

Введение. С ростом частоты выявления сердечно-сосудистых болезней, возросло значение ранней диагностики артериальной гипертензии [1,3]. Патологические процессы в тканях пародонта и заболевания слизистой оболочки полости рта при артериальной гипертензии объясняются нарушением системы микроциркуляторного русла (МЦР), в частности, в регионе головы и шеи, что влияет на трофику тканей зубочелюстной системы, способствуя более активному протеканию патологических процессов в периодонте и твёрдых тканях зубов [1,2,6].

Степень нарушения микроциркуляции при первичной артериальной гипертензии в значительной степени зависит от морфологических и структурных особенностей регионального сосудистого русла, реологических свойств крови, и, безусловно, от состояния физиологических систем регуляции артериального давления [2,4,5].

Сосуды зубных сплетений оказываются особенно уязвимы в силу своих анатомических особенностей. Нарушение в микроциркуляторном русле тканей пародонта становится основой воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта [1,2].

Активной зоной в гемодинамике всего организма является микроциркуляторное русло пародонта, которое претерпевает изменения при постоянных, или часто возникающих напряжениях сосудистой системы [3].

Целью настоящей работы является изучение особенностей клинического и функционального состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Данное исследование было проведено в 2008 году среди 200 больных с гипертонической болезнью, из них 84 женщин (40,5%) и 116 мужчин (59,5%) в возрасте от 30 до 60 лет и старше. Отбор больных для обследования тканей пародонта произведён в стоматологическом кабинете на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра г. Душанбе и на базе кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино при Учебно-клиническом центре. В контрольную группу вошли 60 практически здоровых лиц, из них 29 женщин (46,0%) и 31 мужчин (54,0%).

Диагноз гипертонической болезни устанавливался нами совместно с врачами-терапевтами кардиологического отделения ГМЦ г. Душанбе. Стадия и течение заболевания определялись по классификации комитета экспертов ВОЗ (1970) [2,5].

При обследовании всем больным были произведены: повторные измерения артериального давления и подсчёт частоты сердечных сокращений; исследование состояния сосудов глазного дна; рентгенологическое исследование сердца и крупных сосудов; ЭКГ-исследование; общие анализы крови, мочи, показатели липидного обмена, свёртывающей системы крови; пробы Земницкого и Нечипоренко.

Для определения состояния органов полости рта и установления диагноза у обследованных лиц как основной, так и контрольной групп проводились исследования по общеприятной клинической схеме, включающий опрос, осмотр и функциональное исследование с занесением данных в карту оценки стоматологического статуса (ВОЗ - 1997) [1,4,6].

В процессе обследования у всех больных определяли гигиеническое состояние полости рта по методу Ю.Т. Фёдоровой, В.В. Володкиной, их расспрашивали о привычном для больного гигиеническом уходе за полостью рта, об использовании различных средств гигиены.

Состояние сосудистого русла пародонта было исследовано путём проведения реопародонтографии, определения стойкости капилляров десны по методу В.И. Кулаженко, а также подсчётом индекса периферического кровообращения.

Состояние пародонта определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) и пародонтального индекса (Рi).

Результаты и их обсуждение. Среди 200 обследованных больных 73 (36,5%) страдали гипертонической болезнью 1 стадии и 127 (63,5%) больных ГБ II стадии. По возрастным группам показатели максимального давления начинаются уже с 32 лет, с давностью заболевания до 5 лет. В 40-49 лет гипертонической болезнью страдали 86 обследованных, большую часть которых составили лица с давностью заболевания до 5 лет - 71 человек.

Необходимо отметить, что с прогрессированием заболеваний сердечно-сосудистой патологии распространённость воспалительного процесса в тканях пародонта увеличивается. Так у всех больных интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта была более выражена, чем у больных контрольной группы, что нашло соответствующее отражение в полученных нами данных.

В стадии обострения хронического генерализованного пародонтита находились на момент обследования 18,7%, острого течения - 5,1%, хронического течения - 64,3%, и в стадии ремиссии - 11,9% из числа обследованных.

У больных с гипертонической болезнью ведущими признаками пародонтита являются: значительная отёчность, синюшный цвет дёсневой края, рыхлость дёсневых сосочков, ретракция десны, подвижность зубов, обильные над – и поддёсневые зубные отложения, пародонтальные карманы глубиной более 4,5-6,0 мм. местами с гнойным отделяемым.

Течение воспалительного процесса в тканях пародонта при гипертонической болезни имеет своеобразный характер. Особенно наглядно прослеживаются рост и распространённость более глубоких поражений тканей пародонта в зависимости от давности заболевания сердечно-сосудистой системы при гипертонической болезни и закономерное снижение начальных изменений в тканях пародонта. С увеличением давности основного заболевания наблюдалось снижение частоты наблюдаемого гингивита и локализованного пародонтита.

