

А.Е. Михайлов,

к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»

Н.Л. Кузнецова,

д.м.н., профессор, зам. гл. врача клинической больницы № 23

С.И. Блохина,

профессор, директор центра восстановительного лечения «Бонум»

Екатеринбург

Особенности сопутствующей патологии у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом

Эпидемиологические исследования пациентов различных возрастных групп выявили хронический генерализованный пародонтит (ХГП) у 80% обследованных [1]. Российскими исследователями показано, что в развитии ХГП и сопутствующих заболеваний внутренних органов играют свою патогенетическую роль нарушения перекисного окисления липидов, белков и низкомолекулярных тиолов, а также иммунологический дисбаланс и дефицит основных макро- и микроэлементов (Ca, Mg, K, Na, Zn, Cu, Fe) [2, 3]. В свою очередь наличие ХГП является фактором риска для развития предраковых поражений и, вероятно, опухолей полости рта [4]. Выявлена достоверная связь между наличием ХГП и такими системными заболеваниями, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и хронические заболевания легких [4–9]. Пародонтит у пожилых людей, особенно сопровождающийся признаками системного воспаления (повышение С-реактивного белка), связан с повышенной по сравнению со здоровой популяцией этого же возраста смертностью [10, 11]. Среди больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и среди перенесших инфаркт миокарда распространенность ХГП со-

ставляет 82,4 и 72,2% соответственно. При этом тяжесть и распространенность заболевания позволяют предполагать его длительное существование, а следовательно, и возможность неблагоприятного влияния этого хронического процесса на сердечно-сосудистую систему в целом и в частности на микроциркуляцию в миокарде [12].

В многочисленных популяционных исследованиях показано, что у лиц с ХГП риск развития ИБС в 1,3–2 раза выше по сравнению с общепопуляционным. На животных моделях установлено, что наличие *Porphyromonas gingivalis* в зубном налете способствует более быстрому развитию и прогрессированию атеросклеротических бляшек. По данным бельгийских исследователей, риск развития коронарной болезни сердца у лиц с пародонтитом, с поправкой на известные факторы риска, повышен в 6,5 раза по сравнению со здоровой популяцией, причем повышение риска зависит от тяжести процесса [13].

Показано также, что наличие ХГП в течение предыдущих 10 лет существенно повышает риск развития нарушения толерантности к глюкозе с последующим повышением риска сахарного диабета II типа [14].

В настоящее время практически не вызывает сомнений то, что в развитии и прогрессировании ХГП играет свою роль системный компонент, а его наличие в качестве очага хронического воспаления с системным ответом является фактором риска для других заболеваний, в патогенезе которых системный воспалительный ответ играет свою неблагоприятную роль.

Цель работы — уточнение спектра сопутствующей патологии, характерной для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Работа основана на результатах обследования и лечения больных с ХГП на базе стоматологической и травматологической клиник ГОУ ВПО «УГМА», в МУ «ЦГКБ № 23» г. Екатеринбурга за период с 2002 по 2007 г. Клиническое исследование проведено у 110 человек в возрасте от 20 до 60 лет.

Основную группу составили 30 пациентов, обратившихся на консультативный прием врача-стоматолога по поводу ХГП, в комплексное лечение которым была включена периартериальная криосимпатодеструкция (ПКСД) лучевой артерии. В группу сравнения вошли 60 пациентов, получивших традиционное комплексное лечение. Группы

идентичны по возрасту, полу, характеру, тяжести заболевания и различны по способу лечения. В контрольную группу было включено 20 практически здоровых пациентов, аналогичных по полу и возрасту, обследованных во время периодических профосмотров, не предъявлявших жалоб, характерных для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, без признаков ХГП.

Характер и степень выраженности сопутствующей патологии отражены в табл. 1. Как следует из данной таблицы, многие больные этой группы (76 из 90 обследованных) имели сопутствующую патологию. Чаще отмечены сосудистые (44 пациента) заболевания, желудочно-кишечная патология (42 пациента), дистрофическая патология кисти (16 человек), остеохондроз позвоночника (14 человек). В 6 наблюдениях были указания на наличие черепно-мозговой травмы в анамнезе. Интерес представляло наличие у 15 пациентов эндокринной патологии с нарушением функции щитовидной железы, у 12 пациентов отмечали в анамнезе сахарный диабет II типа. При этом имелся четкий половой диморфизм по выявленной сопутствующей патологии (по данным анамнеза).

