

© ТАРАСЕНКО С.В., МАКАРЕВИЧ А.А., 2018
УДК 616.314.26-053.2

Тарасенко С.В., Макаревич А.А.

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва

Изучение пародонтологического статуса у больных с ревматоидным артритом позволит определить для них адекватную тактику лечения и профилактики коморбидной патологии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; пародонтит; коморбидность; пародонтальные индексы; рецессия и биотип десны.

Для цитирования: Тарасенко С.В., Макаревич А.А. Индексная оценка состояния пародонта у больных ревматоидным артритом. *Российский стоматологический журнал*. 2018; 22(4): 199-202. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-4-199-202>

Tarasenko S.V., Makarevich A.A.

INDEX ASSESSMENT OF PERIODONTAL STATUS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

The study of the periodontal status in patients with rheumatoid arthritis will determine for them adequate tactics of treatment and prevention of comorbid pathology.

К e y w o r d : *heumatoid arthritis; periodontitis, comorbidity; periodontal indices; gingival recession and her biotype.*

For citation: *Tarasenko S.V., Makarevich A.A. Index assessment of periodontal status in patients with rheumatoid arthritis. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal*. 2018; 22(4): 199-202. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-4-199-202>

For correspondence: *Makarevich A.A., PhD student, I.M. Sechenov First Moscow state University of Ministry of healthcare (Sechenovskiy University), E-mail: makarevich.aa1989@gmail.com.*

Acknowledgments. *The study had no sponsorship.*

Conflict of interest. *The authors declare no conflict of interest.*

Received 02.11.18

Accepted 16.11.18

Актуальность. В настоящее время количество больных с коморбидной патологией увеличивается, что обуславливает сложность диагностики, лечения, тактики их ведения и профилактики осложнений сочетанных заболеваний [1].

Одонтогенная инфекция играет важную роль в формировании соматической патологии. Многими учеными из разных стран рассматривается хронический пародонтит в качестве фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, бактериального эндокардита, ревматоидного артрита (РА), респираторных заболеваний и т. д. [2–4]. Частота коморбидной патологии у больных РА остается высокой, отягощая течение РА, затрудняя подбор базисной терапии и снижая её эффективность [5].

В научной литературе встречается мало исследований, посвящённых коморбидности РА и хронического генерализованного пародонтита (ХГП).

Цель работы – оценить состояние пародонта у пациентов с РА на основании индексов Green-Vermillion, Silness-Loe, РМА, ПИ, Mühllleman, СРITN, а также определения биотипа десны и наличия рецессий.

Материал и методы

В обследовании приняли участие 44 больных РА, состоящие на учёте в ФГБУ НИИР им. В.А. На-

соновой (основная группа): 35 (79,5 %) женщин и 9 (20,5 %) мужчин. Критерии включения пациентов в основную группу: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании, мужчины и женщины с установленным врачом-ревматологом диагнозом РА в возрасте 18–77 лет. Все больные принимали базисную антиревматическую терапию. Возраст больных РА составил $47,1 \pm 6,02$ года. У всех пациентов основной группы выявлена коморбидность с ХГП.

В контрольной группе обследованы 30 пациентов: 16 (53,3 %) мужчин и 14 (46,7 %) женщин с ХГП различной степени тяжести без соматической патологии, их возраст равнялся $47,9 \pm 6,04$ года. Обследуемые обеих групп не курят, стараются регулярно посещать врача-стоматолога.

Основным показателем для регистрации диагноза ХГП у обследуемых двух групп являлось отсутствие зубодесневого прикрепления. Степень тяжести определяли по клинико-рентгенологической картине: основные критерии – степень деструкции альвеолярных отростков костей челюстей и глубина пародонтальных карманов (табл. 1).

Больные с РА были распределены на три подгруппы в зависимости от рентгенологической стадии (модифицированная классификация РА по Штейнброкеру):

I стадия – околоуставной остеопороз, единичные кисты;

II стадия – околоуставной остеопороз, множе-

Для корреспонденции: Макаревич А.А., аспирант ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), E-mail: makarevich.aa1989@gmail.com.

