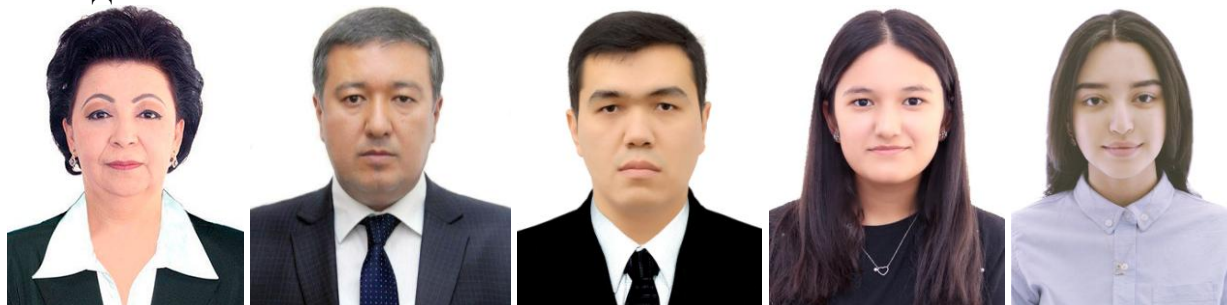


ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ



Рустамова Дилдора Абдумаликовна¹, Ризаев Жасур Алимджанович², Хазратов Алишер Исамиддинович², Олимжонова Фарангиз Жасуровна³, Ражабий Музайяна Азизовна³

1 - Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

3 – Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ТИЗИМЛИ ВАСКУЛИТЛАРДА СУРУНКАЛИ УМУМИЙ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рустамова Дилдора Абдумаликовна¹, Ризаев Жасур Алимджанович²,

Хазратов Алишер Исамиддинович², Олимжонова Фарангиз Жасуровна³, Ражабий Музайяна Азизовна³

1 - Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд;

3 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

FEATURES OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN SYSTEMIC VASCULITIS

Rustamova Dildora Abdumalikovna¹, Rizaev Jasur Alimdjaniyovich², Khazratov Alisher Isamididinovich²,

Olimjonova Farangiz Jasurovna³, Rajabiy Muzayyana Azizovna³

1 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

3 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: alisherxazratov@mail.ru

Резюме. Мақолада коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларда тизимли васкулитда сурункали генераллашган периодонтитнинг клиник кўриниши тасвирланган ва тизимли васкулитда периодонтитнинг оғирлигига таъсир қилувчи омиллар ўртасидаги боғлиқлик кўрсатилган. Натижаларимиз тизимли васкулит оқимининг оғирлиги ва сурункали генераллашган периодонтит оғирлиги ўртасидаги боғлиқлик ёш, чекиш ва периодонтал тўқималар касалликларининг ривожланиши учун бошқа хавф омилларига қараганда кўпроқ эканлигини тасдиқлайди, бу тизимли васкулитнинг салбий таъсирини тасдиқлайди.

Калим сўзлар: тизимли васкулит, сурункали генераллашган периодонтит.

Abstract. The article describes the clinical picture of chronic generalized periodontitis in systemic vasculitis in patients who have had a coronavirus infection, and provides correlations between factors that affect the severity of periodontitis in systemic vasculitis. Our results confirm the correlation between the severity of the flow of SW and the severity of CGP was more likely than the relationship with age, smoking and other risk factors for the development of periodontal tissue diseases, which confirms the negative impact of systemic vasculitis on the condition of the periodontium.

Keywords: systemic vasculitis, chronic generalized periodontitis.

Введения. Заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем стоматологии, в связи с постоянным ростом количества людей, страдающих данной проблемой. Пародонтит встречается во всех возрастных аспектах. По данным литературы последних лет распространенность пародонтита составляет от 92 до 96 % населения земного шара. Помимо местной причиной развития заболевание пародонта учёные уделяют большое внимание общим факторам приводящие к данной патологии. Среди которых важное значение имеет сосудистые заболевания, заболевание

соединительной ткани, при этом системные васкулиты являются ключевым фактором развития заболевание, так как основой ткани пародонта является соединительная ткань. Представляет интерес влияния системных заболеваний, в частности системных васкулитов и коронавирусной инфекции на состояние пародонта.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 220 пациентов, из которых 120 человек представляли собой больных системными васкулитами, перенесшими SARS-CoV-2 и 100 человек – пациенты без системных васкулитов,

перенесшие SARS-CoV-2 в период 2021-2022 гг.. Пациенты с системными васкулитами были объединены в группу I, пациенты, не страдающие системными васкулитами - в группу II.