Для женщин были характерны варикозная болезнь, патология щитовидной железы, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ревматоидный полиартрит.

У мужчин преобладали атеросклероз сосудов, ИБС, стенокардия, нарушение обмена веществ.

Общим для всех была вегетососудистая дистония. Однако для женщин молодого возраста — по гипотоническому типу, а у мужчин, независимо от возраста, — по гипертоническому типу.

Спектр гинекологических заболеваний у женщин с ХГП отражен в табл. 2.

Как следует из табл. 2, для женщин, страдающих ХГП, были характерны гормонозависимые заболевания половой сферы. Установлено значительное преобладание сопутствующей патологии у больных с ХГП по сравнению с контингентом контрольной группы, а также иная ее направленность. Так, в группе контроля преобладали воспалительные заболевания (табл. 3).

В отличие от контрольной группы 18 (20%) из 90 пациентов с ХГП указали на наличие онкологической патологии

у ближайших родственников. Во всех случаях это была локализация желудочно-кишечного тракта — ЖКТ (рак толстой кишки, желудка, пищевода).

В группе контроля было одно указание на наличие опухоли молочной железы

у ближайшей родственницы (5%) в той же возрастной группе опрошенных.

Прослежена параллель роста частоты сопутствующих заболеваний при распределении пациентов с учетом степени тяжести ХГП. Так, у пациентов

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ХГП (n=76)

Заболевание	Количество заболеваний	
	мужчины (n=25)	женщины (n=51)
Вегетососудистая дистония	29	34
Варикозная болезнь	0	3
Ишемическая болезнь сердца	4	0
Мерцательная аритмия	1	0
Стенокардия	2	0
Атеросклероз	3	0
Сахарный диабет II типа	5	7
Патология щитовидной железы	0	3
Ревматоидный артрит	0	1
Подагра	2	0
Ожирение	1	0
Язвенная болезнь	6	8
Гастрит	10	12
Панкреатит	6	0
Черепно-мозговая травма	4	2
Арахноидит	0	1
Преходящие нарушения мозгового кровообращения	0	1
Остеохондроз позвоночника	8	6
Дистрофическая патология кисти	6	10
Плоскостопие	1	5
Всего...	88	93

ТАБЛИЦА 2. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА) (n=59)

Заболевание	Количество заболеваний
Фибромиома матки	7
Киста яичника	2
Дисменорея	18
Климактерический синдром	9
Опущение матки	4
Эрозия шейки матки	12
Токсикоз беременности	14
Хронический аднексит	4
Всего...	70

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У КОНТИНГЕНТА КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ (n=20)

Заболевание	Количество заболеваний	
	мужчины (n=10)	женщины (n=10)
Хронический бронхит	2	1
Хронический тонзиллит	1	2
Бронхиальная астма	1	
Хронический аднексит		1
Всего...	4	4

с легкой степенью заболевания ($n=7$) отмечено всего 2 указания на общесоматическую сопутствующую патологию и 2 — на функциональные нарушения гормонального цикла без органических проявлений.

У пациентов со средней тяжестью ХГП ($n=61$) отмечено обязательно одно из сопутствующих и одно из гинекологических заболеваний (36%). Чаще были указания на 2 сопутствующие патологии (55%). В 9% случаев в анамнезе пациентов были указания на 3 сопутствующие патологии.

У больных с тяжелым ХГП ($n=22$) имелись указания на 2 сопутствующие патологии в анамнезе у 66% пациентов, у 16% — на наличие 3 заболеваний и лишь у 12% — на одно заболевание. В связи с декомпенсацией соматическо-

го заболевания больные чаще обращались за медицинской помощью и имели временную нетрудоспособность, а также подвергались оперативному лечению (фиброма матки, киста яичника).

