مقایسه اثر داکسی سایکلین ۲۰میلیگرمی و دارونما در درمان پروپنتیت مزمن متعاقب جرمگیری و صاف کردن سطح ریشه

دکتر علی اکبر خوشخونزاد* - دکتر سید حسین محسنی صالحی سلیمانی - دکتر محمدرضا حسنی روشان
دانشگاه جامعه‌شناسی پزشکی، دانشگاه دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نهران
استاد دارای آزموزش پروپنتیت، دانشگاه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نهران

Title: A comparison on the effect of 20mg Doxycycline versus placebo in the treatment of chronic periodontitis following scaling and root planning (SRP)
Authors: Khoshkoonejad AK. Associate Professor*, Mohseni Salehi Monfared SH. Assistant Professor*, Hassanjani Roshan HR. Periodontist
Address: *Dept. of Periodontics, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences
Statement of Problem: Chronic periodontitis is one of the most prevalent periodontal diseases in the world which may be treated through surgical or non-surgical approaches.
Purpose: The aim of this study was to compare the efficacy of Doxycycline and placebo following SRP in non-surgical treatment of chronic periodontitis.
Materials and Methods: This double blind interventional study was conducted on patients attended to the periodontology department of Tehran faculty of dentistry from 2002 to 2003. After SRP, 22 cases and 23 controls were received Doxycycline and placebo, 20 mg twice a day for 3 months, respectively. Bleeding on probing (BOP), pocket depth (PD)≤6mm and PD≥7mm, and also clinical attachment level (CAL)≤6mm and CAL≥7mm in cases and controls after 3 and 6 months were compared by student t-test.
Results: BOP after 3 and 6 months in Doxycycline recipients following SRP were significantly lower than in placebo recipients (P=0.007 and P=0.045 respectively). PD≤6mm, PD≥7mm, CAL≤6mm and CAL≥7mm in 3 and 6 months after SRP in cases were much lower than controls.
Conclusion: This study showed that the administration of Doxycycline for 3 months after SRP resulted in improvement of clinical indices as compared with SRP alone. Therefore, Doxycycline administration is recommended for chronic periodontitis treatment after SRP.
Key words: Chronic periodontitis; SRP; Doxycycline; Subantimicrobial dose
Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences (Vol. 17; No.1; 2004)
چکیده

مباحث: پروتئزات مزمن از شایع‌ترین بیماری‌های پروتئزاتی در جهان است که با استفاده از روش‌های جراحی و غیرجراحی درمان می‌شود.

هدف: مطالعه خصایص یک هدف مقایسه‌ای تاثیر داکس‌سایکلین و دارونکیا بعد از انجام جراحی و سایکلین سطح ریشه (SRP: Scaling & Root Planning)

روش بررسی: در این مطالعه داده‌های دو سری کنترل مثبت و منفی در گروه‌های گرفتن بر اساس SRP برای 22 بیمار به طور تصادفی داکس‌سایکلین 20 میلیگرمی در بار در 12 ماه و برای 22 بیمار با همان روش دارونکیا تجویز کردند. شامل اسیدهای موری بورسی کروزی چین پروپکربن (BOP) یا کاهش‌های گردن یا مسایل 4 میلیمتری با پاک‌های بهداشتی 7 میلیمتری و چسب‌های کلینیکی در گروه کنترل 6 میلیمتری بود. در گروه پس از 6 ماه با استفاده از آزمون t با هم مقایسه شدند.

یافته‌ها: میزان خورشیدی در هر بیمار در دو گروه مورد و بدون دندان SRP پس از 6 ماه (P = 0.7049) و 6 ماه (P = 0.2518) نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتر داشت. کاهش عمیق پاکت (PD) در هر گروه کنترل 6 میلیمتر بود. کاهش نسبت به گروه مورد کاهش نرمال (CAL) نسبت به گروه کنترل 6 میلیمتر بود. در گروهSRP به دقت 6 ماه پس از جنگ (P<0.05) بدون تجویز این دار نداد. پژوهش‌های مربوط به داکس‌سایکلین برای درمان پروتئزات مزمن از SRP توجیه شود.

