

4. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006. – 128 с.

5. Смирнов А.В. Минеральная плотность костной ткани у женщин с ревматоидным артритом в постменопаузальном периоде // Современная ревматология. – 2008. – № 1. – С. 48-52.

6. Чернова Т.О. Визуализация и количественный анализ при остеопорозе и остеомаляции // Медицинская визуализация. – 2005. – № 1. – С. 111-121.

7. Balmer S., Meriske-Stern R. Implant-supported bridges in the edentulous jaw. Clinical aspects of a

simple treatment concept // Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2006. – Vol. 116, № 7. – P. 728-739.

8. Broussard J.S. Derangement, osteoarthritis, and rheumatoid arthritis of the temporomandibular joint: implications, diagnosis, and management // Dent. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 327-342.1.

9. Palmer R.M., Pleasance C. Maintenance of osseointegrated implant prostheses // Dent. Update. – 2006. – Vol. 33, № 2. – P. 84-86, 89-92.

10. Paquette D.W., Brodala N., Williams R.C. Risk factors for endosseous dental implant failure // Dent. Clin. North Am. – 2006. – Vol. 50, № 3. – P. 361-374.

Намханов Вячеслав Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Медицинского института Бурятского государственного университета. Тел. (3012) 28-24-59. Факс. (3012) 21-05-88. E-mail: univer@bsu.ru

Писаревский Юрий Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ЧГМА. Тел. (3022) 35-36-63. Факс (3022) 32-48-00. E-mail ypisarevscy56@mail.ru

Плеханов Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии БГУ. Тел. (3012) 28-35-03. Факс 93012) 28-35-03. E-mail: plehanov.a@mail.ru

Namkhanov Vyacheslav Valentinovich – candidate of medical sciences, associate professor, department of faculty surgery, Medical Institute, Buryat State University. Tel. (3012) 28-24-59. Fax. (3012) 21-05-88. E-mail: univer@bsu.ru

Pisarevsky Yuri Leonidovich – doctor of medical sciences, professor, head of the department of prosthodontics, Chita State Medical Academy. Tel. (3022) 35-36-63, Fax (3022) 32-48-00. E-mail ypisarevscy56@mail.ru

Plekhanov Alexander Nikolaevich – doctor of medical sciences, professor, head of the department of faculty surgery, Buryat State University. Tel. (3012) 28-35-03, Fax 93012) 28-35-03. E-mail: plehanov.a@mail.ru

УДК 616.31 – 042.2

© В.В. Намханов

ВЛИЯНИЕ ПОТЕРИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

Продemonстрировано нарастание тяжести поражения пародонта по мере потери минеральной плотности кости (МПК) периферического скелета. У пациентов с остеопорозом хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени отмечается чаще, чем у пациентов без такового (41,5 и 12,5% соответственно).

Ключевые слова: пародонтоз, остеопороз, остеопения, минеральная плотность.

V.V. Namkhanov

IMPACT OF THE LOSS OF MINERAL DENSITY OF BONE TISSUE ON THE PERIODONTAL STATUS OF PATIENTS

The growth of periodontium severity has been identified while losing mineral bone density (BMD) in peripheral skeleton. The chronic generalized periodontitis of heavy degree is observed in patients with osteoporosis more frequently than in patients without such disease (41,5 and 12,5% respectively).

Keywords: periodontal disease, osteoporosis, osteopenia, mineral density.

Введение

Несмотря на многочисленные исследования [3, 6, 7, 10], представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта остаются во многом спорными и неясными.

В настоящее время понятие «остеопороз» ассоциируется с понятием «молчащая эпидемия», что акцентирует внимание практических врачей лечебных специальностей на отсутствие симптомов заболевания, пока не возникнет тя-

желое осложнение (перелом), а также на его высокую распространенность (остеопорозом страдает каждая 3-я женщина и каждый 5-й мужчина после 50 лет) (Международный фонд остеопороза, 2006). В зарубежной литературе [1, 5] приводится перечень основных общесоматических факторов риска развития хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Главное место в нем занимают сахарный диабет и количественно-функциональная недостаточность клеток

гранулоцитарного ряда. В последнее время в зарубежной литературе появились работы, посвященные взаимосвязи прогрессирования заболевания пародонта и потери минеральной плотности кости (МПК) периферического скелета [6, 8].

