

УДК 616.314.17:616.248:616.357-08

В.М. Бабенко

**РЕЗУЛЬТАТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛІКУВАННЯ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ
ІЗ СУПУТНЬОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ
НА ТЛІ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ**

Дніпропетровська державна медична академія

Кафедра терапевтичної стоматології та стоматології інтернів

Актуальність проблеми генералізованого пародонтиту (ГП) зумовлена тенденцією до поширення захворювання, складним патогенезом, схильністю до затяжного перебігу, наявністю супутньої патології внутрішніх органів, недостатньою ефективністю методів профілактики та лікування [1, 2, 3].

На перебіг ГП впливають загальносоматичні захворювання та лікарські препарати, які застосовують для їх лікування [4]. Патогенетичним лікуванням бронхіальної астми (БА) є глюкокортикостероїдна (ГКС) терапія [5], яка впливає на перебіг запального процесу в пародонті, може призводити до змін місцевого імунного стану, «млявого» клінічного перебігу з малою кількістю скарг та рідким зверненням хворих до стоматолога [6].

Для зниження медикаментозного навантаження на організм при лікуванні БА одним із найперспективніших напрямів є використання фізичних чинників, зокрема ультрафонофорезу (УФФ), при лікуванні ГП [4, 7].

У той же час є низка невирішених питань, серед яких - відсутність даних про порівняльний аналіз ефективності УФФ та аплікаційний шлях уведення мірамістину – препарату, який влаштовує потреби в імуномодельючій, мембраностабілізуючій, гіпоалергенній та

репаративній дії [8] у хворих на ГП за наявності БА на тлі гормональної терапії, що обумовлює проведення досліджень у цьому напрямку.

Мета дослідження – проаналізувати й оцінити віддалені результати лікування генералізованого пародонтиту у хворих на бронхіальну астму на тлі глюкокортикостероїдної терапії на підставі клінічних та лабораторних даних.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-лабораторне обстеження 73 хворих на ГП початкового - III ступеня тяжкості в поєднанні з БА персистоючої форми II-IV ступенів тяжкості, які приймали ГКС терапію, та 22 пацієнти на ГП без супутньої патології (табл. 1). Середній вік хворих – $42,31 \pm 6,40$ років. За статево-віковими характеристиками всі групи були ідентичними.

Таблиця 1

Розподіл хворих за тяжкістю перебігу генералізованого пародонтиту

Ступінь ГП	Групи обстежених					
	1 (n=45)		2 (n=28)		3 (n=22)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Початковий	4	8,89	-	-	4	16,66
I ступінь	10	22,22	4	10,72	7	29,17
II ступінь	19	42,22	15	53,57	7	29,17
III ступінь	12	26,67	9	32,14	6	25,00

Загальний розподіл хворих на групи був проведений згідно зі способом лікування бронхіальної астми: 1 гр. – 45 хворих, які отримували інгаляційні ГКС; 2 гр. – 28 хворих, які отримували системні ГКС; 3 гр. – 22 хворих на ГП без супутньої патології внутрішніх органів. Крім загального розподілу, були виділені дві підгрупи за способом лікування

ГП: підгрупа У – хворі, яким застосовували ультрафонофорез мірамістину, підгрупа А - хворі, яким вводили мірамістин аплікаційно під індивідуальні капи.

На клінічному обстеженні пацієнтів у динаміці визначали індекс гігієни ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964), пробу Шіллера-Писарева, стійкість капілярів за Кулаженком, індекс кровоточивості SBI (Muhlemann N.R., Son, 1971), РМА (С.Parma, 1960) та ПІ (Russel, 1956). Стан кісткової тканини оцінювали за ортопантомографією.

Верифікація діагнозу БА була проведена пульмонологом на підставі клініко-лабораторних і функціонально-діагностичних досліджень. Тривалість прийому ГКС була більше 1 року. Дослідження функції зовнішнього дихання проводили за допомогою спірометрії методом «потік-об'єм» [9]. У хворих на БА були виявлені помірні порушення функції зовнішнього дихання I-II ступенів. Ступінь змін оксигенації тканин вивчали за показниками рівня сатурації кисню (SPO₂). У всіх обстежених хворих сатурація кисню була від 94% та вище, що свідчило про відсутність порушень насиченості крові киснем.

При вивченні ключової ланки антибактеріального захисту організму – фагоцитозу - визначали фагоцитарну активність (ФА) і фагоцитарний індекс (ФІ), НСТ-тест спонтанно та після стимуляції тимогеном із використанням тест-набору виробництва НПО «Реаккомплекс», Росія.

