



Роль общесоматического статуса в развитии воспалительно-деструктивных поражений пародонта

Б.М. Каримов

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Результаты эпидемиологического обследования стоматологического статуса у 947 больных с общесоматической патологией (болезни эндокринной системы – 38,9%, органов пищеварения – 31,2% и сердечно-сосудистой системы – 29,9%) свидетельствуют о высокой распространённости (100%) и максимальном приросте заболеваний пародонта ($0,43 \pm 0,12$), что требует разработки дифференцированных форм стоматологического обслуживания среди них. Отмечается прямая коррелятивная связь между тяжестью, длительностью соматической патологии, возрастом пациентов и пародонтологическими проявлениями в полости рта. С тяжестью общесоматического состояния пациента воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта возрастают в 11 раз по сравнению с лёгкой формой общего нарушения в организме.

Ключевые слова: общесоматическая патология, заболевания пародонта

Актуальность. На современном этапе развития медицины особенностями стоматологической заболеваемости у населения являются высокая распространённость и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких видов патологии зубов кариозного и некариозного происхождения, а также воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта (СОПР) [1,2].

Патологические процессы, возникающие в организме человека, нередко проявляются в периферических тканях. Изменения СОПР в большинстве случаев являются первыми клиническими признаками нарушений системного характера [3-5]. Поэтому в последние годы возрос интерес к изучению ранних симптомов общесоматических заболеваний [6,7], в то же время нельзя забывать, что нарушения, возникающие в полости рта, утяжеляют течение основного заболевания.

Цель исследования. Изучить влияние сопутствующих соматических заболеваний на развитие и прогрессирование воспалительно-деструктивных поражений пародонта.

Материал и методы. Эпидемиологическое обследование состояния органов и тканей полости рта проводилось на базе терапевтического отделения Национального медицинского центра и кардиологического центра Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. За период с 2009 по 2014 гг. с использованием эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 947 больных

(основная группа) в возрасте от 20 до 60 лет и старше, которые распределены по возрастным группам: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше.

Все пациенты обследовались по общепринятой в стоматологии схеме, включающей клинические и параклинические методы исследования. На каждого из них заполняли стоматологическую карту с приложением, включающую анамнез (номер истории болезни, паспортные данные, жалобы, анамнез жизни и настоящего заболевания), результаты объективного обследования (общий и стоматологический осмотр), предварительный и окончательный диагноз, дополнительные методы исследования.

Общесоматический диагноз ставили соответствующие специалисты на основании анализа жалоб, данных объективного осмотра, клинических и лабораторных методов исследования.

Состояние зубов и тканей пародонта определяли с помощью эпидемиологического метода обследования А.В. Алимского (1993). Для оценки состояния тканей пародонта учитывали показатели пародонтальных проб и индексов, индекс потребности в лечении болезней пародонта – CPITN (Community Periodontal Index of treatment Needs - ВОЗ, 1982).

Статистическая обработка и анализ полученных данных осуществлялись по правилам санитарной статистики применительно к стоматологии (Г.В. Базиян, Г.А. Новгородцев, 1968). Оценка динамики происшедших изменений и статистическая значимость различий оценивались по t-критериям Стьюдента.



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Хроническая соматическая патология (классы болезней МКБ-10)	Количество обследованных	
	Абс. число	%
Болезни органов пищеварения (хронический гастрит, язва желудка и 12-перстной кишки, билиарный цирроз печени)	295	31,2
Болезни сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, приобретённые пороки сердца)	283	29,9
Болезни эндокринной системы (сахарный диабет, гиперфункция щитовидной железы, паращитовидных желёз)	369	38,9
Всего:	947	100

ТАБЛИЦА 2. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сопутствующая соматическая патология	Хронический генерализованный пародонтит		
	Лёгкой степени тяжести, %	Средней степени тяжести, %	Тяжёлой степени тяжести, %
Хронический гастрит (n=38)	67,10±2,55*	30,80±1,38	2,10±0,08*
Хронический гастроудоденит (n=106)	56,60±2,23*	32,50±1,56	10,90±0,42*
Язвенная болезнь желудка (n= 52)	41,40±1,48	35,20±1,54	23,40±1,35

Примечание: P* - статистическая значимость различий между группами (P<0,001)

Результаты и их обсуждение. У обследованных лиц были диагностированы желудочно-кишечная (n=295), сердечно-сосудистая (n=283) и эндокринная (n=369) патология (табл. 1).