Результаты исследования позволили [4, 5] сделать заключение, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска развития заболеваний пародонта. Однако в опубликованных исследованиях отсутствует детальный анализ клинического состояния пародонтального комплекса, представляющий интерес для практического врача, что и определило цель – изучить состояние тканей пародонта у пациентов с низкой МПК периферического скелета.

Материал и методы

В исследование включено 87 пациентов (48 женщин и 39 мужчин, средний возраст которых составил $51,6 \pm 9,4$ года). Практически у всех больных выявлена соматическая патология: у 49 (71,5%) – артериальная гипертензия, у 28 (42,3%) – различные формы ишемической болезни сердца; 4 (8,02%) – перенесли острое нарушение мозгового кровообращения; у ряда больных эти виды патологии сочетались. При включении в исследование всем пациентам проводили костную денситометрию в кабинете остеопороза с использованием аппарата DTX 200 корпорации «Osteometer» (Дания), позволяющего оценить массу костной ткани (ВМС) в заданном отрезке кости (по количеству поглощенного рентгеновского излучения); плотность костной ткани (ВМД) – отношение массы костной ткани к единице площади (гсм^2); отношение измеренной ВМД к плотности костной ткани при пике костной массы у здоровых лиц в возрасте 25–30 лет (Т-критерий); отношение измеренной ВМД к плотности костной ткани лиц того же возраста (Z-критерий).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999) результаты оценивались как нормальные при значении Т-критерия от (+2) до (–1) SD (стандартное отклонение); остеопению констатировали при Т-критерии от (–1,1) до (–2,5) SD и остеопороз – при менее (–2,5) SD. В соответствии с результатами костной денситометрии было выделено 3 группы пациентов: 1-я группа ($n = 65$) – лица с остеопорозом ($\text{ВМД} = 0,344 \pm 0,43 \text{ гсм}^2$); 2-я ($n = 49$) – с остеопенией ($\text{ВМД} = 0,382 \pm 0,11 \text{ гсм}^2$); 3-я ($n = 23$) – с нормальной МПК ($\text{ВМД} = 0,436 \pm 0,091 \text{ гсм}^2$). Проводилось стандартное стоматологическое обследование: определение отсутствующих зубов, показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ; оценка состояния тканей пародонта на основании жалоб, глубины пародонтальных карманов (ПК).

Из дополнительных методов обследования использовались внутриротовая рентгенография и ортопантомография. До включения в исследование ни у одного пациента ранее остеопороз или остеопения не диагностировались и соответственно никаких препаратов, влияющих на костную ткань, пациенты не получали.

Результаты обследования

У пациентов без потери МПК периферического скелета (3-я группа) кровоточивость десны отмечалась лишь в 26,1% случаев. На болевые ощущения при пережевывании пищи и чистке зубов жаловались лица с остеопорозом (66,2%) и остеопенией (48,9%). Не менее характерная жалоба при пародонтите средней и тяжелой степени – подвижность зубов при остеопорозе она выявлена в 63,1%, у лиц без потери МПК – в 13% наблюдений. Таким образом, все пациенты предъявляли жалобы, связанные с поражением пародонта, однако такие симптомы, как кровоточивость десны, болевой синдром, подвижность зубов, чаще отмечались у пациентов с остеопенией и остеопорозом. У пациентов с остеопорозом мы отметили в среднем отсутствие 11,1 зуба, с остеопенией – 7,2, а при нормальной МПК – 6,3 (различия данных у лиц с остеопорозом и без потери МПК достоверны; $p < 0,05$). Пациенты с остеопорозом отмечали более ранний возраст начала выпадения зубов (в среднем 37,3 года), чем пациенты без потери МПК (в среднем 49,5 года). Обнаружена также умеренная отрицательная корреляция между значением индекса КПУ и потерей МПК (по Т-критерию): $r = -0,4$; $p = 0,0002$. При этом среднее значение индекса КПУ у пациентов без потери МПК составило $13,0 \pm 5,4$, с остеопенией – $14,8 \pm 4,5$, с остеопорозом – $18,7 \pm 6,2$, разница между данными пациентов с нормальной МПК и остеопорозом статистически достоверна ($p = 0,0005$). Исследование пародонтального кармана (ПК) показало, что у пациентов с остеопорозом средняя их глубина составила $4,7 \pm 1,5$ мм, остеопенией – $2,6 \pm 0,9$ мм, у пациентов без потери МПК – $2,1 \pm 0,2$ мм. Средняя глубина пародонтальных карманов в 1-й группе – $4,7 \pm 1,5$, во 2-й группе – $2,6 \pm 0,9$, в 3-й группе – $2,1 \pm 0,3$. Однако при остеопорозе чаще (41,5%) выявлялась глубина ПК более 5,0 мм (при остеопении – 24,5%); при отсутствии потери МПК в периферическом скелете данное явление не обнаруживалось. Анализ между степенью потери МПК в периферическом скелете и глубиной ПК показал, что она статистически достоверна ($p = 0,008$), но у пациентов с остеопорозом глубина