Таблица 1. Распределение пациентов по группам в зависимости от тяжести течения пародонтита ($n = 74$)

Группа	Степень тяжести ХГП					
	лёгкая		средняя		тяжёлая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная ($n = 44$)	5	11,4	35	79,5	4	9,1
Контрольная ($n = 30$)	6	20,0	16	53,3	8	26,7

Таблица 2. Распределение пациентов основной группы в зависимости от рентгенологической стадии на подгруппы ($n = 44$)

Степень тяжести ХГП	Стадия РА						Всего...	
	I ($n = 5$)		II ($n = 27$)		III ($n = 12$)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лёгкая	4	9,1	1	2,3	–	–	5	11,4
Средняя	1	2,3	26	59,1	8	18,1	35	79,5
Тяжёлая	–	–	–	–	4	9,1	4	9,1
Итого...	5	11,4	27	61,4	12	27,2	44	100

Таблица 3. Результаты клинко-инструментального обследования пациентов обеих групп

Показатель	Степень тяжести ХГП					
	лёгкая		средняя степень		тяжёлая	
	больные РА ($n = 5$)	контроль ($n = 6$)	больные РА ($n = 35$)	контроль ($n = 16$)	больные РА ($n = 4$)	контроль ($n = 8$)
Индекс Green–Vermillion	1,63 ± 0,1	1,2 ± 0,01	1,98 ± 0,2	1,4 ± 0,02	2,6 ± 0,2	2,3 ± 0,1
Индекс Silness–Löe	1,08 ± 0,1	0,6 ± 0,01	1,31 ± 0,07	0,9 ± 0,01	2,0 ± 0,09	1,79 ± 0,01
PMA	24,2 ± 1,3	14,0 ± 0,2	32,8 ± 1,37	23,4 ± 1,1	57,0 ± 1,57	42,0 ± 1,2
ПИ	1,1 ± 0,01	0,9 ± 0,01	2,4 ± 0,2	2,6 ± 0,2	5,32 ± 0,4	4,7 ± 0,3
Индекс Mühlemann	1,1 ± 0,01	0,5 ± 0,02	1,5 ± 0,02	1,06 ± 0,01	2,11 ± 0,2	1,7 ± 0,1
CRITN	2,0 ± 0,1	2,0 ± 0,01	2,7 ± 0,1	2,3 ± 0,01	4,0 ± 0,01	3,8 ± 0,1

Примечание. $p < 0,05$.

Таблица 4. Частота встречаемости и глубина рецессий у больных РА и контрольной группы

Показатель	Степень тяжести ХГП					
	лёгкая		средняя		тяжёлая	
	больные РА	контроль	больные РА	контроль	больные РА	контроль
Глубина рецессии, мм	2,3	2,18	2,5	2,4	3,9	2,8
Количество зубов	5	5	6,6	10,8	8	9,1

ственные кисты, сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии (1–4);

III стадия – симптомы II стадии + множественные эрозии (5 и более) + вывихи или подвывихи в суставах;

IV стадия – симптомы III стадии + костный анкилоз.

Больные с IV стадией РА не принимали участие в исследовании.

I подгруппу составили 5 (11,4 %) больных с I стадией РА, из них 4 (9,1 %) с ХГП лёгкой степени (ХГПлс), 1 (2,3%) – с ХГП средней степени (ХГПсс);

II подгруппу – 27 (61,4 %) больных со II стадией РА, из них 26 (59,1 %) больных с ХГПсс, 1 (2,3%) – с ХГПлс;

III подгруппу – 12 (27,2 %) больных с III стадией РА, из них 8 (18,1 %) с ХГПсс, 4 (9,1%) с ХГП тяжёлой степени (ХГПтс) (табл. 2).

Результаты собственных исследований

Для анализа основных показателей пародонтологического статуса производили сбор жалоб, anamnesis vitae и anamnesis morbi, оценивали гигиеническое

состояние рта, интенсивность и распространенность воспалительных реакций, измеряли глубину пародонтальных карманов, выявляли рецессию десны, определяли биотип десны. Результаты клинко-инструментального обследования пациентов обеих групп приведены в табл. 3.

Показатели индекса Green–Vermillion у больных РА выше, чем у пациентов с ХГП, причём у пациентов с лёгкой степенью РА отмечается удовлетворительная гигиена рта, а у контрольной группы – хорошая гигиена; с ХГПсс и ХГПтс у больных РА плохая гигиена, у контрольной группы с ХГПсс и ХГПтс – удовлетворительная и плохая соответственно.

