

УДК 616.314.18-002.4-091-053.6

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, З.Р. КАМИЕВА, К.Х. ИБРАГИМОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПАРОДОНТИТ И ФОНОВЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА



Ермуханова Г.Т.

Высокая распространенность и интенсивность болезней пародонта, их тесная взаимосвязь с соматической патологией, отсутствие эффективных методов диагностики, профилактики и лечения сохраняют актуальность проблемы современной стоматологии. Одним из ведущих факторов, приводящих к патологии пародонта, является нарушение регионарной гемодинамики и микроциркуляции.

Цель исследования. Изучить проявления пародонтитов у подростков, имеющих фоновые патологии

Материал и методы. Обследовано 2233 ребёнка в возрасте от 6 до 18 лет, обучающихся в школах г. Алматы, у 229 из них выявлены разные формы воспалительных заболеваний пародонта. Из всех обследованных у 50 детей выявлены быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит и сопутствующая патология со стороны системы крови, эндокринной системы.

Результаты и обсуждение. Среди выявленных 229 детей с различными формами воспалительных заболеваний пародонта у 50 отмечены неблагоприятные фоновые состояния в виде патологии эндокринной системы, системы крови. Врачами-стоматологами проведено обследование и назначены лечебные мероприятия по устранению пародонтитов. Рекомендованы обследование и дальнейшее лечение у специалистов-эндокринологов и гематологов.

Выводы. Опыт проведенных обследований подростков с пародонтитами показал, что зачастую данная патология не воспринимается всерьез специалистами. Наряду с заболеваниями зубов необходимо выявлять и ликвидировать воспалительные процессы в тканях пародонта у детей и подростков. В случае обнаружения у пациента фоновой патологии необходимо настоятельно рекомендовать подключение в комплекс реабилитационных мероприятий и лечение у узких специалистов.

Ключевые слова: дети, гингивит, пародонтит, эндокринная система, кровь.

Заболевания пародонта – одна из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ потеря зубов при этих заболеваниях происходит в 5 раз чаще, чем при осложненных формах кариеса.

Заболевания пародонта могут развиваться под влиянием как местных причин: наличие зубной бляшки, мягкого налета, зубного камня, окклюзионной травмы, так и сочетанного воздействия местных и общих (эндогенных) факторов на фоне измененной реактивности организма [1].

Высокая распространенность и интенсивность болезней пародонта, их тесная взаимосвязь с соматической патологией, отсутствие эффективных методов диагностики, профилактики и лечения, сохраняют актуальность проблемы современной стоматологии. Одним из ведущих факторов, приводящих к патологии пародонта, является нарушение регионарной гемодинамики и микроциркуляции.

Общие заболевания влияют на интенсивность первично возникшей воспалительной реакции: процессы воспаления и деструкции значительно усиливаются, процессы же репарации или регенерации явно ослабевают и замедляются, хотя механизмы этих процессов очень разные. Известно, что воспалительные поражения пародонта наиболее

тяжело протекают у больных сахарным диабетом (СД), представляющим собой важную медико-социальную проблему [2, 3]. Сахарным диабетом в мире страдает более 100 млн. человек. В большинстве стран мира наблюдается тенденция к росту заболеваемости сахарным диабетом, «омоложение» этого заболевания. Сахарный диабет характеризуется нарушениями всех видов обмена веществ, генерализованным поражением мелких сосудов, микроангиопатией, что способствует развитию затяжных хронических процессов.

Заболевания пародонта при сахарном диабете, по данным различных авторов, встречаются у 47-100% населения. При этом отмечается более тяжелый характер заболевания, связанный со значительным замедлением регенеративных и репаративных процессов [4]. При хроническом генерализованном пародонтите нарушаются и повреждаются не только компоненты десны, но и костная ткань. Лечение этого заболевания является трудной и актуальной задачей, а при сопутствующем сахарном диабете каждое повышение уровня сахара в крови будет сопровождаться периодами обострения в очагах хронического воспаления, приводящее к необратимым процессам в костной ткани челюстей [5, 6, 7].

