

## СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СКЕЛЕТА

**Остаев Ю.А., Сиукаева Т.Н., Хетагуров С.К.**

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Росздрава (СОГМА, г. Владикавказ)  
Кафедра ортопедической стоматологии (зав каф. доц. Дзгоева М.Г.)

Традиционно проблемой диагностики и лечения остеопороза занимаются врачи ревматологи, в ряде случаев эндокринологи и гинекологи. Однако в реальной практике у пациентов, перенесших остеопоретический перелом шейки бедра, распространенность патологии пародонта составляет более 70% (K Horner, H Devlin, CW Alsop, IM Hodgkinson and JE Adams, 2005 – 2006), следовательно, наличие патологии пародонта (ПП) является поводом к обследованию пациентов на предмет выявления остеопороза. Анализ литературных данных показал, что остается малоизученной взаимосвязь патологических изменений в пародонте у пациентов с низкой минеральной плотностью тканей (МПК), что и послужило **целью** нашего исследования.

**Материалы и методы.** Обследовано 23 человека обоего пола в возрасте от 40 до 75 лет, 1 группа (13 чел) с МПК, 2 группа сравнения (10 чел). Проводилось общеклиническое исследование: сбор жалоб, анамнеза основного заболевания, принимаемых лекарственных препаратов, осмотр с определением массы тела, индекса массы тела; общий клинический и биохимический анализ крови. Плотность костной ткани определяли методом рентгеновской двухфотонной абсорбциометрии. Исследование проводилось в дистальном отделе предплечья. Стоматологическое обследование: определение отсутствующих зубов, показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ; состояние тканей пародонта (жалобы, глубина пародонтальных карманов, пародонтальные индексы). Из дополнительных методов обследования использовались ортопантомография.

Факторы риска остеопороза достаточно часто встречались у всех пациентов. В I группе (больных с МКП) у 86,6% выявлены факторы риска. Во II группе (сравнения) факторы риска встречались у (71,4%) пациентов. С одинаковой частотой встречались такие факторы риска как гипогонадизм, злоупотребление алкоголем, прием ГКС более чем 3 мес., переломы у кровных родственников.

Распространенность остеопороза у пациентов I группы составила 178 (44,9%), у пациентов II группы – 39 (20,1%). Большинство пациентов с остеопорозом предъявляли жалобы на кровоточивость десны (самопроизвольную, при приеме пищи и чистке зубов) - 89,2%.

У пациентов без потери МПК периферического скелета кровоточивость десны отмечалась лишь у 26,1%. Болевые ощущения при пережевывании пищи и чистке зубов чаще отмечались у пациентов с остеопорозом (66,2%). Не менее характерной жалобой при пародонтите средней и тяжелой степени являлась подвижность зубов, так пациенты с остеопорозом в 63,1% случаев отмечали данный симптом, против 13% пациентов без потери МПК.

У пациентов с остеопорозом мы отметили в среднем отсутствие 12,8 зубов, а у пациентов с нормальной МПК – 6,9. Следует подчеркнуть, что пациенты с остеопорозом отмечали более ранний возраст начала утраты зубов.

Среднее значение индекса КПУ у пациентов без потери МПК составило  $14,0 \pm 4,4$ , а с остеопорозом –  $19,3 \pm 5,2$ . Среднее значение глубины карманов у пациентов с остеопорозом составило  $3,9 \pm 1,5$  мм, у пациентов без потери МПК –  $1,8 \pm 1,3$ . У пациентов с остеопорозом в 68,9% случаев отмечалась резорбция межальвеолярных перегородок ряда зубов на 1/3 длины корня, у 43,1% - до 1/2 и в 43,1% случаев до 2/3. При этом у пациентов без потери МПК периферического скелета не отмечалась резорбция более 1/3.

**Выводы.** У всех пациентов с МКП отмечается та или иная степень поражения тканей пародонта. При этом, тяжесть поражения пародонта нарастает с увеличением потери МПК в периферическом скелете: отмечено большее число тяжелых форм пародонтита у пациентов с остеопорозом, в сравнении с пациентами без потери МПК. Таким образом, денситометрия костной ткани даже у пациентов с легкими формами пародонтита позволит своевременно диагностировать у таких пациентов остеопороз и предпринимать профилактические и лечебные мероприятия.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.

14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 2.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 2.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.