При диагностировании заболеваний пародонта осуществлялось полное клиническое обследование его тканей с применением субъективных и объективных оценок их состояния. При сборе анамнеза учитывали основные субъективные жалобы больных: боль, кровоточивость десен, жжение, зуд. Выявляли наличие вредных привычек, характер жевания при приеме пищи. Визуально определяли цвет десен (бледно-розовый, алый, синюшный), степень гипертрофии или атрофии, отечность, пастозность. Исследовали распространенность воспалительного процесса: папиллярная, маргинальная, альвеолярная часть десен. Определяли сохранение зубоаясенного прикрепления, при его нарушении – наличие и глубину пародонтального кармана с помощью пародонтального зонда.

Оценивали состояние прикуса, определяли наличие травматической окклюзии, мягкого и твердого зубного налета, неполноценных реставраций, кариозных поражений, нерационально исполненных ортопедических конструкций, глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ.

Для выявления степени и характера резорбции альвеолярного отростка проводили рентгенологическое исследование внутриротовым методом с помощью ортопантомографии. При оценке рентгенологической картины учитывали высоту и форму вершин межальвеолярных перепонки, наличие кортикальной пластинки, характер рисунка губчатого вещества альвеолярной кости и состояние периодонтальной щели.

При выявлении явлений остеопороза в области вершин межальвеолярных пересечений с нарушением целостности компактной пластинки и расширением периодонтальной щели только в вершинах межальвеолярных пересечений диагностировали "генерализованный пародонтит начальной степени". При нарушении целостности кортикальной пластинки, резорбции альвеолярной кости в пределах верхней трети межальвеолярных перепонки на фоне остеопороза и расширения периодонтальной щели диагностировали "генерализованный пародонтит I степени". При "генерализованном пародонтите II степени" рентгенологически определяли деструкцию кортикальной пластинки и резорбцию межальвеолярных перепонки в пределах от 1/3 до 2/3 их высоты; расширение периодонтальной щели и диффузный остеопороз. При "генерализованном пародонтите III степени"

исследовали диффузный остеопороз костной ткани альвеолы, расширение периодонтальной щели, отсутствие кортикальной пластинки, резорбцию альвеолярной кости на 2/3 и более высоты межальвеолярных перепонки, наличие костных карманов. При пародонтозе кортикальная пластинка была сохранена, периодонтальная щель не расширена, исследовали резорбцию ячеистой кости, одинаково выраженную вдоль всего зубного ряда, без образования костных карманов.

Стоматологический статус изучали при госпитализации (1-2 день), через 6 мес. и через 9 мес. Полученные данные вносились в карту стоматологического больного.

Результаты исследования. Клинические проявления ХГП, ассоциированного с СВ, различались в зависимости от степени тяжести и течения патологического процесса в тканях пародонта и имели ряд особенностей по сравнению с больными без СВ.

Больные с ХГП I степени предъявляли жалобы преимущественно на кровоточивость, чувство дискомфорта в деснах. Иногда выдвигали жалобы на неприятный запах из полости рта и быстрое образование зубного камня. Характерным признаком для этой группы больных, отличавшей их от пациентов с ХГП I степени без СВ была сильная кровоточивость десен, которая иногда (37%) мешала больным полноценно проводить гигиену полости рта стандартной зубной щеткой.

При проведении объективного клинического осмотра было обнаружено наличие гиперемии иногда с цианотическим оттенком, отека межзубной, маргинальной части десен с деформацией формы сосочков.

Среднее значение йодного числа Свракова было ($p < 0,05$) выше, чем у больных с ХГП I степени без СВ и равнялось $1,5 \pm 0,18$ против $1,3 \pm 0,28$, что указывало на немного более тяжелое течение заболевания.