Нами изучена интенсивность поражения тканей пародонта у 194 больных и у 60 лиц без сопутствующей сосудистой патологии. При начальных стадиях заболевания пародонта $P_i=0,1-1,4$, такой индекс отмечен у 30 больных основной группы (15,9%), и 18 (12,0%) контрольной, что умеренно ниже, чем в последующих показателях.

Наличие деструктивных изменений, характерных для средней тяжести заболевания ($РГ=1,5-3,9$), обнаружено у 28 больных с ГБ (22,0%) и у 13 больных (13,5%) в контрольной группе. При тяжёлой стадии картина резко меняется ($P_i=4,0-8,0$). У больных ГБ такой индекс определён в 91 случаях (48,0%), в контрольной группе этот показатель намного ниже (8 больных - 14,0%).

Отметим, что увеличение P_i у больных ГБ и у лиц контрольной группы связано как со стадией заболевания, так и с возрастом. Высокий процент лиц с ГБ обнаружен у 78 больных (51,2%) в возрасте от 50 до 59 лет, из них, у 60 обследуемых с продолжительностью заболевания 10 лет и более. В возрасте 60 лет и более количество больных с ГБ резко падает: 18 больных (3,4%), с давностью заболевания от 5 до 10 лет и более. Это связано с тем, что с возрастом в результате длительной гипертензии, гемодинамические условия способствуют ускоренному развитию атеросклеротических изменений, приводящих к увеличению числа кардиоваскулярных осложнений и возникновению ишемической болезни сердца.

Проанализировав данные клинических исследований тканей пародонта во всех возрастных группах, патология пародонта выявлена нами у 180 (90,0%) больных ГБ из 200 обследованных. Эти данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи заболеваний пародонта с гипертонической болезнью. Поверхностные воспалительные процессы (гингивиты, локализованный пародонтит) встречаются с небольшими цифровыми расхождениями как в основной, так и в контрольной группах.

Самой тяжёлой и распространённой патологией пародонта является хронический генерализованный пародонтит, который протекал годами с периодами ремиссий и обострений.

Генерализованный пародонтит характеризовался большой распространённостью, в связи с чем диагностирован у 118 больных (82,0%) во всех возрастных группах, имея тенденцию к увеличению. В сравнении с другими формами заболеваний пародонта хронический генерализованный пародонтит (ХГП) встречался у 136 больных, что составляло 66,0% случаев, а в контрольной группе у 28 обследованных, что составляет 14%. У 10 больных ГБ установлен пародонтит лёгкой степени, средняя тяжесть у 32 (16,0%) обследованных, тяжёлая степень была у 158 обследованных (79,0%).

Однако, более тяжёлые степени поражения пародонта выявлены намного больше (70,0%). В контрольной группе средняя тяжесть заболеваний пародонта составила наибольшую часть (22,0%).

Папиллярно-маргинально альвеолярный индекс (РМА) у больных гипертонической болезнью равен 2,0 баллам. В контрольной группе 1 балл выявлен у 43,6% исследуемых. Большая часть заболеваний пародонта, с более глубокими поражениями, выявилась нами у 110 больных гипертонической болезнью.

Такие высокие цифровые показатели данного индекса у больных сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о том, что особенностью клинического течения заболеваний пародонта являлось преобладание острого и обострившегося течения генерализованного пародонтита.

Состояние гигиены полости рта проанализировано нами у 200 больных сердечно-сосудистой патологии и у 60 здоровых лиц. Согласно данным, только у 26 больных ГБ и у 16 в контрольной группе отмечался достаточный уход за полостью рта, что соответствует 1 баллу. Удовлетворительное состояние полости рта констатировано у 78 среди больных и в 20 случаях у лиц контрольной группы.

Показатель 3 балла, что соответствовало нерегулярной чистке зубов, отмечен у 122 больных гипертонической болезнью и у 24 лиц контрольной группы. О практическом отсутствии ухода за полостью рта свидетельствуют данные, имевшие 4 и 5 баллов у 40 больных основной группы.

Усреднённый показатель очистки зубов у больных с ГБ равен 2,64 балла, что соответствует плохому гигиеническому состоянию полости рта. У лиц контрольной группы, усреднённый показатель очистки зубов равен 2,22 балла, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии полости рта.

У больных основной группы гигиеническое состояние полости рта во всех возрастных группах находилось в неудовлетворительном состоянии.