ПК уже достоверно не зависела от степени потери МПК ($p = 0,35$). Всем пациентам проводили ортопантомографию челюстей. У пациентов с остеопорозом в 56,9% 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 с остеопенией ни в одном случае не отмечалась резорбция более 1/2 длины корня, а у пациентов без потери МПК периферического скелета – более 1/3. У пациентов без потери МПК в 13% случаев костная резорбция не определялась. Значительно различалась и частота выявления ПК: при остеопорозе – в 52,3% случаев, при нормальной МПК – лишь в 13,1% ($p < 0,05$). Следует отметить, что у 4 (6,2%) пациентов с тяжелым остеопорозом и патологическими переломами костей в анамнезе была выявлена атрофия альвеолярных отростков. По данным анализа тяжести поражения пародонта (результаты комплексного обследования), ХГП тяжелой степени наиболее часто диагностировался у пациентов с остеопорозом (41,5%, различия достоверности при сравнении (60,9%) с 3-й группой); пародонтит легкой степени чаще всего отмечался у пациентов без потери МПК.

У всех обследованных определялась та или иная степень поражения тканей пародонта. При этом тяжесть поражения нарастала с увеличением потери МПК в периферическом скелете: у пациентов с остеопорозом отмечено большее число тяжелых форм пародонтита, чем у лиц с остеопенией и без потери МПК. Результаты работы показали ухудшение состояния пародонтального комплекса по мере нарастания потери МПК периферического скелета: это подтверждается большим числом пациентов с жалобами на кровоточивость десен, болевые ощущения при пережевывании пищи и подвижность зубов в группе пациентов с диагностированным остеопорозом. Доказательством указанных взаимосвязей служат выявленные корреляции индексных оценок состояния пародонтального комплекса и степени потери МПК. Другие исследования демонстрировали лишь взаимосвязь числа отсутствующих зубов и потери МПК в лицевом скелете, что, очевидно, предполагает и потерю МПК в периферическом скелете. Установлено нарастание числа отсутствующих зубов по мере потери МПК в периферическом скелете. В соответствии с описанной зависимостью тяжести симптоматики заболеваний пародонта от степени потери МПК в периферическом скелете ожидаемым результатом стало достоверно большее число пациентов с ХГП тяжелой степени в группе пациентов с остеопорозом. Исходя

из приведенных данных, можно заключить, что при системном остеопорозе поражение пародонта выражено больше и встречается чаще, чем в отсутствие такового.

Врач-стоматолог, учитывая результаты исследования и данные зарубежных авторов, при значительном поражении пародонтального комплекса может указать и пациенту, и его лечащему врачу терапевтической специальности на высокий риск развития системного остеопороза. Иными словами, заболевания пародонта могут явиться ранними маркерами потери МПК в периферическом скелете.

Выводы

Вышеизложенное позволяет заключить, что:

1. У пациентов с остеопорозом чаще, чем в его отсутствие, отмечаются кровоточивость десны (89,2%), болевые ощущения при пережевывании пищи и чистке зубов (66,2%), подвижность зубов (63,1%). У них же в среднем отмечено отсутствие 11,1 зуба, причем в молодом возрасте, а индекс КПУ составил $18,7 \pm 6,2$ против $13,0 \pm 5,4$ у пациентов без потери МПК.

2. Средняя глубина ПК при остеопорозе $4,7 \pm 1,5$ мм, при остеопении – $2,6 \pm 0,9$ мм, у пациентов без потери МПК – $2,1 \pm 0,3$ мм. Выявлена статистически достоверная взаимосвязь степени потери МПК периферического скелета и глубины ПК ($p=0,008$); получены отрицательные сильные корреляционные связи между потерей МПК и пародонтальными индексами ($r=-0,7$; $p < 0,0001$).