У 295 больных была выявлена различной степени тяжести пародонтальная патология в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: 38 пациентов – с хроническим гастритом, 106 – с эрозивным гастроудоденитом, 72 – с эрозивно-язвенным гастроудоденитом, 52 – с язвой желудка, 27 – с язвой 12-перстной кишки.

Среди 283 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями 164 пациента оказались с артериальной гипертонией, 68 – с ишемической болезнью и 51 – с приобретёнными пороками сердца. Комплексное обследование стоматологического статуса также организовано среди 369 больных с сахарным диабетом.

В зависимости от степени тяжести сопутствующей соматической патологии среди обследованных больных определялась динамика распространённости хронического пародонтита (табл. 2). Отдалённые результаты эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у больных с лёгкой формой сопутствующей патологии свидетельствуют о том, что средние величины распространённости хронического пародонтита лёгкой, средней и тяжёлой степени составили, соответственно, 67,10±2,55%, 30,80±1,38% и 2,10±0,08%. У лиц со средней формой

тяжести общесоматической патологии исследуемые формы пародонтологических нарушений составили, соответственно, 56,60±2,23%, 32,50±1,56% и 10,90±0,42% при соответствующем значении 41,40±1,48%, 35,20±1,54% и 23,40±1,35% у больных с тяжёлой формой внутриорганных нарушений.

Результаты проведённых эпидемиологических исследований в динамике показали, что тяжесть патологических изменений в тканях пародонта увеличивается с нарастанием степени тяжести межсистемного нарушения. Так, среди больных с хроническим гастритом, тяжёлая форма хронического пародонтита выявлена в 2,10±0,08% случаев, а у лиц с хроническим гастроудоденитом и язвенной болезнью желудка распространённость тяжёлых форм хронического пародонта составила, соответственно, 10,90±0,42% и 23,40±1,35%. Иными словами, с утяжелением общесистемного нарушения в организме воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта возрастают в 11 раз по сравнению с теми же больными с лёгкой формой межсистемной патологии.

В ходе пятилетнего эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у больных с неблагоприятным соматическим фоном нами установлено заметное увеличение тяжести заболеваний пародонта с возрастом. Исходное значение распространённости всех признаков патологии пародонта (индекс CPIITN) у обследованных в возрасте 20-29



лет в среднем составило $89,97 \pm 4,33\%$ с интенсивностью $4,19 \pm 0,35$ сегмента на одного больного. При этом кровоточивость дёсен достигла $18,01 \pm 1,68\%$ (интенсивность – $1,01 \pm 0,10$ сегмента), зубной камень – $69,80 \pm 2,18\%$ (интенсивность – $2,67 \pm 0,11$ сегмента), пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – $2,16 \pm 0,47\%$ (интенсивность – $0,51 \pm 0,14$ сегмента).

Отдалённые результаты эпидемиологического обследования по изучению индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у 20-29-летних больных с общесоматической патологией выглядят таким образом: распространённость исследуемого индекса в среднем составила $96,77 \pm 4,88\%$ с интенсивностью $4,44 \pm 0,50$ сегмента. У больных этой возрастной группы, при сегментарной оценке пародонтологического статуса, в динамике было выявлено, что суммарное значение кровоточивости дёсен и наличия зубного камня достигло $89,61 \pm 3,06\%$ с интенсивностью $3,68 \pm 0,36$. Распространённость и интенсивность пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм у них соответствовали $7,16 \pm 1,82\%$ и $0,76 \pm 0,14$.