Гуморальну ланку імунітету вивчали за кількісним рівнем сироваткового IgA та SIgA в слині імуноферментним методом комерційними тест-системами.

У мазках крові тканин пародонта методом кількісної цитохімії Р.П.Нарцисова визначали активність ферменту дихання сукцинатдегідрогенази (СДГ) і ферменту гліколізу α-гліцерофосфатдегідрогенази (α-ГФДГ) із застосуванням п-нітротетразолію фіолетового виробництва «Ренал», Угорщина.

Цитологічний матеріал у вигляді відбитків тканин пародонта з язикової поверхні в ділянці зубоясенної борозни або пародонтальної кишені висушували й забарвлювали за Паппенгеймом-Крюковим [10]. Клініко-лабораторне дослідження проводили всім хворим до та після лікування.

Після антисептичної обробки порожнини рота у дослідних пацієнтів проводили механічне та ультразвукове видалення над- і під'ясенних зубних відкладень з обов'язковим усуненням травматичних подразників навкол зубних тканин за показаннями, вибіркоче пришліфування зубів, депульпування зубів та кюретаж пародонтальних кишень.

Ультрафонофорез 0,5% мазі мірамістину в групах 1У/2У проводили за допомогою ультразвуку на частоті 880 кГц з інтенсивністю дії 0,4-0,6 Вт/см² в імпульсному режимі 10 мсек. щодня тривалістю 9 хв. статично по сегментах протягом 30 сек. на кожний сегмент. У групах 1А/2А мірамістин використовували аплікаційно під індивідуальні капи 1 раз за день. Кількість сеансів залежала від тяжкості перебігу та ефективності лікування генералізованого пародонтиту і складала від 8 до 15 процедур [7].

Статистичну обробку цифрових даних проводили за допомогою програми «STATISTICA» (v.6). Результати вважалися вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження

У 1У групі через 6 місяців ремісія у хворих на ГП початкового та I ступенів була в 90,93% випадків, при II ступені ГП - у 77,78%, при III ступені ГП - у 50% випадків. У 1А групі через 6 місяців констатована ремісія у 72,72% хворих на ГП початкового та I ступенів, у 70,00% осіб при II ступені ГП, при III ступені ГП випадків ремісії не зареєстровано.

У хворих на ГП та БА, які отримували системні ГКС, віддалені результати лікування розподілилися таким чином: у 2А групі ремісія констатована у хворих на ГП початкового та I ступенів у 60% випадків

проти 75% випадків у 2У групі. При ГП II ступеня ремісія була в 40% хворих 2А групи проти 60% групи 2У, а при III ступені ГП ремісія констатована лише в 33, 33% хворих 2У групи.

Результати дослідження продемонстрували високу клінічну ефективність та доцільність застосування мірамістину в лікуванні ГП у хворих на БА на тлі гормональної терапії. Клінічний стан документувався показниками пародонтологічних індексів і проб (табл. 2) та показниками лабораторних досліджень (табл. 3).

Таблиця 2

Порівняльна динаміка пародонтологічних індексів під впливом лікування генералізованого пародонтиту у хворих на бронхіальну астму на тлі глюкокортикостероїдної терапії