کلیه‌ها: SRP: داکس‌سایکلین؛ دوز سال آنتی مکروbecca

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (دوره ۱۷، شماره ۱، سال ۱۳۸۳)

پژوهش‌ها: پروتئزات مزمن از شایع‌ترین بیماری‌های پروتئزاتی است که عوامل محور موشی و پاک‌سازی ایمنی و انتها می‌یابند در ایجادن انقراض اساس دارند؛ این بیماری در نهایت منجر به از دست رفتن کلیت‌های دندان می‌گردد (1).

شیوع این بیماری حتی در کشورهای پیشرفته جهان مانند آمریکا سبب بالا می‌شود؛ بنابراین که بررسی یک‌سوم افراد بالای ۳۰ سال در آن جویعت باید در این بیماری باشد (1). شیوع آن در کشورهای جهان سوم علیه می‌باشد (1). بیماران کوه این بیماری مزمن و چرب کلینیکی، چربی و گلوبریه پر سواد در حال حاضر با درمان‌های جراحی و غیرجراحی کنترل می‌گردد (2).

از آنجا که در شرایطی آمیزش و غیرفک به مراقبت بیشتر است، منجر به افزایشی کاپلاتازهای PMNs مزمنه انقلاب از سرطان کلینیکی (نظر به کلیت‌های مکروbecca مکرورفاز، هیپرولاست، سولهای استخوان، سولهای کالسیکلین، دوز سال آنتی مکروbecca)

1 Matrix Metalloproteinase: MMPs

13
برای انجام SRP از وسایل دستی و وسایل اولتراسونیک کوزنوک، و برای SRP در تداوم با دسترسی اندک از به‌CHASE موتمیپس یا لیدیکا استفاده شد. بعد از آن به‌بیماران به‌طور تصادفی، به‌دو گروه ۲۰azer و ۵۲۲ تیمیتیمیت شدند و میگرادیمی (در سویه کور) با داکسی سایلینک به مدت ۳۰ سانتیمتر مربع. این داروها ۲ در روز به مدت ۳ ماه تجویز شد.

به‌منظور حساسیت مطالعه و کنترل رعایت مطالعه به‌نمایندگان، تیم معیار دارویی، بیماران ۱۵ سال میانه‌ساله، و ضمن تیم پلاک‌ای، داروی متوسط به‌نحوی گردید. بعد از ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه نتایج مورد نظر شامل عمق میروسازی به‌پایان‌رسایی، به‌نحوی رضایت‌نامه‌کننده دریافت گردید. در سالهای اخیر محققان بیماری این داروی معیار SRP (Scaling & Root Planing) مزمن استفاده کردند که هم‌همه نتایج مطلوبی از جمله کاهش خونریزی در حین پرینکدن، کاهش عمق پاکت و ایجاد جنسد چسبندگی جدید در طی ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه بعد دست می‌یافتند. (۸، ۹، ۱۰، ۱۱)

با توجه به این که مطالعه‌ای دیگر از داکسی‌سایلینک متعارض SRP در داخل کشور انجام نشده‌بود، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر داکسی‌سایلینک ۲۰ میلی‌گرمی (ب) نام تجاری (Periostat) و داروها در بیماران مبتلا به پروپنتیتی مزمن انجام گردید.

روش بررسی
این مطالعه به روش کار آزمایی گراز و دو سویه کور در بیماران مبتلا به پروپنتیتی مزمن در سالهای ۸۸–۱۸ در دانشگاه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

از آنجا که داروی مصرفی با دوز ۲۰ میلی‌گرم در پرینکدن ایران موجود نبود و تولید آن نیز با محدودیت همراه بود، بنابراین این کسول داکسی سایلینک ۲۰ میلی‌گرمی ساخته شد و در دانشگاه داورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر کیفی آزمایش و ارزیابی گردید و وجوی میزان ۲۰ میلی‌گرم ماده مؤثر در آن مورد تأیید قرار گرفت؛ سپس ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به پروپنتیتی مزمن (که دارای شرایط ورود به متغیرهای بدنی مرتبط به پروپنتیتی مزمن و دانشگاه به‌پایان‌رسایی تشخیصی (ادوی‌گرایی، عوامل محور، موتمیپس فراوان، سی و ...) انتخاب شدند. در نهایت، اطلاعات مربوط به ۲۲ بیمار با متوسط سن ۵۲ به عنوان گروه مورد و ۲۲ بیمار با متوسط سن ۴۲ به عنوان شاهد که به‌ترتیب داکسی‌سایلینک و داروها (یا شکل مشابه داروی اصلی) دریافت کرده بودند، مقایسه گردید.