При зондировании пародонтальных карманов отмечали появление кровоточивости различной интенсивности от умеренной до очень выразительной, индекс кровоточивости Мюллемана в среднем равнялся $2,4 \pm 0,06$ баллам и был ($p < 0,05$) выше, чем у пациентов II группы ($1,7 \pm 0,03$ баллов). Глубина пародонтальных карманов у больных группы I была ($p < 0,05$) больше, чем у больных группы II, и у в среднем составляла $4,32 \pm 0,04$ мм против $2,3 \pm 0,03$ мм. Такое соотношение средних показателей глубины пародонтальных карманов свидетельствует о наличии более выраженного отека в мягких тканях пародонта у больных I группы.

Гигиеническое состояние полости рта у большинства пациентов было

неудовлетворительным. Так индекс ОНІ-S у больных I группы в среднем составлял $1,12 \pm 0,03$, а у больных II группы – $0,79 \pm 0,01$ баллов.

При ХГП II степени ассоциированного с СВ, жалобы больных были более отчетливыми. На первый план выступали жалобы относительно кровоточивости (96% больных), дискомфорта в деснах (94% больных), добавлялись жалобы на подвижность отдельных зубов (42% больных) и запах из ротовой полости (54% больных) и быстрое образование зубного камня (55% больных).

Во время проведения объективного осмотра были обнаружены гиперемия, цианотический оттенок десен, изменение формы десенных сосочков, утолщение маргинального края, рыхлость и отек десен. У 83 % обследованных наблюдались значительные отложения над- и поддесневого зубного камня, особенно в области нижних фронтальных зубов и моляров нижней и верхней челюстей, реже в области верхних фронтальных зубов.

Среднее значение йодного числа Свракова было ($p < 0,05$) выше, чем у больных с ХГП I степени без СВ и равнялось $4,26 \pm 0,18$ против $2,2 \pm 0,16$, что указывало на более тяжелое течение заболевания. Индекс кровоточивости Мюллемана в среднем равнялся – $2,65 \pm 0,05$ баллов, что было больше ($p < 0,05$) по сравнению с больными ХГП II степени II группы – $1,76 \pm 0,03$ баллов. Глубина пародонтального кармана у больных I группы в среднем составляла $4,87 \pm 0,03$ мм и была ($p < 0,05$) больше, чем у больных II группы – $3,1 \pm 0,04$ мм.

По данным рентгенологического обследования всех больных с ХГП I-II степени резорбция межальвеолярных пересечений не превышала половины длины корня зуба, отмечался умеренный остеопороз альвеолярной кости, расширение периодонтальной щели.

Состояние гигиены полости рта почти у всех пациентов было неудовлетворительное у больных обеих групп: индекс ОНІ-S в среднем равнялся $1,41 \pm 0,01$ и $1,09 \pm 0,02$ балла.

Больные ХГП III степени при СВ выдвигали жалобы на подвижность зубов, кровоточивость,

отечность десен, отмечали болевые ощущения в деснах во время жевания. В отличие от больных с ХГП III степени без СВ, у больных I группы отмечали сильную кровоточивость десен, а в местах наслоений минерализованных зубных отложений наблюдали участки десквамации десен.

При первичном объективном пародонтологическом осмотре больных была выявлена гиперемия, цианотический оттенок, изменение формы, иногда расщепление межзубных десен сосочков, отек маргинальной и даже альвеолярной части десен и отчетливая кровоточивость, о чем свидетельствуют соответствующие показатели.

Среднее значение йодного числа Свракова было ($p < 0,05$) выше, чем у больных с ХГП III степени без СВ и равнялось $4,73 \pm 0,16$ против $2,37 \pm 0,14$, глубина пародонтальных карманов – $6,88 \pm 0,06$ мм против $5,29 \pm 0,05$ мм. Определяли патологическую подвижность зубов 2-3 степени.

У всех больных по данным рентгенологического обследования установили наличие резорбции межальвеолярных перепонки, которая превышала половину длины корня, умеренный остеопороз альвеолярных костей, незначительное расширение периодонтальных щелей.

Состояние гигиены полости рта больных в основном характеризовалось как неудовлетворительное или плохое. Наблюдали наличие зубного налета, а также значительные наслоения под и наддесневого зубного камня.

Достоверной разницы между индексами гигиены у больных при ХГП III: $1,68 \pm 0,02$ и $1,64 \pm 0,02$ баллов.

Следует отметить, что крайне плохой уровень гигиены существенно влиял на состояние мягких тканей пародонта у больных ХГП обеих групп качественно изменяя течение процесса, влияя на его прогрессирование в большей степени, чем наличие сопутствующей соматической патологии ($p > 0,05$).