Групи	Період обстеження	Пародонтологічні індекси						
		ОНІ-S, бали	Йодне число Свракова	Проба Кулаженка, сек.	SBI, бали	PMA, (%)	ПІ, бали	
1-а (n=45)	1У (n=22)	до лікування	2,15±0,22	3,17±0,83	31,32±2,68	1,21±0,06	32,94±2,64	2,8±0,29
		після лікування	1,22±0,08*	1,5±0,08*	52,37±2,87*	0,71±0,05*	12,40±2,20*	1,07±0,08*
		Через 6 місяців	1,46±0,14*	1,78±0,11*	47,32±2,44*	0,87±0,07*	13,51±1,96*	1,31±0,08*
		Через 12 місяців	1,61±0,12*	1,99±0,12*	42,65±2,12	0,92±0,06	25,32±2,14*	1,65±0,11*
	1А (n=23)	до лікування	2,16±0,18	3,48±0,45	30,98±2,29	1,23±0,19	33,29±2,47	2,7±0,19*
		після лікування	1,51±0,12*	2,08±0,26*	45,47±2,02*	0,84±0,05*	19,06±0,61*	1,23±0,12*
		Через 6 місяців	1,69±0,14*	2,39±0,23*	40,21±1,98*	1,06±0,07	26,7±1,51*	1,51±0,11*
		Через 12 місяців	1,89±0,19*	2,44±0,19*	38,05±1,76*	1,19±0,06	29,12±1,48	1,87±0,09*
2-а (n=26)	2У (n=12)	до лікування	3,21±0,34	2,59±0,20	37,62±2,14	1,38±0,06	39,54±2,95	3,80±0,21
		після лікування	1,56±0,29*	1,79±0,09*	43,56±2,09*	0,92±0,05*	22,9±1,92*	1,29±0,10*
		Через 6 місяців	1,77±0,13*	1,98±0,12*	39,75±1,63	1,13±0,09*	27,12±1,89*	1,63±0,12*
		Через 12 місяців	1,96±0,25*	2,28±0,13*	38,43±1,87	1,21±0,10	32,69±1,61*	2,16±0,11*
	2А (n=14)	до лікування	3,18±0,29	2,57±0,15	37,96±2,19	1,39±0,09	40,32±2,53	3,82±0,19
		після лікування	2,13±0,18*	1,91±0,08*	41,35±1,83	1,11±0,08*	25,63±1,70*	1,41±0,12*
		Через 6 місяців	2,36±0,22*	2,13±0,13*	39,87±1,92	1,19±0,07	31,35±1,69*	1,79±0,14*
		Через 12 місяців	2,48±0,21	2,45±0,12	36,25±1,88	1,32±0,11	38,32±2,62	2,45±0,18*

4-а (n=22)	УФФ (n=12)	до лікування	3,09±0,23	2,49±0,10	27,64±1,76	1,40±0,13	50,12±3,92	3,74±0,34
		після лікування	0,75±0,09*	1,71±0,11*	55,21±3,21	0,69±0,09	19,84±0,91*	1,15±0,11*
		Через 6 місяців	1,14±0,08*	1,78±0,06*	41,12±2,43	0,89±0,10	21,55±1,16*	1,38±0,10*
		Через 12 місяців	1,45±0,10*	1,85±0,13*	34,52±2,13	0,96±0,08	26,76±2,10*	1,62±0,12*
	Традиційне лікування (n=10)	до лікування	3,07±0,20	2,48±0,08	26,98±1,91	1,43±0,15	49,23±3,35	3,79±0,14
		після лікування	0,94±0,05*	1,83±0,07*	46,87±2,05*	0,78±0,06*	24,8±1,21*	1,21±0,09*
		Через 6 місяців	1,39±0,10*	1,94±0,05*	45,14±2,5*	0,97±0,09*	28,5±1,32*	1,55±0,10*
		Через 12 місяців	1,55±0,11*	2,03±0,12*	30,24±2,24	1,11±0,09*	32,51±1,63*	1,76±0,08*

p* вірогідність після лікування в цій групі.

Під впливом УФФ мірамістину у хворих на БА астму був досягнений високий відсоток ремісій. При цьому у хворих, які приймали інгаляційні ГКС, виявлені результати були схожі з даними в групі ГП без супутньої патології. У 2-У групі визначена позитивна динаміка, але в нижчому відсотку випадків ремісій. При аплікаційному методі введення мірамістину відсоток випадків ремісій був нижчим, особливо у хворих із високим ступенем тяжкості ГП.

Таблиця 3

Порівняльна динаміка лабораторних показників під впливом лікування генералізованого пародонтиту у хворих на бронхіальну астму на тлі глюкокортикостероїдної терапії

Групи	Період обстеження	Лабораторні показники											
		ФА спонт %	ФА стим. %	ФІ спонт	ФІ стим.	НСТ-тест спонт %	НСТ-тест стим. %	IgA крові	IgA слини	SIgA	СДГ	α-ГФД Г	
1-а	1У (n=22)	До лікування	48,51 ±2,39	57,41 ±3,01	3,61±0,09	4,22±0,17	10,48 ±1,02	41,19 ±2,68	2,37±0,18	0,31±0,22	0,43±0,13	1,94±0,11	3,29±0,24
		Після лікування	57,13 ±2,82*	65,32 ±2,33*	4,01±0,17*	4,68±0,14*	13,45 ±1,09*	48,31 ±2,29*	1,76±0,05*	0,86±0,08*	0,98±0,11*	2,43±0,12*	2,42±0,19*
	1А (n=23)	До лікування	46,62 ±2,97	57,31 ±2,15	3,62±0,08	4,21±0,16	10,48 ±1,11	42,1±2,72	2,38±0,11	0,32±0,19	0,42±0,10	1,89±0,07	3,26±0,18
		Після лікування	51,64 ±2,32*	63,51 ±2,41*	3,95±0,14*	4,53±0,17	12,01 ±1,03	46,18 ±2,17	1,96±0,08*	0,65±0,06*	0,69±0,08*	2,14±0,08*	2,84±0,09*
2-а	2У (n=12)	До лікування	35,30 ±2,37	47,00 ±3,24	2,82±0,06	3,46±0,23	8,23±1,09	34,54 ±1,98	2,55±0,08	0,27±0,03	0,38±0,05	1,57±0,13	3,95±0,10

