

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.314.17-002.1-06:616.728.3-002]-08

Д. А. Трунин, Б. Л. Мовшович, А. Ф. Нетесов

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ, КОМОРБИДНЫЙ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: ИНДУКЦИЯ И ПРОЛОНГАЦИЯ РЕМИССИИ, ИСХОДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Кафедра стоматологии ИПО Самарского государственного медицинского университета

В статье дана оценка двух методов индукции клинической ремиссии с помощью критериев доказательной медицины с целью пролонгации ремиссии при хроническом пародонтите, сочетающемся с остеоартритом коленных суставов, – монотерапии препаратом сверхмалых доз антител к ключевому противовоспалительному цитокину – фактору некроза опухолей α -артрофооном в течение срока до 12 мес и традиционной терапии «по запросу» при обострении клинической симптоматики у пациентов, уклонившихся от предложенной монотерапии артрофооном. По критерию доказательной медицины установлена эффективность предложенного методического подхода – монотерапии артрофооном при сочетанной стоматологической и артрологической патологии.

Ключевые слова: пародонтит, остеоартрит, артрофоон

CHRONIC PERIODONTITIS CO-MORBID WITH KNEE JOINT OSTEOARTHRITIS: INDUCTION AND PROLONGATION OF REMISSION, OUTCOMES OF THE TREATMENT

Trunin D.A., Movshovich B.L., Netesov A.F.

In the present study the criteria of evidence-based medicine were applied for the estimation of the efficacy of two methods designed to induce clinical remission and its prolongation in the patients presenting with chronic periodontitis and concomitant knee joint osteoarthritis. Monotherapy with the use of the arthrofoon preparation containing ultralow doses of antibodies against tumour necrosis factor- α , the principal anti-inflammatory cytokine, was carried out during a period of up to 12 months. The data obtained were compared with the results of traditional "upon request" therapy in the patients who had refused to undergo treatment with arthrofoon and suffered exacerbation of clinical symptoms. The evaluation of the outcomes of both therapeutic modalities in terms of evidence-based medicine and revealed high efficacy of arthrofoon monotherapy for the treatment of combined stomatological and arthrological pathology.

Key words: periodontitis, osteoarthritis, arthrofoon

Хронический пародонтит (ХП) – широко распространенное заболевание (патологическая пораженность – 40–75% взрослых), основная причина потери зубов в средней и старшей возрастной группе. В основе болезни лежит воспалительно-деструктивный процесс в тканях пародонта с вовлечением мягких тканей десны, цемента, пародонтальной связки, альвеолярной кости [1, 3].

Остеоартрит (ОА) – болезнь женщин старшей возрастной группы с избыточной массой тела, наиболее часто поражаются коленные суставы. В патологический процесс вовлекаются все компоненты сустава: хрящ, субхондральные участки кости, синовиальная оболочка, связки, капсула, периартикулярные мышцы [2, 4].

Нас заинтересовала проблема коморбидности закономерного сочетания указанных болезней и поиска единого подхода к врачебному вмешательству на этапе индукции ремиссии с целью ее пролонгации, поскольку в генезе того и другого заболевания лежит один общепатологический воспалительно-деструктивный процесс.

Артрофоон – препарат сверхмалых доз аффинноочищенных антител к фактору некроза опухолей α (ФНО α), оказывающий селективное влияние на иммунопатогенез, обладающий противовоспалительной активностью, стимулирующий синтез противовоспалительных цитокинов.

Цель исследования – сравнительная оценка традиционного подхода и монотерапии артрофооном при индукции клинической ремиссии и ее пролонгации при сочетанной патологии (ОА, ХП), оценка исходов вмешательства с позиций доказательной медицины.

Материал и методы

Первичная выборка – 104 пациентки в возрасте 45–64 лет. Критерии диагноза ХП использовали в соответствии с классификацией болезней пародонта, принятой на 16-м пленуме Всесоюзного общества стоматологов в 1983 г. и Рабочем совещании ВОЗ в 1989 г. (код МКБ-10 K05.3). Критерии тяжести – глубина пародонтальных карманов, степень деструкции костной ткани альвеолярных отростков, подвижность зубов. Диагноз ОА ставили в соответствии с критериями Health Care Guideline, 2004. Гомогенность выборки обеспечивалась однотипностью полового, возрастного состава, клинического диагноза – ХП I–II степени с учетом показателей индексов РМА, ПИБ глубины пародонтальных карманов; у всех пациенток поставлен диагноз ОА коленных суставов I степени по J. Kellgren (1980) с учетом показателей индексов WOMAC, M. Lequesne (1997). Индексная оценка стоматологического и артрологического статуса позволила объективно изучить динамику патологического процесса, перестроенного в ходе врачебного вмешательства. Оценка эффективности вмешательства проводилась по клинически значимому исходу лечения. Сравнивались группы традиционной терапии уклонившихся от предложенного лечения артрофооном на этапе индукции клинической ремиссии и получивших предложенную терапию артрофооном в сроки до 12 мес. Строили четырехпольную таблицу сопряженности с расчетом следующих показателей по точечным значениям: ЧИЛ (частота исходов в группе опыта), ЧИК (частота исходов в группе сравнения), САР (снижение абсолютного риска), СОР (снижение относительного риска), ЧБНЛ (число больных, которых надо лечить определенным методом в течение определенного времени для предотвращения неблагоприятного исхода) [5].