Таким образом, при ХГП обращает на себя внимание превалирование патологии сосудов, характеризующей нарушение вегетативного профиля (вегетососудистая дистония), гормонального профиля (эндокринная патология), нарушение обмена веществ (подагра, атеросклероз). О неполноценности соединительной ткани свидетельствуют опущения внутренних органов, плоскостопие, частой является дистрофическая патология (кисти, позвоночника) (табл. 4).

Таким образом, учитывая многообразие сопутствующей патологии, ее направленность с акцентом на наруше-

ние вегетативного и гормонального профиля, интересной, на наш взгляд, представляется оценка вегетативной составляющей гомеостаза и периферического кровотока, как «конечного звена ее приложения» [15] и возможных факторов формирования патологического процесса у больных с ХГП.

В ходе проведения исследований нами обнаружено, что основной патологии (ХГП) сопутствовал целый комплекс нарушений, являющихся в той или иной степени проявлением синдрома дистрофии соединительной ткани. Необходимо отметить, учитывая публикации [16], что определенному виду патологии, называемой основной с точки зрения проводимого исследования, соответствует свой собственный, уникальный, характерный только для нее ряд сопутствующих заболеваний, выстраиваемый согласно частоте их проявления в исследуемой группе пациентов (рис. 1, 2). Нами предложено следующее название: частотный ряд встречаемости сопутствующей патологии. Этот ряд уникален для каждого заболевания и характеризуется быстрым убыванием частот встречаемости каждого следующего заболевания. Такое резкое убывание частоты проявления каждого следующего заболевания объясняется тем, что вегетативная нервная система и патология периферического кровотока, как следствие ее дисфункции имеют меньшую значимость в их развитии.

Авторами выдвинута и подтверждена гипотеза о том, что для каждой патоло-

ТАБЛИЦА 4. СВОДНЫЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ С ХГП ПО АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ДАННЫМ О СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Заболевания	Количество заболеваний	
	абс.	%
Вегетососудистая патология	66	26,3
Дистрофические заболевания других локализаций	31	12,3
Эндокринная патология	15	6
Гинекологические заболевания	70	27,9
Заболевания ЖКТ	42	16,7
Болезни сердца	7	2,8
Травмы и заболевания головного мозга	8	3,2
Нарушение обмена веществ	6	2,4
Неполноценность соединительной ткани	6	2,4
Всего...	251	100



Рис. 1. Частота встречаемости (в %) сопутствующей патологии у пациентов с ХГП



Рис. 2. Частота встречаемости (в %) сопутствующей патологии у пациентов с ДЗК (по материалам диссертации Н.Л. Кузнецовой, 1995)

гии из числа имеющихся заболеваний возможно построить собственный частотный ряд встречаемости сопутствующей патологии, характеризующийся уникальностью последовательности патологий и быстрым убыванием частот каждого следующего заболевания. Так, при ХГП у разных больных прослежена закономерность такого ряда сопутствующих заболеваний, особенно характерного для длительного течения патологического процесса. С нарастанием степени тяжести ХГП параллельно отмечено увеличение количества и степени тяжести сопутствующей патологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ И ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ

При сравнительной оценке и отдаленных результатов лечения было уделено внимание сопоставлению эффективности традиционного и инновационно-

го подходов на течение соматической патологии.

У пациентов, в лечении которых применены традиционные подходы, не предполагавшие системного воздействия на организм ($n=60$), ни в одном случае не было установлено позитивного влияния на вегетососудистую, эндокринную, дистрофическую, диспластическую, гинекологическую патологию. Исключение составили пациенты, предъявлявшие жалобы на наличие желудочно-кишечных заболеваний ($n=26$). Это связано с тем, что в результате локального лечения ХГП использование терапевтических, хирургических, ортопедических методик позволило улучшить жевательную функцию и, на наш взгляд, позитивно сказалось на течении у них патологии ЖКТ. В основном положительная тенденция отмечена в отношении гастрита ($n=15$) и панкреатита ($n=4$). Больные, имевшие указания на язвенную болезнь, не показали положительной динамики. В ее течении продолжала присутствовать сезонность

(весна—осень) и периоды обострения чередовались с периодами ремиссии. Пациенты с ХГП, имевшие гастрит и панкреатит, продемонстрировали прямую зависимость между степенью тяжести ХГП и степенью компенсации заболевания ЖКТ. Так, у 2 больных с гастритом и 1 пациента с панкреатитом при легкой степени ХГП удалось достичь ремиссии основного и сопутствующего заболевания ЖКТ в течение года.