۱۴
پاکت (PD)، خونریزی هنگام بروز (BOP) و سطح 
چسبندگی کلینیکی (CAL) بطوری که شامل آرایش و در فرم‌های 
خاص ثبت شدن نام بیکاری که تمامی این 
اتباعیها توسط یک نفر انجام شد.

در مورد متغیر عمق پاکت، تعداد یا عمق با عمق تا 
6 میلیمتر (48<۵) و بیش از 7 میلیمتر (PD>۲۴) شمارش 
گردید. این عمل در مورد متغیر سطح چسبندگی کلینیکی نیز 
انجام شد؛ همچنین تایپ به تغییر در گروه‌ها PD<۲۴.

تا اثر داروی هر یک از این متغیر مشخص گردید.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون 2 مورد تحلیل 
قرار گرفت.

یافته‌ها

در یافته‌ها

دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. میانگین سه این 
در مورد میانگین BOP، PD<۷ mm و CAL<۷ mm، PD<۵ mm 
گروه مورد بررسی قیل از عمل یکسان بود (P<۰.۰۵).

بعد از انجام SRP و تجویز داکسی‌سایکلین در مورد 
Moor, میانگین BOP و SRP در مقایسه مختلف طی 
CAL<۷ mm و CAL<۷ mm

در مورد ارزیابی در 10 و 6 هفته

به هر یک از متغیر و

یافته‌ها

در این بررسی، پس از SRP,

دو گروه یکسان بود (P<۰.۰۵)، ولی ۲۰ ماه پس از تجویز داروی، 
بیش از 7 میلیمتر (PD>۲۴) بود (P<۰.۰۵).

در مورد نسبت به گروه به دست آمده نیز BOP 
کاهش پایدار داشت (P<۰.۰۵). به عبارت دیگر دارو اثر 
 واضحی ناشی از SRP است (P<۰.۰۵).

در مورد این مطالعه، نیاز به تایپ 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm

از ین مطالعه با عمق PD<۲۴.

BOP

کلینیکی، کاهش قابل ملاحظه‌ای بعد از 1 و 6 ماه در 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm. در هر دو گروه BOP 
کاهش نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتر نشان داد.

کاهش مایلی‌میکرووایی (Caton, ۲۰۱۰) نیز مشابه تا 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm.

در پایان بیشینه سایکلین (Y) Ashley و 
Ciancio نشان داد. نتایج مطالعات 
۱۴ و ۲ هفته پس از SRP از

در پاکت‌های با عمق PD<۲۴.

BOP

و سطح 
چسبندگی کلینیکی (CAL) بطوری که شامل آرایش و در فرم‌های 
خاص ثبت شدن نام بیکاری که تمامی این 
اتباعیها توسط یک نفر انجام شد.

در مورد متغیر عمق پاکت، تعداد یا عمق با عمق تا 
6 میلیمتر (48<۵) و بیش از 7 میلیمتر (PD>۲۴) شمارش 
گردید. این عمل در مورد متغیر سطح چسبندگی کلینیکی نیز 
انجام شد؛ همچنین تایپ به تغییر در گروه‌ها PD<۲۴.

تا اثر داروی هر یک از این متغیر مشخص گردید.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون 2 مورد تحلیل 
قرار گرفت.

یافته‌ها

در یافته‌ها

دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. میانگین سه این 
در مورد میانگین BOP، PD<۷ mm و CAL<۷ mm، PD<۵ mm 
گروه مورد بررسی قیل از عمل یکسان بود (P<۰.۰۵).

بعد از انجام SRP و تجویز داکسی‌سایکلین در مورد 
Moor, میانگین BOP و SRP در مقایسه مختلف طی 
CAL<۷ mm و CAL<۷ mm

در مورد ارزیابی در 10 و 6 هفته

به هر یک از متغیر و

یافته‌ها

در این بررسی، پس از SRP,

دو گروه یکسان بود (P<۰.۰۵)، ولی ۲۰ ماه پس از تجویز داروی، 
بیش از 7 میلیمتر (PD>۲۴) بود (P<۰.۰۵).