Контакты: Ермуханова Гульжан Тлеумухановна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.+7 701 9880760, e-mail: guljan.adab@mail.ru

Contacts: Gulzhan Tleumuhanova Ermuhanova, MD, Professor, Head of Department of Pediatric Dentistry KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. +7 701 988 07 60, e-mail: guljan.adab@mail.ru

Цель – изучить проявления пародонтитов у подростков, страдающих фоновыми патологиями.

Материал и методы

Обследовано 2233 ребёнка в возрасте от 6 до 18 лет, обучающихся в школах г. Алматы, у 229 из них выявлены разные формы воспалительных заболеваний пародонта: 156 девочек и 73 мальчика. Дети были осмотрены врачами-стоматологами, на каждого из них оформлена карта стоматологического осмотра по ВОЗ. Из всех обследованных у 50 детей выявлены быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит и сопутствующая патология у них со стороны системы крови, эндокринной системы. Все дети прошли через специальные исследования – проба Шиллера – Писарева, определены индекс РМА, пародонтальный индекс, гигиенический индекс Green и Wermillion, проведено рентгенографическое исследование пародонта.

Результаты и обсуждение

В наших наблюдениях у детей чаще встречался пародонтит, локализованный в области 1-2 или группы зубов во фронтальном участке челюстей при скученности зубов или зубочелюстных аномалиях, при аномалиях строения и прикреплении уздечек языка, губ, мелком преддверии полости рта. Начальная форма пародонтита у обследуемых детей не выявлялась. Обычно при этой форме дети жалобы не предъявляют, клинически определяются неярко выраженные симптомы катарального гингивита, отложение зубного налета, ложные пародонтальные карманы до 2-2,5 мм, зубы устойчивы, шейки зубов не обнажены. Рентгенологически определяются нечеткость или деструкция кортикальной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок и незначительный остеопороз их губчатого вещества.

В подростковом периоде развития нередко развиваются довольно специфичные формы патологии пародонта, так называемые предпубертатная и пубертатная формы пародонтита.

Предпубертатный пародонтит. Обычно возникает у детей до 11 лет. В наших случаях выявлена у 39 (78%), отмечена генерализованная форма. Начиналось заболевание во время или вскоре после прорезывания молочных зубов и проявлялось нарушением прикрепления десны к зубам и тяжелой деструкцией альвеолярной кости, приводящей к преждевременному выпадению зубов у детей с трехлетнего возраста. Раннее и агрессивное течение было обусловлено тем, что у таких пациентов имелись дефекты иммунитета – в крови мало моноцитов и полиморфноядерных лейкоцитов. У всех детей с рождения отмечались пониженная сопротивляемость к инфекциям, фурункулез, гнойничковые заболевания кожи, отиты, пневмонии. Дети бледные, пониженного питания.

Заражение происходило от родителей, окно инфицирования – от 1 года до 3 лет. Начиналось с первичного разрушения периодонта, при этом вначале симптомы воспаления десны отсутствовали. В дальнейшем менялась архитектура десневого края, десна как бы отступала, обнажались шейки зубов, появлялись глубокие пародонтальные карманы, затем начиналось воспаление. Рентгенологически определялась вертикальная деструкция альвеолярной кости. В последующем возникали подвижность, перемещение и выпадение зубов. Симптомов кровоточивости, болезнен-

ности не отмечалось. Зубной камень отсутствовал, зубы покрывались мягким налетом. Дети теряли вначале молочные зубы, затем процесс распространялся на зачатки постоянных зубов, они рано прорезывались. В 2 случаях к 14-15 годам отмечалось выпадение по 1 фронтальному зубу. Однако патологический процесс за пределы альвеолярной кости не переходил. С выпадением постоянных зубов деструктивный процесс в челюстях прекращался.

