

СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА И СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА

© Ильина Р.Ю.¹, Мухамеджанова Л.Р.²

¹Казанская государственная медицинская академия, Казань

²Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

В клинической практике давно замечено сочетание соматической патологии с различными формами заболеваний пародонта. Особый интерес в этом отношении вызывает остеопороз (ОП) — распространенное системное заболевание скелета, характеризующееся низкой костной массой и нарушениями микроархитектоники костной ткани (КТ), что приводит к увеличению ломкости костей и риска переломов.

Все большее внимание к проблеме остеопороза проявляют стоматологи (Цимбалистов А.В., 2007; Атрушкевич В.Г., 2008; Мухамеджанова Л.Р., 2005; Поворознюк В.В., 2005; Darcey J., 2013 и мн. др.). Для врачей-пародонтологов остро стоит проблема выбора эффективной терапии генерализованного пародонтита. В комплексе тканей пародонта альвеолярная кость является одной из базовых составляющих, и именно ей придают особое значение. При генерализованном пародонтите имеет место убыль КТ, в то время как главной задачей пародонтолога является замедление ее разрушения для предотвращения потери зубов.

Хотя исследования, посвященные связи минерального обмена с заболеваниями пародонта, многочисленны, но результаты их довольно противоречивы, что определяет необходимость дополнительного изучения и детального анализа. В настоящее время можно с уверенностью утверждать лишь то, что с уменьшением минерализации скелета усиливаются патологические изменения в пародонте, однако в литературе отсутствуют сведения о взаимосвязи между выраженностью ОП всей костной системы и степенью поражения пародонта.

В исследованиях выявлено, что при заболеваниях пародонта первоначальное поражение возникает в альвеолярном отростке челюстей как локализованный участок, при этом выраженным является генерализованный остеопороз, а воспалительная фаза поражения тканей пародонта наступает лишь после резорбции межальвеолярных перегородок (Guiglia R., 2013).

Цель исследования: анализ взаимосвязи хронического генерализованного пародонтита с системным остеопорозом.

Материал и методы: Для реализации цели исследования в ООО «Стоматология» были обследованы 45 пациентов с активным течением хронического генерализованного пародонтита (28 женщин и 17 мужчин), 17 больных с ремиссией воспалительно-деструктивного процесса в пародонте (9 мужчин и 8 женщин) и 18 больных контрольной группы с интактным пародонтом (10 женщин и 8 мужчин). Средний возраст обследованных составил $45,61 \pm 8,12$ лет.

Клиническое исследование включало осмотр, зондирование, определение глубины пародонтальных карманов.

Минеральную плотность костей периферического скелета определяли методом ультразвуковой остеоденситометрии с помощью системы Sunlight Omnisense TM 7000 S. Скорость распространения ультразвуковых волн определяли на дистальной трети лучевой кости. Этот критерий позволяет оценивать плотность костей скелета в виде показателей T или Z. Показатель T отображает отношение значения скорости распространения ультразвуковых волн к данным, полученным для здоровых молодых взрослых.

Результаты исследования: после проведения ультразвуковой денситометрии диагноз «остеопороз» был поставлен 10 обследованным пациентам с активным пародонтитом (22,22% всех обследованных больных). При этом T-показатель был меньше 2,5 стандартных отклонений и среднее значение соответствовало $3,71 \pm 0,88$. Женщин с остеопорозом оказалось незначительно больше, чем мужчин (53,8%), хотя считается, что распространенность остеопороза и клинические проявления более выражены у женщин, особенно в постклимактерическом периоде. В контрольной группе остеопороз был выявлен у 5 человек (17,9%), из них 4 обследованных были женщинами, чей возраст, в среднем, составил $53,8 \pm 4,15$ лет. У всех из них более 5 лет наблюдалась менопауза на фоне признаков декомпенсации эндокринной системы. Средний возраст женщин, проходивших лечение по поводу пародонтита не отличался от контрольной и составил $54,3 \pm 3,21$ года.

Диагноз «остеопения» был поставлен 15 больным (33,33%), т.е. T-показатель регистрировался в пределах 1,5 до 2,5 стандартных отклонений.

В группах пациентов с выявленными остеопенией и остеопорозом отмечалось как легкое воспаление десны, когда после зондирования кровоточивость отсутствовала или появлялась не сразу в виде отдельных точечных кровоизлияний, так и средняя и тяжелая степень воспаления. Кровоточивость десен появлялась у многих во время приема пищи, при зондировании отмечалось заполнение кровью межзубного десневого сосочка, кровотечение не останавливалось в течение некоторого времени. У больных с остеопорозом чаще встречался тяжелый гингивит с апикальным смещением эпителиального прикрепления, тяжелые формы пародонтита с потерей устойчивости зубов, их смещением, с гнойным отделяемым из пародонтальных карманов. У больных с остеопенией чаще выявлялась легкая и средняя степень хронического генерализованного пародонтита с прогрессирующей деструкцией костной ткани.

Деструкция костной ткани была верифицирована рентгенологическим исследованием. На ортопантомограммах определялась преимущественно вертикальная деструкция костной ткани с формированием костных карманов, отмечалась порозность, нечеткость костных контуров межальвеолярных и межзубных перегородок.

Костная ткань альвеолярного отростка, как и любая другая ткань, является высокопластичной и находится в состоянии постоянной перестройки. При инволюционных изменениях наблюдается достоверное увеличение костномозговых пространств, утолщение кортикальной пластинки, остеопороз и атрофия КТ. В периодонте исчезают волокна промежуточного сплетения, происходит деструкция коллагеновых волокон, уменьшается содержание клеточных элементов, нарушаются процессы минерализации. Генерализованный пародонтит в зависимости от стадии характеризуется наличием определенных рентгенологических симптомов, таких как деструкция кортикальных пластинок у вершин межзубных перегородок, диффузный остеопороз межзубных перегородок и альвеолярного отростка, а также атрофия альвеолярного края.

Выводы. Проведенное нами исследование продемонстрировало связь активности течения генерализованного пародонтита с нарушением минерализации костного скелета. При развитии системного остеопороза у пациентов на фоне хронического воспаления пародонтальных тканей развиваются деструктивные процессы в альвеолярном отростке челюстей, что утяжеляет течение хронического пародонтита и снижает эффективность местной терапии. Мы рекомендуем пациентам с резистентными формами хронического генерализованного пародонтита с активным течением, особенно если это женщины в постклимактерическом периоде, направлять на диагностику минеральной плотности костной ткани. При выявленном системном остеопорозе, рекомендовать пациентам антирезорбтивную фармакотерапию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Пародонтит; остеопороз; антирезорбтивная терапия.

A LINK BETWEEN CHRONIC PERIODONTITIS AND SYSTEMIC OSTEOPOROSIS

© Ilyina R.Yu.¹, Mukhamedzhanova L.R.²

¹Kazan State Medical Academy, Kazan

²Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary

KEYWORDS: Chronic periodontitis; osteoporosis; antiresorptive drugs