Индекс ПМА предложен для оценки тяжести гингивита, однако он показывает выраженность воспалительной реакции и эффективность противовоспалительного лечения. Значения у больных РА с ХГПсс и ХГПтс соответствуют средней степени тяжести гингивита (32,8 % и 57,0 %), у контроля с ХГПсс и ХГПтс – лёгкой и средней степени гингивита (23,4% и 42,0 % соответственно).

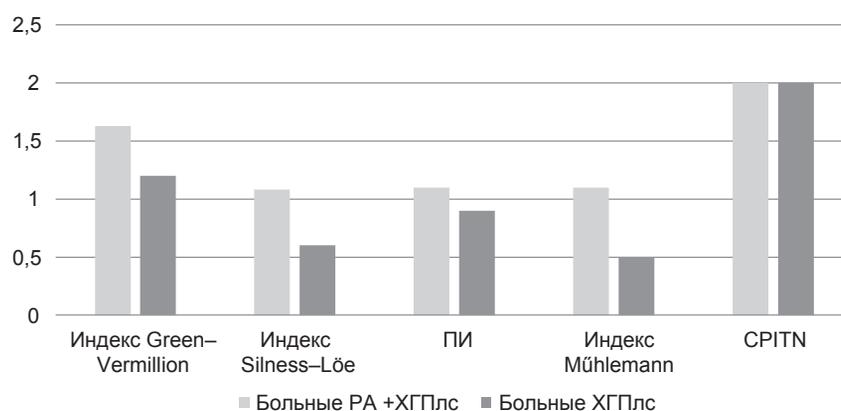


Рис. 1. Сравнительная оценка индексных показателей у больных РА+ХГПлс и контрольной группы с ХГПлс.

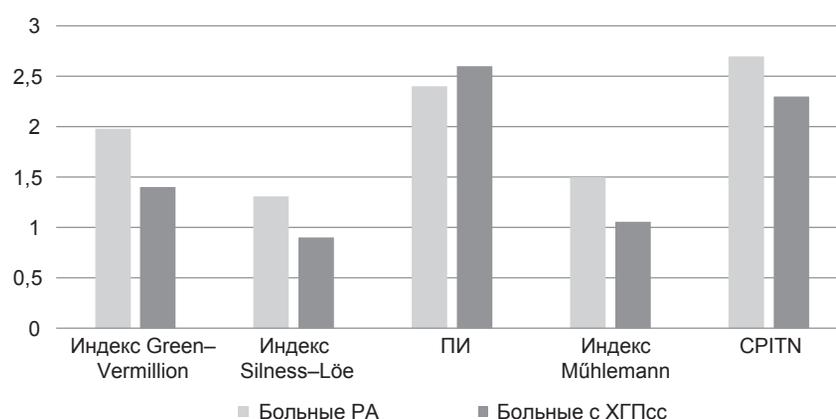


Рис. 2. Сравнительная оценка индексных показателей у больных РА+ХГПлс и контрольной группы с ХГПлс.

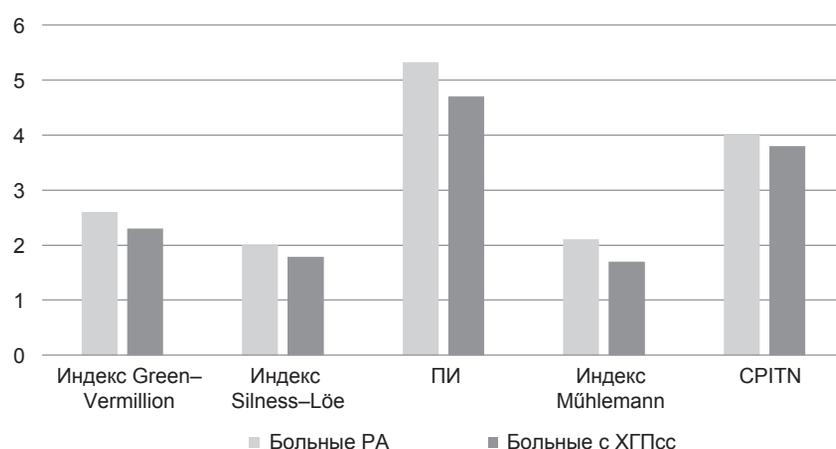


Рис. 3. Сравнительная оценка индексных показателей у больных РА+ХГПлс и контрольной группы с ХГПлс.