Пубертатный (подростковый) пародонтит. Существуют 2 формы: локализованная и генерализованная. Выявлен у 11 (22%) подростков. Локализованный пубертатный пародонтит обычно наблюдается у практически здоровых детей или подростков с начинающимися развиваться системными заболеваниями. Надо отметить, что для этой формы пародонтита характерна быстрая и тяжелая деструкция альвеолярной кости в области первых постоянных моляров, иногда и резцов. Клинически наблюдались легкое воспаление, небольшое количество зубного налета или камня. Деструкция костной ткани прогрессировала в 3-4 раза быстрее, чем при пародонтите у взрослых. В настоящее время это заболевание связывают с бактериемией типа *Actinobaculus actinomycetemcomitans*. В большинстве случаев возникал у детей, родители которых являлись носителями этого микроорганизма, который попадал в ткани пародонта вскоре после прорезывания зубов. Процесс протекал при минимальной воспалительной реакции. Пародонт позже прорезывающихся постоянных зубов редко повреждался, так как к этому моменту успевали образоваться и проявить свое защитное действие специфические антитела.

Генерализованный пубертатный (подростковый) пародонтит встречается редко, в наших исследованиях не выявлялся. Патологический процесс при этой форме обычно захватывает пародонт обеих челюстей. Характеризуется агрессивным течением, быстрой и тяжелой деструкцией альвеолярной кости. Его принято называть агрессивным, или быстро прогрессирующим, пародонтитом. Наиболее агрессивное течение связывают с сочетанием этого микроорганизма с *Actinobaculus actinomycetemcomitans* и *Prevotella intermedia*. Именно при таком сочетании микроорганизмы проявляют резко положительное взаимовлияние.

Дифференциальная диагностика. Пародонтит необходимо дифференцировать с хроническими гингивитами и изменениями в пародонте при X-гистиоцитозах, сахарном диабете, постоянной и циклической нейтропении и др. (табл.1). Некоторые затруднения возникают в дифференциальной диагностике начальных форм пародонтита с гингивитами. Решающими при этом являются данные рентгенологического исследования. При анализе рентгенограмм нужно учитывать варибельность форм межальвеолярных перегородок у детей, а также то, что периодонтальная щель в области шеек зубов до окончания формирования постоянного прикуса шире, чем на остальных участках, в период прорезывания зубов межальвеолярные перегородки не сформированы, кортикальная пластинка на их вершинах не определяется.

У 50 из обследованных детей выявлены пародонтиты на фоне сопутствующих заболеваний. В подавляющем

Таблица 1 – Распределение подростков с пародонтитами по фоновым патологиям

№ п/п	Возрастные категории школьников	Фоновые состояния у подростков с пародонтитами						
		эндокринные заболевания		заболевания крови				
		эндемический зоб	сахарный диабет	ЖДА	гемофилия	тромбоцитопения	хронический миелолейкоз	геморрагический васкул.
1	7-8	1	1	2	1	-	-	-
2	9-10	-	-	1	-	-	-	1
3	12	-	3	-	-	-	-	-
4	13-15	3	-	-	-	1	1	-
5	16-18	30	1	3	-	1	-	-
Всего		34	5	6	1	2	1	1

Таблица 2 – Распределение подростков с фоновыми заболеваниями по формам патологии пародонта

№ п/п	Сопутствующая патология	Формы заболеваний пародонта							всего
		гипертрофический гингивит, отечная форма	язвенно-некротический гингивит	пародонтит легкой степени	пародонтит, средней степени тяжести	пародонтит тяжелой степени	БАП препубертатный	БАП пубертатный	
1	Эндемический зоб	1	1	12	16	3	-	1	34
2	Сахарный диабет	-	-	-	2	-	2	1	5
3	Заболевания крови	1	1	-	6	1	1	1	11
Всего		2	2	12	24	4	3	3	50

большинстве случаев – 39 (78%) – пародонтиты протекали у подростков с эндокринными нарушениями: эндемический констатирован у 34 (68%), сахарный диабет – у 5 (10%) обследуемых. 11 подростков (22%) страдали фоновыми патологиями системы крови: 6 человек отмечали у себя наличие железодефицитной анемии. Среди обследованных подростков с пародонтитами отмечались такие единичные случаи патологии системы крови, как гемофилия, тромбоцитопения, хронический миелолейкоз, геморрагический васкулит (табл. 1).

В группе 50 подростков с различными формами пародонтита, протекавшими на фоне заболеваний системы крови и эндокринных нарушений, чаще всего отмечались пародонтиты средней степени тяжести – 24 (48%). У 12 (24%) обследованных пародонтит диагностирован легкой степени тяжести. Гипертрофический и язвенно-некротический гингивиты выявлялись в единичных случаях. Тяжелая степень течения пародонтита отмечалась у 4 (8%) подростков и совпала с обострением сопутствующей патологии (табл. 2).

При дифференциальной диагностике пародонтита с изменениями в пародонте при X-гистиоцитозах надо иметь в виду, что при X-гистиоцитозах наряду с изменениями в альвеолярной кости имеются очаги деструкции костной ткани в теле и ветвях нижней челюсти. При сахарном диабете преобладает вертикальная резорбция межзубных перегородок с воронкообразными, кратерообразными карманами, не переходящая на тело челюсти. При постоянной и циклической нейтропении процесс ограничивается межальвеолярными перегородками и имеет четкие контуры.

При циклической нейтропении обострение процесса происходит через строго определенные промежутки, характерные для конкретного ребенка (чаще 21 день) и продолжаются 4-5 дней.

Для объективного выявления симптомов гингивита и его распространенности использовалась проба Шиллера – Писарева, а определение степени воспаления десен проводилось с помощью индекса РМА. Степень деструктивных изменений в пародонте определялась пародонтальным индексом. Оценка гигиенического состояния полости рта осуществлялась с помощью гигиенических индексов Федорова–Володкиной, Green и Wermillion. Обязательным является определение равномерности окклюзионной нагрузки методом отпечатков (окклюзиограмма), а также рентгенографическое исследование пародонта. Кроме того, необходимо изучение истории развития ребенка; проведение клинических анализов крови (общего – на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета), а также определение содержания иммуноглобулинов для исключения иммуноглобулинемии, анализ мочи общий, а при подозрении на X-гистиоцитоз – на нейтральный жир. По показаниям проводят цитологические и микробиологические методы исследования пародонтальных карманов. Обязательно проводилось обследование ребенка у педиатра, гематолога, эндокринолога, иммунолога, детского гинеколога, психоневролога и др. с целью выявления и лечения системных заболеваний, которые могут влиять на ход и результат лечения гингивита и пародонтита.

Выводы

Своевременное выявление патологии пародонта у детей

и подростков является профилактической мерой для сохранения зубов на долгие годы. В практике детской стоматологии не уделяется пристальное внимание состоянию тканей пародонта. Упускается время для установления причин и организации лечения различных форм пародонтитов. Проведенные исследования убедительно свидетельствуют о наличии у подростков фоновых неблагоприятных состояний. Зачастую пародонтиты возникают и развиваются на фоне сопутствующих заболеваний системы крови и эндокринной системы. В таких случаях возникает необходимость ведения таких пациентов совместно врачами-стоматологами и другими узкими специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Безрукова И.В., Грудянов А.И. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 2002. – №5. – С. 45-47
- 2 Teixeira C.C., Khoо E, Tran J, Chartres I, LIVY. ThantLMetal 2010 Cytokineexpression and accelerated tooth movement // J. Dentres. – 2010. – N 89. – P. 1135-1141
- 3 Хоменко Л.А., Кисельникова Л.П. Терапевтическая стоматология детского возраста. – К.: Книга-плюс, 2013. – С. 125-159
- 4 Пародонтология. Национальное руководство / под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 712 с.
- 5 Попович З.Б., Рожко М.М., Безвущко Е.В. Рентгендиагностика заболеваний зубов и тканей пародонта у детей и подростков. Иваново-Франковск: Смык, 2001. – 214 с.
- 6 Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматолог. – 2006. – №6. – С. 37-48
- 7 Ральер Мазур. Местная антимикробная терапия активных пародонтальных карманов // Новое в стоматологии. – 2000. – №4. – С. 78-81

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, З.Р. КАМИЕВА, К.Х. ИБРАГИМОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПАРОДОНТ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ПАРОДОНТИТТЕР МЕН ЖАЛПЫ АУРУЛАРЫ

Пародонт ауруларының таралуы жоғары болуынан және олардың соматикалық ауруларға жақын болуынан, диагностика, алдын алу, емдеу, қазіргі заманғы стоматологияның өзекті проблемасы болып тұр. Пародонт ауруларына әкелетін басты себеп гемодинамика және микроциркуляцияның бұзылуы болып табылады.

Мақсаты. Пародонтиттің жасөспірімдерде білінуін зерттеу және патологиялық көрінісінде қиналуы.

Материал және әдістері. Зерттеу кезінде Алматы қаласындағы мектептерде оқитын 6 дан 18 жас аралығындағы 2233

балалардың 229 нан пародонттың әртүрлі формалары табылды. Тексерілген балалардың 50 де тез прогрессивті және агрессивті пародонтиттің, эндокриндік жүйе, қан жүйесі тарапынан қосалқы аурулардың бары анықталды.

Нәтижелері және талқылауы. Пародонт ауруларының түрлі формаларымен анықталған 229 бала, соның ішінде 50 балада эндокринді жүйенің, қан жүйесінің патологиясы бар. Стоматолог дәрігерлер тексеру жүргізіп пародонтитті жою жолында ем тағайындалды. Алдағы уақытта эндокринолог және гематолог мамандарда тексеру ұсынылды.

Қорытынды. Тексерілу нәтижелері жасөспірімдердегі пародонт ауруларын мамандардың шыңдап қабылдамайтынын көрсетті. Тіс ауруларымен қатар жасөспірімдерде және балаларда пародонт тіндерінің қабынуын анықтау және жою қажет. Егер науқаста фондық патологиялар анықталса, кешенді емделуді және мамандардан ем алуды ұсыну қажет.

Негізгі сөздер: балалар, гингивит, пародонтоауруы, эндокриндікжүйе, қан.

SUMMARY

G.T. YERMUKHANOVA, Z.R. KAMIEVA, K.H. IBRAGIMOVA

*Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

PARODONTITIS AND BASE STATES FOR TEENAGERS WITH PATHOLOGY PARODONTIS

Relevance. High prevalence and intensity of diseases of a parodont their close interrelation with somatic pathology, lack of effective methods of diagnostics, a profilaktika and treatment, keeps relevance of a problem of modern stomatology. One of the leading factors leading to pathology of a parodont is violation regionarny-haemo loudspeakers and microcirculation.

Objective. To examine the manifestations of periodontitis in adolescents suffering from background abnormalities.

Material and methods of researches. 2233 children aged from 6 till 18 years which are trained at schools of Almaty are examined, at 229 from them different forms of inflammatory diseases of a parodont are revealed. From all surveyed at 50 children are revealed the fast-progressing aggressive periodontal disease and the accompanying pathology at them from system of blood, endocrine system.

Results and discussion. Among the revealed 229 children with various forms of inflammatory diseases of a parodont at 50 unsuccessful background states in the form of pathology of endocrine system, system of blood are noted. Dentists conducted examination and medical actions for elimination of parodontit are appointed. Inspection and further treatment at specialists endocrinologists and hematologists is recommended.

Conclusions. Raspro experience of the conducted examinations of teenagers from parodontita showed that often this pathology isn't perceived in seriousness by experts. Along with diseases of teeth it is necessary to reveal and liquidate inflammatory processes in fabrics of a parodont at children and teenagers. In case of detection at the patient of background pathology it is necessary to recommend strongly connection in a complex of rehabilitation actions and treatment at narrow experts.

Key words: children, gingivitis, a periodontal disease, endocrine system, blood.

Для ссылки: Ермуханова Г.Т., Камиева З.Р., Ибрагимова К.Х. Пародонтит и фоновые состояния у подростков с патологией пародонта // J. Medicine (Almaty). – 2015. – №10 (160). – P. 82-85

Статья поступила в редакцию 06.10.2015 г.

Статья принята в печать 19.10.2015 г.