Таблица 1. Корреляционные связи между факторами, влияющими на тяжесть течения ХГП при системных васкулитах

Факторы	Коэффициент корреляции (r) Пирсона	Достоверность различий между показателями
Возраст	0,17	$p < 0,05$
Пол	0,07	$p > 0,05$
Тяжелое течение основного заболевания	0,41	$p < 0,001$
Заболевания ЖКТ	0,23	$p < 0,01$
Курение	0,24	$p < 0,001$
Гиподинамия	0,25	$p < 0,05$
Стресс	0,25	$p < 0,001$

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о существовании факторов риска, влияющих на тяжесть ХГП при СВ: возраст $r = 0,17$, $p < 0,05$; гиподинамия $r=0,25$, $p<0,05$; наличие стресса $r=0,25$, $p<0,00$; курение $r=0,24$, $p<0,05$ и тяжелое течение основного заболевания $r = 0,41$, $p<0,001$.

Обсуждение. Ведущими были дистрофически-воспалительные нозологии с различными степенями тяжести.

О преобладание тяжелых поражений тканей пародонта у обследованных пациентов свидетельствует не только клиническая картина, но и рентгенологический анализ: генерализованный пародонтит II степени тяжести обнаружен у $30,44 \pm 1,66\%$ больных СВ против $17,87 \pm 2,34\%$ лиц группы II ($p < 0,01$), а также генерализованный пародонтит III степени тяжести – у $20,21 \pm 1,34\%$ и $13,64 \pm 2,24\%$ лиц I и II групп соответственно.

Выявленные нами корреляционные связи между тяжестью течения СВ и тяжестью ХГП имели более высокую вероятность, чем связь с возрастом, курением и другими факторами риска развития заболеваний тканей пародонта, что является подтверждением негативного влияния системных васкулитов на состояние пародонта.

Литература:

1. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме //Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.
2. Аvezова С. М. Methods for treatment of chronic generalized periodontitis (literature review) //Узбекский медицинский журнал. – 2021. – Т. 2. – №. 5.
3. Бекетова Т. В., Попов И. Ю., Зеленев В. А. Обзор рекомендаций American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation по лечению системных васкулитов крупных сосудов (гигантоклеточного артериита и артериита Такаясу) //Научно-практическая ревматология. – 2022. – Т. 60. – №. 2. – С. 165-173.
4. Елизова Л. А., Атрушкевич В. Г., Орехова Л. Ю. Новая классификация заболеваний пародонта. Пародонтит //Пародонтология. – 2021. – Т. 26. – №. 1. – С. 80-82.
5. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Юсупов Ш.Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – №. 2. – С. 117-119.
6. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица //Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34).

– С. 33-36.

7. Качалиев Х. Ф. и др. Неотложная помощь при переломе скуловой кости и передней стенки гайморовой пазухи //Наука и образование сегодня. – 2021. – №. 1 (60). – С. 74-78.
8. Ризаев Ж. А., Шамсиев Р. А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) //Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.
9. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом //Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
10. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
11. Трухан Л. Ю., Трухан Д. И. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения. Медицинский совет • №19, 2016., с.134-137
12. Шейх Ж. В. и др. Системные васкулиты: возможности современной медицинской визуализации. – 2019.
13. Gaybullaev E. A., Rizaev J. A., Abdullaev B. S. Clinical and Instrumental Evaluation of the Effectiveness of Surgical Treatment of Chronic Generalized Periodontitis Using RANK-RANKL-OPG Biomarkers //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.
14. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

Рустамова Д.А., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Олимжонова Ф.Ж., Ражабий М.А.

Резюме. В статье описывается клиническая картина хронического генерализованного пародонтита при системных васкулитах у пациентов перенесших коронавирусную инфекцию, приводятся корреляционные связи между факторами, влияющими на тяжесть течения пародонтита при системных васкулитах. Наши результаты подтверждают корреляционные связи между тяжестью течения СВ и тяжестью ХГП имели более высокую вероятность, чем связь с возрастом, курением и другими факторами риска развития заболеваний тканей пародонта, что является подтверждением негативного влияния системных васкулитов на состояние пародонта.

Ключевые слова: системные васкулиты, хронический генерализованный пародонтит.