Таблица 5. Распределение биотипа десны в обеих группах в зависимости от тяжести пародонтита

Биотип	Степень тяжести ХГП											
	лёгкая				средняя				тяжёлая			
	больные РА		контроль		больные РА		контроль		больные РА		контроль	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Толстый	2	18,2	5	38,5	9	81,8	6	46,2	0	0	2	15,3
Тонкий	3	9,1	1	5,9	4	12,1	10	58,8	26	78,8	6	35,3

Величина индекса ПИ у обеих групп пациентов с ХГПлс соответствует начальной или I стадии заболевания (1,1 и 0,9 балла соответственно); с ХГПсс – II стадии (2,4 и 2,6 балла); с ХГПтс – III стадии (5,32 и 4,7 балла).

Значения индекса Mühlemann у больных РА с ХГПлс в 2 раза выше, чем у контрольной группы с ХГПлс, а с ХГПсс и ХГПтс выше на 0,4 балла соответственно.

Величины индекса CRITN у обеих групп пациентов с ХГПлс идентичны, с ХГПсс у больных РА незначительно выше, чем у контроля и у них есть необходимость в профессиональной гигиене рта и обучении индивидуальной гигиене рта (2,0–3,0 балла), так же как у контроля с ХГПтс. У больных РА с ХГПтс значения индекса определяют необходимость комплексного лечения заболеваний пародонта.

Более наглядно сравнительные характеристики индексов представлены на рис. 1–3.

При выявлении рецессий десны, определяя её глубину и распространённость у каждого участника исследования, установили, что глубина в среднем больше у больных РА, независимо от степени тяжести пародонтита. Однако количество зубов с рецессией десны больше у контрольной группы с ХГПсс и ХГПтс, а с ХГПлс данное значение тождественно у обеих групп.

При определении биотипа десны установили, что он чаще бывает тонкий, причём в 75 % случаев у больных РА, в 56,7 % – в контрольной группе. Детальное распределение биотипа десны в зависимости от тяжести пародонтита представлено в табл. 5.

Тонкий биотип десны, по мнению многих авторов (И.М. Макеева, А.И. Ерохин, Л.В. Гаврюшова, 2013), предрасполагает к развитию рецессий десен, пародонт пациентов с таким биотипом более подвержен альтерации в случаях нерационального лечения.

Таким образом, анализ полученных данных в ходе обследования основной и контрольной групп при равных условиях, одинаковом среднем возрасте, отсутствии вредных привычек (курение), регулярном посещении врача-стоматолога даёт основания утверждать, что пародонтологический статус у больных РА оставляет желать лучшего в сравнении с контрольной

группой (более высокие значения пародонтальных индексов и глубины рецессии десны).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордеев А.В., Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Концепция мультиморбидности в ревматологической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2014; 52(4): 362–5.
2. Madianos P.N., Bobetsis Y.A., Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *J. Clin. Periodontol.* 2013; 40 (Sup. 14): 170–80.
3. Mustapha I.Z., Debrey S., Oladubu M., et al. Markers of systemic bacterial exposure in periodontal disease and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. *J. Periodontol.* 2007; 78(12): 2289–302.
4. Reyes L., Herrera D., Kozarov E., et al. Periodontal bacterial invasion and infection: contribution to atherosclerotic pathology. *J. Clin. Periodontol.* 2013; 40(S14): S30–50.
5. Никитина, Н.М., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Ребров А.П. Особенности коморбидности у больных ревматоидным артритом в разные годы наблюдения. *Современная ревматология*. 2015; 15(1): 39–43.

REFERENCES

1. Gordeev A.V., Galushko E.A., Nasonov E.L. The concept of multimorbidity in rheumatology practice. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2014; 52 (4): 362–5. (in Russian)
2. Madianos P.N., Bobetsis Y.A., Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *J. Clin. Periodontol.* 2013; 40 (Sup. 14): 170–80.
3. Mustapha I.Z., Debrey S., Oladubu M., et al. Markers of systemic bacterial exposure in periodontal disease and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. *J. Periodontol.* 2007; 78(12): 2289–302.
4. Reyes L., Herrera D., Kozarov E., et al. Periodontal bacterial invasion and infection: contribution to atherosclerotic pathology. *J. Clin. Periodontol.* 2013; 40(S14): S30–50.
5. Nikitina N.M., Afanas'ev I.A., Romanova T.A., Rebrov A.P. The features of comorbidity in patients with rheumatoid arthritis in different years of observation. *Sovremennaya revmatologiya*. 2015; 15 (1): 39–43. (in Russian)

Поступила 02.11.18

Принята в печать 16.11.18