenytoin-induced gingival overgrowth in institutionalized epileptics //J. Clin. Periodontol. – 1984. – Apr. 11(4). – P. 242-253.
6. King D.A., Hawes R.R., Bibby B.G. The effect of oral physiotherapy on dilantin gingival hyperplasia // J. Oral Pathol. –1976. – Jan. 5(1). – P. 1-7.

7. Modeer T., Dahllof G., Theorell K. Oral health in non-institutionalized epileptic children with special reference to phenytoin medication //Community Dent Oral Epidemiol. – 1986. – Jun. 14(3). – P. 165-168.
8. Зиньковская Е.П. Особенности состояния полости рта у больных эпилепсией: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Е.П. Зиньковская. – Тверь. – 2007. – 23 с.
9. Кычакова С.И. Межзубной сосочек при хроническом гипертрофическом гингивите: автореф. дис. ...канд.мед.наук / С.И. Кычакова. – Тверь. – 1993. – 24 с.
10. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б., Честных Е.В. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология. 2014. Т. 93. № 1. С. 19-20
11. Толстова О.О., Честных Е.В., Юсуфова М.В. Применение метода инфильтрации эрозий эмали в составе комплексной терапии стоматологического синдрома гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни // Стоматология. - 2013. - Т. 92. - № 2. - С. 15-16.
12. Честных Е.В. Профессор А.Ж. Петрикас (к 75-летию со дня рождения) // Стоматология. - 2012. - Т. 91. - № 5-1. С. 43.
13. Честных Е.В. Гипертрофия десны: побочный эффект терапии циклоспорином // Стоматология. - 2005. - № 2. - С. 27.
14. Честных Е.В., Петрикас А.Ж. Гипертрофический гингивит, вызванный циклоспорином // Стоматология. - 1996. - № 4. - С. 12.
15. Зиньковская Е.П., Петрикас А.Ж., Румянцев В.А. Оценка на основании показаний рн-метрии эффективности очищения межзубного промежутка от зубного налета деревянной зубочисткой // Стоматология. - 2007. - Т. 86. - № 3. - С. 36-39.
16. Петрикас А.Ж., Зиньковская Е.П. Проблема комплаенса в стоматологической практике // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. - 2006. - № 2. - С. 66-69.