Полученные результаты свидетельствуют о сравнительно удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта у лиц контрольной группы. Недостаточный гигиенический уход за полостью рта приводит к увеличению патогенной микрофлоры, продукты жизнедеятельности которых оказывают не только прямое повреждающее действие на твёрдые ткани зуба, пародонта и слизистую оболочку полости рта, но и являясь хроническим очагом инфекции, способствуют снижению иммунной реактивности организма.

Нами установлено, что с возрастом процент больных, имеющих интактный пародонт, уменьшается и в 60 лет практически он не обнаруживается. В возрасте до 50 лет симптом кровоточивости по индексу CPITN у больных гипертонической болезнью имел тенденцию к увеличению.

Если в возрасте 30 - 39 лет кровотечение имело место в 42,4% случаях, в возрасте 40-49 лет - 47,6%, в 50-59 лет - до 62,4%, что связано с большой поражаемостью пародонта в этой возрастной группе. Зубные отложения наблюдались у 32,4 обследованных основной группы.

Наименьшее количество зубных отложений приходилось на возраст 60 лет и более (2,1%), что связано с большой потерей зубов. В возрасте 40-49 лет количество больных с зубными отложениями возросло до 42,8%.

Нами выявлено, что в молодом возрасте, значительно редко встречаются глубокие поражения связочного аппарата (4,2%). С 40-49 летнего возраста отмечались глубокие пародонтальные карманы в 18,8% случаях. Этот показатель возрос до 58,3% у лиц 50-59 летнего возраста.

С возрастом учащались случаи выраженных воспалительных явлений с отделяемым из карманов, чаще серозно-гнойным, обнажение шеек зубов и корней I - II степени, подвижность и травматическое смещение зубов с нарушением окклюзии.

В гигиеническом обучении нуждалось 17,6% больных и 22,0% лиц контрольной группы. Необходимость удаления над и поддесневых зубных отложений выявлялось у 22,4% больных с ГБ и у 10,0% лиц контрольной группы. В комплексном лечении нуждалось 15,1% с артериальной гипертензией и 14,0% лиц контрольной группы.

Больным с более тяжёлыми воспалительно-деструктивными изменениями, приведшими к большой потере зубов и нарушению окклюзии, требовалось оказание хирургической и ортопедической помощи. Количество таких больных превалировало в основной группе и составили 44,3%.

Таким образом, учитывая данные, полученные в ходе изучения функционального состояния тканей пародонта при ГБ, можно сделать вывод, что с возрастом отмечается нарастающее расхождение, которое особенно заметно выявляется, начиная с возрастной группы 21-30 лет. Максимального значения различия по всем параметрам достигают в возрастной группе 41-60 лет.

В группе ГБ по всем параметрам отмечается некоторое снижение функциональной недостаточности тканей пародонта, особенно неблагоприятно складывается ситуация для сохранившихся зубов у лиц более старших возрастных групп.

Очевидно, что при лечении больных с гипертонической болезнью, применяемый общепринятый стандартный подход несколько улучшает ситуацию таких больных. Лечебно-профилактические мероприятия среди больных гипертонической болезнью должны проводиться в зависимости от тяжести воспалительного процесса в тканях пародонта и тяжести самого заболевания с консультацией врачей-кардиологов.

Литература

1. Кречина Е.К. Нарушение микроциркуляции в тканях пародонта при его заболеваниях и клинико-функциональное обоснование методов их коррекции: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1996. -23 с.
2. Лебеденко И.Ю., Ковалёв Ю.С., Малый А.Ю., Ибрагимов Т.И. Сосудисто-биомеханические аспекты развития заболеваний пародонта //Сборник тезисов научных трудов «Современные проблемы стоматологии» к 70-летию В.Н. Копейкина. - М. 1999.- С-Пб. – 13с.
3. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А. Состояние гемодинамики пародонта, системы гемостаза и перекисного окисления липидов у больных гипертонической болезнью // Перспективы развития современной стоматологии. Материалы Всероссийской конференции стоматологов. - Екатеринбург, 1997.- С. 96-100
4. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта //«Пародонтология». 1988. №3. - С.8-13
5. Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение /А.С.Григорьян и др. М.,- 2004.- 320с.
6. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта Л.М.Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева. М.-2009.-С.330