В возрасте 20-29 лет сопоставительная оценка исходных и отдалённых результатов эпидемиологического обследования по изучению индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, при наличии системного нарушения в организме, обнаруживала достоверный прирост распространённости и интенсивности исследуемого индекса, соответственно на $6,8 \pm 0,55\%$ и $0,25 \pm 0,15$ сегментарных единиц.

У больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте 30-39 лет исходная величина общей распространённости заболеваний пародонта по индексу CPITN составила $93,44 \pm 3,30\%$ при интенсивности $4,88 \pm 0,77$ сегмента на одного обследованного. Если кровоточивость дёсен была зафиксирована только лишь у $19,30\%$ обследованных лиц (интенсивность – $1,27 \pm 0,12$ сегмента), то зубной камень и пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – соответственно, у $71,20\%$ (интенсивность – $3,13 \pm 0,47$ сегмента) и $2,03\%$ (интенсивность – $0,27 \pm 0,13$ сегмента) при усреднённом значении $0,91 \pm 0,13\%$ и $0,21 \pm 0,05$ сегмента для пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более.

При изучении отдалённых результатов эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у стационарных больных в возрасте 30-39 лет выявлен определённый прирост распространённости и интенсивности по таким патологическим признакам, как кровоточивость дёсен ($21,10 \pm 1,13\%$ и $1,37 \pm 0,18$, соответственно), наличие зубного камня ($73,12 \pm 2,13\%$ и $3,88 \pm 0,53$), пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм ($4,13 \pm 0,32\%$ и $0,56 \pm 0,11$). В данной возрастной группе также визуализировались зубо-

десневые карманы глубиной 6 мм и более с распространённостью $1,65 \pm 0,10\%$ и сегментарного поражения $0,19 \pm 0,03$, которые не диагностировались в предыдущей возрастной группе.

В возрастной группе 40-49 лет исходная величина распространённости всех признаков патологии пародонта по индексу нуждаемости составила стопроцентную величину с интенсивностью $5,11 \pm 0,38$ поражённого сегмента (из шести) на одного обследованного больного. Как свидетельствуют данные иллюстрации, при первичном обследовании распределение структурных элементов индекса CPITN оказалось следующим: кровоточивость дёсен – у $30,5 \pm 1,47\%$ обследованных (интенсивность – $1,83 \pm 0,11$ сегмента); зубной камень – у $41,5 \pm 1,49\%$ (интенсивность – $2,49 \pm 0,09$ сегмента); пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – у $8,0 \pm 1,13\%$ (интенсивность – $0,48 \pm 0,11$ сегмента); соответствующие карманы глубиной 6 мм и более – $5,2 \pm 0,56\%$ (интенсивность – $0,31 \pm 0,07$ сегмента).

Среди обследованных больных в возрасте 40-49 лет, спустя 3 года после первичного эпидемиологического обследования, распространённость всех признаков патологии пародонта по используемому индексу составила стопроцентную величину с интенсивностью $5,98 \pm 0,28$ поражённого сегмента. При структурном анализе индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта кровоточивость дёсен была обнаружена у $41,8 \pm 1,67\%$ обследованных больных (интенсивность – $2,51 \pm 0,10$ сегмента), зубной камень – у $42,5 \pm 1,51\%$ (интенсивность – $2,55 \pm 0,12$ сегмента), пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – у $7,2 \pm 1,03\%$ (интенсивность – $0,43 \pm 0,04$ сегмента), пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более – у $8,2 \pm 0,56\%$ (интенсивность – $0,49 \pm 0,02$ сегмента).