3-я	2А (n=14)	Після лікування	43.46 ±3.78 *	54.77 ±3.22 *	3.83± 0.13*	4.29± 0.10	10.54 ±1.56	38.62 ±1.76 *	1.89± 0.07*	0.68±0 .06*	0.62± 0.06*	1.88± 0.09*	3.30± 0.05*
		До лікування	35,28 ±2,16	46.13 ±4.37	2.81± 0.49	3,45± 0,51	8,27± 1,10	34,53 ±2,07	2,54± 0,07	0,26±0 ,03	0,37± 0,05	1,56± 0,07	3,95± 0,09*
	УФФ (n=12)	Після лікування	40,17 ±1,89	51.20 ±2.48	3.60± 0.24*	4.09± 0.39	9.33± 1.45	37.07 ±2.71 *	2.01± 0.10*	0.60±0 .09*	0.57± 0.07	1.77± 0.09	3.37± 0.09*
		До лікування	55.46 ±2,24	62,46 ±3,13	4.02± 0.12	4.96± 0.61	18.23 ±0,93	39.15 ±1,91	2,27± 0,12	0,42±0 ,05	0,52± 0,07	2,24± 0,05	2,36± 0,05
Традиційне лікування (n=10)	УФФ (n=12)	Після лікування	61,85 ±2,36 *	69,15 ±1,82	4,58± 0,25*	5,39± 0,14	22,31 ±1,32 *	43,77 ±1,59	1,88± 0,09*	0,94±0 ,06*	0,96± 0,05*	2,40± 0,03*	1,75± 0,05
		До лікування	54.98 ±1,87	62.01 ±4.22	4.03± 0.18	4.98± 0.59	18.27 ±1,19	39.18 ±0,98	2,27± 0,13	0,42±0 ,05	0,52± 0,04	2,24± 0,10	2,35± 0,06
Традиційне лікування (n=10)	УФФ (n=12)	Після лікування	59,64 ±2,29	67,09 ±3,99	4,38± 0,21	5,19± 0,25	20,27 ±1,27	41,36 ±0,67	1,94± 0,11*	0,81±0 ,07*	0,85± 0,07*	2,32± 0,10	1,83± 0,08*
		До лікування	54.98 ±1,87	62.01 ±4.22	4.03± 0.18	4.98± 0.59	18.27 ±1,19	39.18 ±0,98	2,27± 0,13	0,42±0 ,05	0,52± 0,04	2,24± 0,10	2,35± 0,06

r* вірогідність після лікування в цій групі.

Отже, після ультрафонофорезу мірамістину в більшості пацієнтів зберігається ремісія ГП, що виявляється в значному поліпшенні клінічної картини та позитивній динаміці лабораторних показників, тоді як аплікаційний метод уведення мірамістину має тривалий ефект у профілактиці рецидивів тільки при початковому та I ступенях ГП.

Висновок

1. Пацієнти, які страждають на бронхіальну астму та приймають традиційну ГКС терапію, є групою ризику для розвитку ГП і потребують обов'язкового диспансерного нагляду стоматолога.

2. Застосування УФФ із мірамістином для лікування ГП у хворих на бронхіальну астму приводить до частоті і стабільної ремісії.

3. Застосування УФФ із мірамістином для лікування ГП у хворих на бронхіальну астму є більш ефективним методом, ніж аплікаційний шлях уведення препарату.

4. Лікування ГП методом УФФ із мірамістином дає більш стійкі віддалені результати, ніж традиційна терапія.

Перспективи подальших досліджень

Результати дослідження можна застосовувати для динамічного нагляду за пацієнтами, які страждають на бронхіальну астму та отримують базисну терапію ГКС, за участі як стоматологів, так і пульмонологів, для профілактики розвитку і лікування ГП.