ХУЛОСА

ҲОЛАТИ ЛУОБПАРДАИ ДАРУНИ ДАҲОН ДАР АШХОСИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ

**И.Х.Ирмухамедова, М.В.Рачабова,
Э.М.Саидшарифова**

Фишорбаландии шараёнӣ дар беморони соҳаи даҳонпизишкӣ (стоматологӣ) бештар вомехӯранд. Суол дар бораи он, ки кадом хусусиятҳои статуси стоматологӣ ба ин гурӯҳи беморон хос мебошад ҳанӯз то ба охир омӯхта нашудааст. Тадқиқоти саририи бофтаҳои атрофи дандон нишон дод, ки аз 200 нафар беморони синну солашон гуногун, ки мубталои бемории фишорбаландӣ мебошанд, дар 180 нафарашон этилоли бофтаҳои атрофи дандон (пародонт) ошкор карда шудааст. Дар ин гурӯҳи беморон нишонаҳои илтиҳоби бофтаҳои атрофи дандон: варамнокии зиёд, кабудшавии милки дандон, серковокии пистонаки милки дандон, гунчашавии (ретраксия) милк, чунбандагии дандон, чайбҳои пародонталӣ дар баъзе ҷойҳо бо чоришавии чирк мебошанд.

Ин далелҳо аз иртиботи (ҳамбастагии) бемориҳои бофтаҳои атрофи дандон ва фишорбаландӣ шаҳодат медиҳанд.

SUMMARY

THE STATE OF ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

I.H.Irmuhamedova, M.V.Rajabova, E.M.Saidsharifova

Our clinical studies of periodontal tissue showed that 200 patients with hypertension in all age groups in 180 patients revealed periodontal pathology. In many respects there is a significant pathomorphological and physiological changes in periodontal tissues. This category of patients with essential hypertension and signs of periodontitis were significant edema, cyanotic color of the gingival margin, friability papilla, retraction gums, tooth mobility, abundant over and subgingival dental accumulation, periodontal pockets in places with purulent discharge. All this necessitates the development of a differentiated approach in the dental rehabilitation of such patients. These data indicate an association of periodontal disease with hypertension.

Key words: oral mucosa, periodontal disease, hypertension

Адрес для корреспонденции:

И.Х.Ирмухамедова - доцент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Титова-9, кв.18.Тел. 226-30-46

ТЕРАПИЯ

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОДАГРЕ

Н.Х.Хамидов, С.М.Шукурова, Х.К.Тоиров, Х.Дж.Абдулоев

Кафедры внутренних болезней №2; пропедевтики внутренних болезней
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нами изучены возрастные особенности течения метаболического синдрома и кардиоваскулярных нарушений у 38 мужчин, страдающих подагрой. Анализ проведённого исследования показал, что у больных в возрасте до 60 лет наблюдается большая выраженность ожирения, гипертриглицеридемии и гипергликемии, в то время как у пациентов старше 60 лет отмечается повышение частоты ишемической болезни сердца и изолированной систолической артериальной гипертонии.

Ключевые слова: подагра, метаболический синдром, кардиоваскулярные нарушения, возраст

Введение. Подагра – системное тофусное заболевание. Она характеризуется отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развитием в связи с этим воспаления у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами.

Актуальность изучения подагры обусловлена её медико-социальным значением в связи с увеличением роста заболеваемости, а также поражением лиц трудоспособного возраста [1]. По данным различных авторов, подагрой страдает около 1% мужского населения европейских стран [2-4]. Заболевание является одной из самых частых причин воспалительного поражения суставов у мужчин средних возрастных групп [2]. Вместе с тем имеются данные, свидетельствующие о том, что за последние два десятилетия заболеваемость подагрой удвоилась [5].

Повышенный интерес к изучению подагры связан ещё и с тем, что данное заболевание позиционируется как болезнь, связанная с нарушением метаболизма. В частности, в материалах ВОЗ (2000 год) подагра была причислена к заболеваниям, связанным с ожирением – наряду с артериальной гипертонией (АГ), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа [6]. Для указанных состояний характерен высокий риск развития кардиоваскулярных катастроф [7]. В частности, согласно данным М.С. Елисеева и соавт. (2006), около 66% больных подагрой погибают вследствие кардиоваскулярных осложнений, обусловленных атеросклерозом [8]. Таким образом, сочетание кардиоваскулярных нарушений, МС и подагры у конкретного больного несёт в себе потенциальную опасность преждевременной инвалидизации и смерти пациентов от многочисленных осложнений. А с учётом того обстоятельства, что кардиоваскулярная патология достаточно часто встречается у больных с подагрой, то комплексное изучение этих нарушений представляется достаточно актуальным. В частности, на сегодняшний день имеются убедительные данные о роли ГУ как независимого фактора риска прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов [9].

Согласно данным J. Vazquez-Mellado и соавт. (2004), МС, диагностированный, согласно критериям Национального института здоровья США (АТР III), выявляется у 82% больных подагрой, причём у 16% обследованных имелась сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС), а у 19% - нарушения углеводного обмена [7].