По данным структурного анализа исходного значения индекса CPITN, у больных с сопутствующей патологией в возрасте 50-59 лет кровоточивость дёсен, зубной камень, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм и более 6 мм составили $22,8 \pm 1,13\%$, $31,3 \pm 1,49\%$, $34,1 \pm 1,72\%$ и $11,8 \pm 1,84\%$, соответственно. В отдалённые сроки наблюдения среди стационарных больных величина исследуемых показателей составила, , $21,60 \pm 1,18\%$, $28,80 \pm 1,27\%$, $37,10 \pm 1,72\%$ и $12,50 \pm 0,84\%$. Исходное значение распространённости индекса нуждаемости и поражённых сегментов на одного больного соответствовали $100,0\%$ и $5,54 \pm 0,81$ при соответственном значении $100,0\%$ и $5,97 \pm 0,93$ в отдалённые сроки наблюдения. Следовательно, прирост интенсивности индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у больных с общесоматической патологией, спустя 3 года после первичного эпидемиологического обследования, составил $0,43 \pm 0,12$.



В сравнительном аспекте полученные результаты подтверждают факт неуклонного увеличения степени тяжести патологических изменений в тканях пародонта у больных с общесоматической патологией в возрасте 60 лет и старше. В частности, при первичном осмотре среди обследованных лиц распространённость и интенсивность патологических признаков в тканях пародонта максимализировались. Среди больных этой группы аналогичная картина наблюдалась и в отдалённые сроки эпидемиологического обследования пародонтологического статуса.

ВЫВОДЫ:

1. В структуре общей заболеваемости у обследованных пациентов с патологическими изменениями в тканях пародонта преобладали болезни эндокринной системы, что составило 38,9%; болезни органов пищеварения выявлены в 31,2% случаев, болезни сердечно-сосудистой системы – среди 29,9% пациентов.
2. С тяжестью общесоматического состояния пациента воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта возрастают в 11 раз по сравнению с лёгкой формой общего нарушения в организме.
3. Проведённые исследования доказывают необходимость одновременной коррекции взаимоотношающихся состояний организма с целью достижения стойкой ремиссии патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов С.Д. Клинико-морфологические взаимосвязи потери минеральной плотности кости при заболеваниях пародонта на фоне соматической патологии / С.Д.Арутюнов, А.Л.Верткин, О.В.Зайратянц // Институт стоматологии. – 2008. – № 2 (39). – С. 88-90
2. Джульетт Р. Системные последствия состояния полости рта: сердечно-сосудистые заболевания / Р. Джульетт // Стоматолог. – 2007. – № 11. – С. 26-29
3. Махмудов Т.Г. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом / Т.Г.Махмудов, Г.Э.Керимова, Л.К.Ибрагимова // Пародонтология. – 2009. – № 2. – С. 11-13
4. Русакова Е.Ю. Стоматологический статус у детей при различных соматических заболеваниях / Е.Ю.Русакова, С.И.Бессонова, А.А.Бевз // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 5. – С. 47-49
5. Amar S. The impact of periodontal infection on systemic diseases / S.Amar, X.Han // Med. Sci. Monit. – 2003. – N 9. – P. 291-299
6. McGreal E.P. Ligand recognition by antigen-presenting cell C-type lectin receptors / E.P. McGreal, I.L.Miller, S.Gordon // Curr Opin Immunol. – 2007. – Vol. 17 (1). – P. 18-24
7. Tang B.M. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis / B.M.Tang // The Lancet. – 2007. – №370. – P. 657-666



Summary

Role of somatic status in the development of inflammatory and destructive periodontal disease

B.M. Karimov

Chair of Therapeutic Stomatology Avicenna TSMU

Epidemiological survey of dental status in 947 patients with somatic pathology (disease of the endocrine system – 38,9%, digestive – 31,2% and the cardiovascular system – 29,9%) indicate a high prevalence (100%) and maximum growth of periodontal disease ($0,43 \pm 0,12$), that requires the development of differentiated forms of dental care. Direct correlation between the severity, duration of somatic pathology, patient age and periodontal manifestations in the oral cavity is observed. With the severity of patient's condition somatic inflammatory-dystrophic changes in periodontal tissues increased 11 times compared with mild general disturbance in the organism.

Key words: somatic pathology, periodontal disease

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Каримов Бахтиёр Музафарович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сино, 30/1
E-mail: karimovb86@mail.ru