Література

1. Кузнецова Н.Л. Патогенетическое лечение и профилактика прогрессирования хронического генерализованного пародонтита [текст] / Н.Л. Кузнецова, А.Е. Михайлов, С.И. Блохина //Современная стоматология. - 2009.- №2. - С.51-58.
2. Kantarci A. Resolution of Inflammation in Periodontitis [text]/ A.Kantarci, Th.E.Van Dyke //J. Periodontology. - 2007. - Vol. 76, N 11-s.-P. 2168-2174.
3. Peruzzo D.C. Chronic Stress May Modulate Periodontal Disease: A Study in Rats [text]/ D.C.Peruzzo, B.B.Benatti, B.Isabela //J. Periodontology.- 2008.-Vol. 79, N 4.- P. 697-704.
4. Бабенко В.М. Вивчення особливостей перебігу та впливу лікування глюкокортикостероїдами на перебіг генералізованого пародонтиту у хворих на бронхіальну астму [текст] /В.М.Бабенко //Медичні перспективи.- 2005.- Т.Х, №1. - С.92-95.
5. Перцева Т.А. Новые технологии и стандарты терапии у больных пульмонологического профиля [текст] / Т.А.Перцева, Т.В. Киреева //Астма та алергія.- 2008.- №1-2. - С.48-53.
6. Самойленко А.В. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих на бронхіальну астму на тлі інгаляційної глюкокортикостероїдної терапії [текст] /А.В.Самойленко, В.М.Бабенко //Медичні перспективи.- 2009.-Т. XIV, №2.-С.124-128.

7. Пат. 38185 Україна, u200809691.Спосіб лікування генералізованого пародонтиту / Самойленко А.В., Бабенко В.М. Заявл. 24.07.08; опубл. 25.12.08, Бюл.№24.
8. Грудянов А.И. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии [текст] / А.И. Грудянов, В.В.Овчинникова, Н.А. Дмитриева. - М: Мед.информ. агент., 2004. – 80 с.
9. Стручков П.В. Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания [текст] /П.В.Стручков, Р.С.Виницкая, И.А. Люкевич. – М., 1996. – 68 с.
10. Григорьян А.С. Цитологические показатели как критерии оценки состояния пародонта [текст] /А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, З.П. Антипова //Стоматология.- 2000. - №3. - С.17-21.

Стаття надійшла
6.07. 2009 р.

Резюме

В статье приведены отдаленные результаты клинико-лабораторного исследования 95 больных генерализованным пародонтитом и бронхиальной астмой на фоне глюкокортикостероидной терапии и без нее, а также 22 больных генерализованным пародонтитом без патологии внутренних органов.

Впервые проведенный сравнительный анализ эффективности применения ультрафонофореза мирамистина и аппликационного пути введения препарата в превентивном лечении генерализованного пародонтита у больных бронхиальной астмой на фоне гормональной терапии показал, что ультрафонофорез мирамистина способствует более быстрому купированию клинических проявлений генерализованного пародонтита, нормализации пародонтологических индексов и лабораторных показателей.

Установлено, что особенностью терапевтического действия ультрафонофореза мирамистина является иммуномодулирующий, мембраностабилизирующий и репаративный эффекты, которые сохраняются в отдаленном периоде (до 6 месяцев) после окончания лечения.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, бронхиальная астма, глюкокортикостероидная терапия, ультрафонофорез, мирамистин, аппликационный метод.

Summary

The article gives the long-term results of clinic-laboratory examination of 95 patients suffering from generalized periodontitis combined with bronchial asthma at the background of glucocorticosteroid therapy and 22 patients with generalized periodontitis without any internal diseases. The analysis of the efficiency of using miramistin ultrasonophoresis in comparison with the application route of introducing miramistin has shown that miramistin ultrasonophoresis in preventive treatment of patients with generalized periodontitis combined with bronchial asthma at the background of glucocorticosteroid therapy promotes arresting of clinical manifestations of generalized periodontitis and leads to normalization of periodontologic indices and improvement of laboratory study results.

It was found out that the characteristic feature of the therapeutic action of miramistin ultrasonophoresis is its immunomodulating, membrane stabilizing and repairing effect which are observed for a prolonged period (up to 6 month) after the treatment.

Key words: generalized periodontitis, bronchial asthma, glucocorticosteroid therapy, ultrasonophoresis, miramistin, application method.