در مورد نسبت به گروه به دست آمده نیز BOP 
کاهش پایدار داشت (P<۰.۰۵). به عبارت دیگر دارو اثر 
 واضحی ناشی از SRP است (P<۰.۰۵).

در مورد این مطالعه، نیاز به تایپ 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm

از ین مطالعه با عمق PD<۲۴.

BOP

کلینیکی، کاهش قابل ملاحظه‌ای بعد از 1 و 6 ماه در 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm. در هر دو گروه BOP 
کاهش نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتر نشان داد.

کاهش مایلی‌میکرووایی (Caton, ۲۰۱۰) نیز مشابه تا 
BOP<۷ mm و PD<۵ mm.

در پایان بیشینه سایکلین (Y) Ashley و 
Ciancio نشان داد. نتایج مطالعات 
۱۴ و ۲ هفته پس از SRP از
در مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه، هر چند تجویز ۳ ماهه دوکسی سابکلین ۲۰ میلیگرمی برای دو بار در روز، بد از ۳ و ۶ ماه بسیاری از شاخص‌های کلینیکی را در بیماران مبتلا به مدولتیز مزمن بهبود بخشید. ولی تشخیص همگامی که برای استفاده طولانی‌مدت و توزیع‌یابین مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها وجود دارد این است که آیا این شیوه درمانی باعث ایجاد باکتری‌های مقاوم نسبت به آن آنتی‌بیوتیک نیم‌گردید؟

نتایج دیگری که در مورد این شیوه درمانی مطرح می‌باشد، این است که آیا دوکسی سابکلین ۲۰ میلیگرمی باعث تغییر در میکروبولوژی طبیعی دهان نیم‌گردید؟

توپولیک (۷) و Ashely و Hiancio مطالعه و همکاران (۱۱) و Walker (۱۲) و Hiancio و Walker (۱۳) نشان داد که تجویز این بیمار به مدل تشخیص کلینیکی مانند (۲) با توجه به این که مطالعات انجام شده در کشورهای مقری از نظر فرهنگی و اقتصادی، انجام شده است، آیا این شیوه درمانی در کشور ما که بیشتر بیماران مبتلا به این بیماری از نظر فرهنگی و اقتصادی با آن جامعه متفاوتند، می‌تواند تأثیرات طولانی مدت داشته باشد؟ پاسخ به این سوال نیز به بررسی‌های پیشتری دارد.

یکی از تأثیرات مهم دوکسی سابکلین در کنترل بیماری مدولتیز مزمن، مهار MMP7 (۳) است. در اغلب بیماری مدولتیز مزمن، سوئش شده است. از لمسیات PMN می‌باشد و دوکسی سابکلین نیز باعث سر درد دارد که کنترل بیماری و همکاران نشان داد که این دارو پاسخی به بروز‌های تازه‌ای
بکتری‌های پاتوژن در پروپنیدنتوم را نیز دارا می‌باشند (۱۵). این مطالعه و سایر مطالعات مشابه در این مورد بهبودی قابل توجهی را در شاخص‌های کلینیکی در بیماران پروپنیدنتیت مزمن، بخصوص در کسب CAL نشان داده که از استفاده از ارزیابی Subtraction Radiography استفاده از ارزیابی مطالعات اولیه متعاقب استفاده از Sub Antibacterial Dose Doxycicline (SAD) مقایسه با پلاکس متوسط می‌گردد (۹); همچنین این دارو باعث تحریک استروبلاست‌ها و سرکوب استروبلاست‌های می‌شود (۸). ولی آیا چسبندگی بسته آماده یک چسبندگی جدید است؟ به‌عنوان یک گزینه اپیک دیگر، این PDL و یا استخوان گردان کنترل نمایش دهد؟ است؟ یا در دراز مدت این پیدا می‌گردد؟ پیشنهاد می‌شود (۹) در این صورت میزان آن چقدر است؟ و آیا می‌توان این شیوه درمانی را در تام پراکنده استخوانی که در این بیماری به وقوع می‌پیوندد، بکار برده یا آن که چسبندگی به دست آمده یک است؟ هر چند Long Junctional Epithelium (LJE) گزارش شده است که یک HEM که با هدایت دقیق بیمار و حذف BOP می‌تواند همانند یک چسبندگی واقعی یافت همین‌طور که (۱۶). ولی آیا می‌توان در جامعه ما نیز با

منابع:


