

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОДОНТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ДИСТОНИЯМИ

*Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40;
тел. 8 (8672) 74-34-23. E-mail: begaevaalina@yandex.ru*

Распространенность хронических воспалительных заболеваний пародонта указывает на целесообразность совершенствования методов их диагностики и терапии. Фоновые заболевания, сопровождающиеся расстройствами кровоснабжения пародонта, могут серьезно влиять как на формирование, так и на тяжесть течения патологии в тканях зубочелюстной системы. В статье представлены результаты изучения клинического течения воспалительных заболеваний пародонта у 130 пациентов в возрасте 25–44 лет с различными фоновыми состояниями артериального давления (50 – с артериальной гипотензией, 42 – с артериальной гипертензией, 38 – с нормальными показателями артериального давления). Полученные данные свидетельствуют о значительном вкладе гемодинамических расстройств в формирование и тяжесть клинического течения хронических пародонтитов у пациентов с патологией системной гемодинамики.

Ключевые слова: артериальная гипотензия, артериальная гипертензия, хронические пародонтиты.

A. A. TSEREKOVA, M. G. DZGOEVA, Z. G. DZGOEVA

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH VASCULAR DYSTONIAS

*Chair of orthopedic stomatology, North Ossetian medicin state academia,
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, 40 Pushkinskaya str.;
tel. 8 (8672) 74-34-23. E-mail: begaevaalina@yandex.ru*

Prevalence of chronic inflammatory periodontal disease indicates the feasibility of improving the methods of diagnosis and therapy. Background diseases accompanied by disorders of blood supply to the periodontal, can seriously affect how the formation, and the severity of the disease in the tissues of dentition. The article presents the results studying of the clinical course of periodontal inflammatory diseases in 130 patients at the age of 25–44 years with a variety of background conditions in blood pressure (50 – with arterial hypotension, 42 – with hypertension, 38 – with normal blood pressure) The data show a significant contribution of hemodynamic disturbances in the formation and severity of the clinical course of chronic periodontitis in patients with pathology of systemic hemodynamics.

Key words: hypotension, hypertension, chronic periodontitis.

Возросшая за последние годы распространенность хронических воспалительных заболеваний пародонта указывает на целесообразность совершенствования методов их диагностики и терапии. Последнее десятилетие отмечено повышением интереса исследователей к наличию расстройств системной и региональной гемодинамики в тканях пародонта как весомому патогенетическому фактору риска развития хронической патологии [3, 5, 6].

На сегодняшний день имеются данные, подтверждающие тот факт, что фоновые заболевания, сопровождающиеся расстройствами кровоснабжения пародонта, могут серьезно влиять как на формирование, так и на тяжесть течения патологии в тканях зубочелюстной системы [1, 2, 4, 6, 8].

Патология центральной и региональной гемодинамики при сосудистых дистониях, сопровождающихся гемоциркуляторными расстройствами во многих органах и функциональных системах организма, безусловно, способна ухудшать кровоснабжение пародонта и осложнять течение воспалительного процесса [7, 9, 10]. Вместе с тем сведения о наличии расстройств микроциркуляции и особенностях клинических проявлений воспаления в тканях пародонта при системной фоновой патологии АД единичны, а имеющиеся данные часто противоречивы. Практически отсутствуют методы патогенетически оправданной терапии хронического воспаления в пародонте на фоне микроциркуляторных расстройств, характерных для сосудистых дистоний.

Цель работы – изучить особенности стоматологического статуса и региональной гемодинамики при хронических пародонтитах у пациентов с сосудистыми дистониями.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены в рамках выполнения научно-исследовательской работы «Оптимизация методов терапии региональных расстройств гемодинамики при сосудистых дистониях».

В работе проведен анализ клинического течения хронического воспаления в пародонте у 50 больных с первичной артериальной гипотензией (ПАГ) – I группа, у 42 больных с артериальной гипертензией (АГ) – II группа, у 38 с пародонтитом, но нормальным уровнем АД – III группа, возраст обследуемых составлял 25–44 года. Контрольную группу составили 30 человек с нормальным АД и интактным пародонтом того же возраста.

В I группе пародонтиты легкой степени тяжести (ПЛС) отмечены в 30,0% случаев, средней степени тяжести (ПСС) – у 70,0%; во II группе ПЛС выявлены у 45,2% и ПСС – у 54,8%; в III группе – у 60,5% и 39,5% соответственно.

В комплекс обследования были включены: детальный анамнез заболевания; инструментальный осмотр в стоматологическом кресле; оценка функционального состояния пародонта. В процессе исследования изучены: состояние тканей пародонта (цвет, плотность, наличие болезненности, отека, кровоточивости). По индексу CPITN оценка интенсивности проявления патологии проведена в области 17, 16, 11, 26, 27, 36, 37, 31, 46, 47 зубов; учитывались индексы: пародонтальный (PI), РМА, ОНI-S и кровоточивости десневой борозды (SBI) [9].

При диагностике хронических пародонтитов применялась классификация, рекомендованная президиумом секции пародонтологии Стоматологической ассоциации России (2001).

Состояние кровоснабжения пародонта оценивалось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛАКК-02 производства НПО «ЛАЗМА»).

Результаты исследования и их обсуждение

В стоматологическом статусе обследованных с системной патологией АД существенно чаще, чем в контроле, выявлялись: при ПАГ – кариес (96,0%), зубочелюстные аномалии (10,0%); при АГ соответственно 83,3% и 9,5%; у лиц с пародонтитами, но нормальным АД – 81,6% и 7,9% (в контроле у 76,7% и 6,7%).

В контроле (у лиц с нормальным АД и интактным пародонтом) при осмотре полости рта выявлено: десневой край бледно-розового цвета, плотный; незначительное количество мягкого зубного налета; отсутствуют кровоточивость при зондировании и пародонтальные карманы. Индекс ОНI-S в контроле составил $0,56 \pm 0,07$; индексы РМА, PI и SBI не определялись.

Клинически при пародонтитах легкой степени отмечено наличие кровоточивости десен. Осмотр выявил: гиперемия и отек десневых сосочков, зубные над- и поддесневые отложения. При зондировании определялись пародонтальные карманы глубиной до 3,5 мм и подвижность зубов I степени.

Клиника пародонтитов средней степени тяжести характеризовалась жалобами на неприятный запах из ротовой полости, кровоточивостью десен во время чистки зубов, гиперемией и отеком десневого края, глубиной пародонтальных карманов до 7 мм, обычно с наличием в них серозного экссудата. Рентгенография при пародонтитах выявила разволокнение компактной пластинки в области межальвеолярных перегородок с резорбцией их верхушек. При этом зоны резорбции окружены очаговым остеопорозом и имели неотчетливые контуры. При ПСС выраженность патологических изменений в тканях была значительнее, выявлена деструкция костной ткани с разрушением 1/2 высоты перегородок.

На прогрессирование воспалительного процесса указывал тот факт, что патология распространялась на значительное число альвеолярных

Таблица 1

Индексная оценка пародонта при фоновых сосудистых дистониях

Индексы		РМА%	ОНI-S	PI	SBI
Группы					
Контрольная группа		0	$0,56 \pm 0,07$	0	0
ПЛС	ПАГ	$43,5 \pm 1,2^*$	$2,37 \pm 0,08^*$	$3,45 \pm 0,04^*$	$1,58 \pm 0,08^*$
	АГ	$36,8 \pm 1,4^*$	$2,33 \pm 0,05^*$	$3,38 \pm 0,06^*$	$1,70 \pm 0,05^*$
	АД-N	$39,4 \pm 1,1^*$	$2,12 \pm 0,05^*$	$3,27 \pm 0,08^*$	$1,47 \pm 0,06^*$
ПСС	ПАГ	$56,7 \pm 1,4^*$	$2,61 \pm 0,07^*$	$3,91 \pm 0,04^*$	$2,70 \pm 0,05^*$
	АГ	$43,5 \pm 1,3^*$	$2,54 \pm 0,06^*$	$3,78 \pm 0,05^*$	$2,28 \pm 0,07^*$
	АД-N	$45,0 \pm 1,7^*$	$2,30 \pm 0,09^*$	$3,69 \pm 0,05^*$	$1,65 \pm 0,09^*$

Примечание: * – достоверность различий в сравнении с контролем ($p < 0,001$).

отростков, не ограничиваясь областью отдельных зубов.

При пародонтитах легкой степени у лиц с артериальной гипотензией (I группа) индекс ОНI-S составил $2,37 \pm 0,08$; его значения оказались выше, чем в контроле (табл. 1), индекс PI равен $3,45 \pm 0,04$; индекс SBI составил $1,58 \pm 0,08$. На фоне нормального АД (III группа) индекс Грина-Вермиллиона при ПЛС составил $2,12 \pm 0,05$; индекс PI был равен $3,27 \pm 0,08$; индекс SBI составил $1,47 \pm 0,06$ (табл. 1).

Во второй группе пациентов с АГ при ПЛС индексная оценка состояния пародонта составила: ОНI-S – $2,33 \pm 0,05$, PI – $3,38 \pm 0,06$, SBI – $1,70 \pm 0,05$; при ПСС соответственно $2,54 \pm 0,06$, $3,78 \pm 0,05$, $2,28 \pm 0,07$.

Наиболее значительные сдвиги в индексной оценке клинического состояния пародонта выявлены при ПСС у лиц с артериальной гипотензией: индекс ОНI-S – $2,61 \pm 0,07$; PI – $3,91 \pm 0,04$; SBI – $2,70 \pm 0,05$.

В III группе при ПСС и нормальном АД воспалительные изменения (ОНI-S – $2,30 \pm 0,09$, PI – $3,69 \pm 0,05$; SBI – $1,65 \pm 0,09$) были существенно менее выраженными, чем у пациентов I и II групп.

Во II группе с АГ как при ПЛС, так и при ПСС воспалительные изменения были значительнее, чем в III группе, но менее выраженными, чем у пациентов с артериальной гипотензией.

Интенсивность патологических изменений в пародонте, выраженность клинических симптомов заболевания значительнее у пациентов с ПАГ, чем при фоновой АГ и при нормальном уровне артериального давления (табл. 2). Однако при АГ и у пациентов с ПЛС, и при ПСС следует отметить более значительную кровоточивость по сравнению с гипо- и нормотензивными пациентами.

Состояние кровоснабжения пародонта во всех обследуемых группах оценивалось методом лазерной доплеровской флоуметрии. Результаты исследования состояния микроциркуляции в пародонте у пациентов с сосудистыми дистониями представлены в таблице 3.

Изучение микроциркуляции в пародонте выявило наличие значимых отличий в региональном кровоснабжении при различном уровне артериального давления.

При фоновой ПАГ уровень регионального кровоснабжения согласно средним значениям

Таблица 2

Показатели интенсивности патологических изменений (индекс СРITN) в пародонте у пациентов с различным уровнем АД

Признак		Секстанты				
		Здоровые	Кровоточивость	Зубной камень	Карман	
Группы	ПЛС	ПАГ	$1,09 \pm 0,03^*$	$1,79 \pm 0,04^*$	$2,97 \pm 0,02^*$	$0,15 \pm 0,003^*$
		АГ	$1,32 \pm 0,04^*$	$1,85 \pm 0,06^*$	$2,63 \pm 0,03^*$	$0,20 \pm 0,005^*$
		АД -N	$1,50 \pm 0,07^*$	$1,68 \pm 0,03^*$	$2,75 \pm 0,04^*$	$0,07 \pm 0,002^*$
ПСС	ПАГ	$0,45 \pm 0,02^*$	$1,87 \pm 0,05^*$	$3,36 \pm 0,05^*$	$0,32 \pm 0,003^*$	
	АГ	$0,61 \pm 0,04^*$	$1,94 \pm 0,04^*$	$3,16 \pm 0,03^*$	$0,29 \pm 0,002^*$	
	АД -N	$0,82 \pm 0,03^*$	$2,06 \pm 0,03^*$	$2,92 \pm 0,05^*$	$0,20 \pm 0,004^*$	
Контрольная группа		$3,68 \pm 0,03$	-	$2,32 \pm 0,04$	-	

Примечание: * – достоверность различий в сравнении с контролем ($p < 0,01$).

Таблица 3

Состояние микроциркуляции в пародонте у пациентов с хроническим воспалительным процессом на фоне системных нарушений АД

Показатели		M (перф. ед.)	Σ (перф. ед.)	Kv (%)	
Группа	ПАГ	ПЛС	$47,24 \pm 1,17^*$	$12,18 \pm 1,05^*$	$28,41 \pm 1,20$
		ПСС	$40,36 \pm 1,25^*$	$13,50 \pm 1,08^*$	$25,35 \pm 1,16$
АГ	ПЛС	$64,82 \pm 1,79$	$16,44 \pm 1,03$	$29,40 \pm 1,84$	
	ПСС	$53,60 \pm 1,20^*$	$14,30 \pm 1,12^*$	$26,19 \pm 1,52$	
Контрольная группа		$63,02 \pm 1,15$	$18,07 \pm 1,06$	$27,64 \pm 1,10$	

Примечание: * – достоверность различий в сравнении с контролем ($p < 0,05$).

показателя микроциркуляции (М) был снижен и составлял при разных вариантах тяжести патологии: при ПЛС – $47,24 \pm 1,17$ перф. ед, при ПСС – $40,36 \pm 1,25$ перф. ед., что достоверно отличалось от результатов контрольной группы ($63,02 \pm 1,15$ перф. ед.).

У пациентов с артериальной гипертензией при легкой степени тяжести пародонтитов уровень кровоснабжения пародонта практически не отличался от результатов контроля, но при наличии средней степени тяжести болезни ($53,60 \pm 1,20$ перф. ед.) отличия также достигали статистической достоверности.

Характерными для пациентов с сосудистыми дистониями были изменения вазомоторной активности (Кv) микрососудистого звена кровотока. При этом при легкой степени тяжести пародонтитов как при ПАГ, так и при АГ отмечена тенденция к её повышению, а при средней степени тяжести – к снижению.

Таким образом, результатами работы установлено, что нарушения интенсивности кровоснабжения в пародонте при сосудистых дистониях, безусловно, не могут не отражаться на метаболических процессах в тканях и вносят существенный вклад в особенности клинических проявлений воспалительного процесса.

Итоги исследования стоматологического статуса свидетельствуют о более тяжелом клиническом течении хронического воспаления в пародонте при фоновых сосудистых дистониях, что указывает на необходимость разработки оптимальных алгоритмов терапии, включающих консультации врачей общемедицинской практики, с целью улучшения показателей системной и региональной гемодинамики пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов М. В. Пародонтит как неспецифическое осложнение сахарного диабета. Подходы к профилакти-

ке // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 19 (13). – С. 829–831.

2. Булкина Н. В., Ведяева А. П. Быстро прогрессирующий пародонтит: новые аспекты патогенеза и комплексной терапии // Пародонтология. – 2012. – Т. 17. № 4 (65). – С. 13–18.

3. Лебедево И. Ю., Дзгоева М. Г., Брин В. Б., Калоева З. Д., Дзилихова К. М. Особенности функционального состояния пародонта при нарушениях системной гемодинамики // Российская стоматология. – 2010. – Т. 3. – С. 24–30.

4. Плотникова С. Ю., Корецкая Е. А., Емелина Г. В., Емелина Е. С. Профилактика заболеваний пародонта у подростков // Actualscience. – 2015. – № 1 (5). – С. 37–38.

5. Тибилова Ф. Л., Дзгоева М. Г., Хетагуров С. К., Крихели Н. И. Диагностика перфузии и оксигенации в микроциркуляторном звене пародонта при различных вариантах терапии хронического генерализованного пародонтита // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2014. – № 4 (16). – С. 142–143.

6. Хоружая Р. Е., Хоружий М. Е., Исаков С. В. Состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонтального комплекса у пациентов кардиологического профиля // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2011. – № 12 (2). – С. 287–290.

7. Целов Л. М., Целова Е. Л., Целов А. Л. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) // Пародонтология. – 2014. – № 3 (19). – С. 3–6.

8. Politun A., Obolonska A., Titarenko S. Analysis microbiocenosis interdental spaces in the treatment of approximal caries in patients with generalized periodontitis // Современная стоматология. – 2015. – № 5 (79). – С. 14.

9. Savage A., Eaton K. A., Moles D. R., Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease // Journal of clinical periodontology. – 2009. – V. 36. № 6. – P. 458–467.

10. Townsend D., D'Aiuto F. Periodontal capillary imaging in vivo by endoscopic capillaroscopy // Journal of medical and biological engineering. – 2010. – V. 30. № 2. – P. 119–123.

Поступила 24.04.2016