При средней степени тяжести ХГП и указании на гастрит в 13 случаях и панкреатита в 2 случаях у трети пациентов была достигнута ремиссия сопутствующего заболевания в течение года, в то время как остальные пациенты нуждались в лечении патологии ЖКТ в этот период в связи с обострением.

При тяжелой степени ХГП ($n=13$) не удалось достичь ремиссии сопутствующего заболевания ЖКТ. Полученные данные полностью соответствуют концепции, по которой ХГП является лишь частью нейродистрофического тканевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Бутюгин И.А.** Возрастные особенности течения и лечения воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... к.м.н. — Екатеринбург, 2003. — 23 с.
2. **Галикеева А.Ш.** Изучение минерализации костной ткани при генерализованном пародонтите. — *Стоматологический журнал*. — 2000. — № 2. — С. 14—15.
3. **Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю.** Единство системных патогенетических механизмов заболеваний внутренних органов, связанных с генерализованным пародонтитом. — *Стоматология*. — 2004. — Т. 83, № 3. — С. 6—11.
4. **Tezal M., Grossi S.G., Genco R.J.** Is periodontitis associated with oral neoplasms? — *J. Periodontol.* — 2005. — N 76(3). — P. 406—410.
5. **Закиров Т.В.** Анализ поражений пародонта зубов при хроническом генерализованном пародонтите по данным рентгенографии. — *Уральский стоматологический журнал*. — 2002. — № 2. — С. 607.
6. **Ибрагимов Т.И.** Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма и регионарного кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями: Автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2001. — 47 с.
7. **Beck J.D., Slade G., Offenbacher S.** Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation. — *Periodontol.* — 2000. — N 23. — P. 110—120.
8. **Georgiou T.O., Marshall R.I., Bartold P.M.** Prevalence of systemic diseases in Brisbane general and periodontal practice patients. — *Aust. Dent. J.* — 2004. — N 49(4). — P. 177—184.
9. **Mattila K.J., Asikainen S., Wolf J. et al.** Age, dental infections, and coronary heart disease. — *J. Dent. Res.* — 2000. — N 79. — P. 756—760.
10. **Цемов Л.М., Николаев А.И., Жажков Е.Н.** К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта. — *Пародонтология*. — 2000. — № 2. — С. 38—41.
11. **Ajwani S., Mattila K.J., Tilvis R.S., Ainamo A.** Periodontal disease and mortality in an aged population. — *Spec Care Dentist.* — 2003. — N 23(4). — P. 125—130.
12. **Bochniak M., Sadlak-Nowicka J., Tyrzyk S., Sobiczewski W., Rynkiewicz A.** Periodontal and dental state of patients with coronary heart disease. — *Przegl. Lek.* — 2004. — N 61(9). — P. 910—913.
13. **Geerts S.O., Legrand V., Charpentier J. et al.** Further evidence of the association between periodontal conditions and coronary artery disease. — *J. Periodontol.* — 2004. — N 75(9). — P. 1274—1280.
14. **Saito T., Shimazaki Y., Kiyohara Y. et al.** The severity of periodontal disease is associated with the development of glucose intolerance in non-diabetics: the Hisayama study. — *J. Dent. Res.* — 2004. — N 83(6). — P. 485—490.
15. **Крупаткин А.И.** Клиническая нейроангиофизиология конечностей. — М.: Научный мир, 2003. — 327 с.
16. **Кузнецова Н.Л.** Комплексное лечение женщин с мягкоткаными дистрофическими заболеваниями кисти: Дис. ... д.м.н. — Пермь, 1995. — 399 с.