Трунин Дмитрий Александрович – д-р мед. наук, проф., тел. 8 (846) 332-92-08, e-mail: trunin-027933@yandex.ru

Результаты и обсуждение

На первом этапе лечения ХП удаляли твердые зубные отложения ультразвуковым аппаратом Пьезон – Мастер 400 ("EMS, Electromedical Systems", Швейцария), осуществляли полировку щетками и пастами. Производили избирательное пришлифовывание, выравнивали окклюзионные поверхности для исключения травматических узлов, поддерживающих воспаление, пломбировали придесневые кариозные полости, восстанавливали межзубные контакты. Таким образом устраняли местные факторы, способствующие скоплению микробов и активации микробной агрессии. Проводили антибактериальную и противомикробную терапию: назначали полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата 2 раза в день после чистки зубов. Аппликации метронидазола ("Метрогил-дента гель") выполняли в течение 30 мин в 3 посещения с интервалом 2 дня. Метронидазол вводили в пародонтальные карманы.

После ликвидации воспалительных явлений проводили дальнейшее лечение (как правило, через 2 нед от начала местной терапии): открытый кюретаж, пластику уздечек губ и уздечки языка. Затем оценивали стоматологический статус, назначали реабилитационную терапию: двукратную чистку зубов (утром и вечером) с контролем за степенью очищения зубов от зубного налета с помощью эритрозина красного, индивидуально подбирали зубную щетку и пасту.

Врачебное вмешательство по поводу ОА коленных суставов начинали с назначения парацетамола в дозе до 4 г/сут, альтернативой считали назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в минимальной эффективной дозе. При назначении НПВП исходили из критерия польза–риск развития гастропатии, желудочных кровотечений. НПВП не назначали при геморрагических диатезах, наличии гастродуоденальных язв в анамнезе, длительном предварительном приеме ацетилсалициловой кислоты и антиоксидантов. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы) в нашем исследовании не применялись вследствие их высокой стоимости, не адекватной имущественному статусу наших пациентов. Из физиопроцедур ограничивались воздействием переменного магнитного поля низкой частоты (уровень доказательности В по Лесняк О. М., 2006).

На втором этапе после окончания активного лечения ХП, синдромной терапии ОА, купирования обострения стоматологической и артрологической патологии всем пациентам предлагали пройти Школу пациента с ХП, ОА. С целью индукции ремиссии и ее пролонгации рекомендовали монотерапию артрофооном по 2 таблетки 4 раза в день под язык до 12 мес и НПВП либо парацетамол "по запросу". Монотерапию артрофооном в течение рекомендованного срока при психологическом потенцировании в рамках

Школы пациента получали 62 пациента, от нее уклонились 42 пациента, отдавшие предпочтение активным методам лечения короткими курсами при обострении.

В группе пролеченных артрофооном благоприятный клинический результат – сохранение клинической стоматологической и артрологической ремиссии – достигнут у 58 пациента из 62. Непрогнозируемый неудовлетворительный результат – рецидивы ХП, ОА – получен у 4 пациенток. В группе сравнения у пациенток, уклонившихся от рекомендованной нами монотерапии артрофооном, прогнозируемый неудовлетворительный результат в виде рецидива ХП, ОА коленных суставов получен у 29 пациенток. Непрогнозируемый благоприятный результат – сохранение клинической и артрологической ремиссии – достигнут у 13 пациенток.

Рассчитаны параметры доказательной медицины:

$$\text{ЧИЛ} = 4:62 = 0,0645 = 6,45\%;$$

$$\text{ЧИК} = 29:42 = 0,69 = 69\%;$$

$$\text{САР} = 0,6255 = 62,55\%;$$

$$\text{СОР} = 0,6255:0,69 = 0,9 = 90\%;$$

$$\text{ЧБНЛ} = 1:0,6255 = 1,59 = 1,6 \approx 2 \text{ человека};$$

$$\text{ОШ (отношение шансов)} = (4:58)(29:13) = 0,069:1,23 = 0,03.$$

Приведенные показатели свидетельствуют о том, что предпринятое нами вмешательство – монотерапия артрофооном – эффективно на этапе индукции клинической ремиссии, способствует ее пролонгации при исследованной синтропии болезней – сочетании ХП и ОА.

Заключение

Закономерное сочетание болезней – коморбидность, синтропия – есть следствие единых звеньев патогенеза, приводящих к идентичным морфофункциональным изменениям в различных органах и системах. Наиболее часто в клинической практике сочетаются нарушения метаболизма, дистрофия, иммунное воспаление с полиорганной манифестацией. В настоящем исследовании предпринята попытка монотерапии препаратом сверхмалых доз анти-тел к ключевому противовоспалительному цитокину – фактору некроза опухолей α – артрофооном при синтропии стоматологической и артрологической патологии на этапе клинической ремиссии с целью ее пролонгации. По критериям доказательной медицины предпринятое нами вмешательство может быть признано эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова А. П. Пародонтология. – М., 1999.
2. Бунчук Н. В. // Consilium Medicum. – 1996. – Т. 4, № 8. – С. 396–400.
3. Лемецкая Т. И. // Стоматология. – 1998. – № 2. – С. 55–60.
4. Насонова Е. Л., Насонова В. А. Ревматология: Нац. руководство. – М., 2008.

Поступила 15.09.11