3. ХГП тяжелой степени в 41,5% случаев диагностировался у пациентов с остеопорозом, в то время как ХГП легкой степени наиболее часто отмечался у пациентов без потери МПК (в 60,9% случаев).

4. На ортопантомограмме у всех пациентов с остеопорозом отмечена резорбция межальвеолярных перегородок, у 43,1% – до 2/3 длины корня зубов; при этом у пациентов без потери МПК она наблюдалась лишь в 13,1% случаев и только до 1/3 длины корня. У 4 (6,2%) лиц с тяжелым остеопорозом выявлена атрофия альвеолярных отростков.

Литература

1. Васильев, А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии. Национальное руководство. – М., 2012. – 288 с.
2. Лукавенко А.А. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 18 с.
3. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов: руководство: атлас / пер. с англ. В.В. По-

жарского; под ред. С.К. Тернового, А.И. Шехтера. – М., 2011. – 552 с.

4. Минеральная плотность костной ткани и кардиоваскулярная патология при ревматоидном артрите / Н.А. Храмова [и др.] // Сибирский мед. журн. – 2012. – Т. 85, № 2. – С. 54-56.

5. Minimally invasive flap surgery and enamel matrix derivative in the treatment of localized aggressive periodontitis: case report / D. Kaner [et al.] // Int. J. Periodontics Restorative Dent. – 2009. – 29(1). – P. 89-97.

6. Prosthetic complications with dental implants : from an up-to-8-year experience in private practice /

R. Nedir [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2010. – Vol. 21, № 6. – P. 919-928.

7. Prosthetic complications in mandibular metal-resin implant-fixed complete dental prostheses: a 5-to 9-year analysis / B.A. Purcell [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2011. – Vol. 23, № 5. – P. 847-857.

8. Sadig W. A comparative in vitro study on the retention and stability of implant-supported overdentures // Quintessence Int. – 20012. – Vol. 40, № 4. – P. 313-319.

Намханов Вячеслав Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Медицинского института Бурятского государственного университета. Тел. (3012) 28-24-59. Факс. (3012) 21-05-88. E-mail: univer@bsu.ru

Namkhanov Vyacheslav Valentinovich – candidate of medical sciences, associate professor, department of faculty surgery, Medical Institute, Buryat State University. Tel. (3012) 28-24-59. Fax. (3012) 21-05-88. E-mail: univer@bsu.ru

УДК 616.89-008.441.44

© **Б.А. Дашиева, С.В. Лубсанова, М.А. Гнеушева**

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Получены данные об этнокультурально обусловленной специфике статуса психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями, что расширяет представления о необходимости учета этноспецифического аспекта при реализации реабилитационных вмешательств в отношении инабильных детей и их микросоциального окружения.

Ключевые слова: копинг-поведение, этнокультуральная психиатрия, дети с ограниченными возможностями здоровья.

B.A. Dashieva, S.V. Lubsanova, M.A. Gneusheva

FEATURES OF COPING BEHAVIOR OF CHILDREN WITH DISABILITIES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE (ETHNOCULTURAL ASPECT)

The data were obtained on the ethnic and cultural conditioned specificity of a status of mental health of children and adolescents with disabling diseases that expand understanding of the need of taking into account the ethno-specific aspect in the implementation of rehabilitation interference for inable children and their microsocial environment.

Keywords: coping behavior, ethnocultural psychiatry, children with disabilities.

Стрессовая ситуация, к которой можно отнести и соматические заболевания, в жизни подростка способна повлиять на его личностное развитие (становление). С каждым годом возрастает число впервые выявленных детей-инвалидов на территории Российской Федерации. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Бурятия, состояние категории детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями выглядит следующим образом: в 2009 г. – 222 чел., 2010 г. – 219; 2011 г. – 392. По данным ФСГС по РБ, тенденция к увеличению числа детей-инвалидов сохраняется, так же как и на территории РФ.

В сферу интересов исследователей входят вопросы, связанные с изучением копинг-стратегий у подростков, имеющих инвалидизирующее заболевание. Показано, что при разработке планов лечения детей и подростков с инвалидностью необходимо ориентироваться не только на биологические методы терапии, но и сосредоточить внимание на психологической коррекции. Копинг-стратегии могут являться мишенями для психотерапевтического лечения.

В зарубежной психологии изучение поведения, направленного на преодоление трудностей, проводится в рамках исследований, посвященных анализу «coping» – механизмов [1].

Под «копингом» подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные, эмоциональные