



«КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

Тулкин Эльназарович ЗОЙИРОВ

заведующий кафедрой 2-ой Стоматологии, к.м.н,
Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Самарканд, Узбекистан, тель: +998985739092

АННОТАЦИЯ

Заболевания пародонта - это группа хронических воспалительных заболеваний, поражающих опорные ткани зуба и вызванных бактериальной инфекцией. Заболевания пародонта являются одними из наиболее распространенных стоматологических заболеваний, приводящих к потере зубов [2]. Прогрессирование поражения пародонта приводит к высвобождению токсичных продуктов пародонтопатогенных бактерий и продуктов деградации воспаленных тканей десны, вызванных ответной реакцией хозяина [9]. Доказано, что пародонтит является существенным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Существование хронического очага воспаления при пародонтите и ответная реакция хозяина являются гипотетическим обоснованием взаимно отягощающего влияния пародонтита и ССЗ [3,4,13]. Гипертония увеличивает риск таких сердечно-сосудистых заболеваний как атеросклероз, инсульт и ишемическая болезнь сердца. [1,5,8].

Хорошо известно, что гипертония и пародонтит имеют общие факторы риска, к каковым относятся курение, стресс, пожилой возраст и социально-экономические факторы, а также нарушения микроциркуляции, эндотелиальную дисфункцию, оксидативный стресс и иммунометаболические сдвиги, способные увеличивать взаимоотягощающее влияние этих заболеваний [6,7,10, 11].

В то же время, наблюдательные исследования подтверждают связь между заболеваниями пародонта и сердечно-сосудистыми заболеваниями, независимо от общих факторов риска [9]. Несмотря на то, что

эпидемиологические исследования не дают достаточных доказательств причинно-следственной связи между этими двумя заболеваниями, исследования последних лет подтверждают хроническое воспаление как независимое звено развития пародонтита и прогрессировании гипертонии [10].

Исследования последних лет подтверждают роль сердечно-сосудистой патологии в возникновении и прогрессировании пародонтита. Доказывается роль пародонтита как этиологического фактора гипертонии [9,12,14,15].

Оценка роли гипертонической болезни в развитии пародонтита невозможна без комплексного изучения клинического состояния пародонта у этой категории больных.

Материалы и методы. Для оценки влияния гипертонической болезни на состояние тканей пародонта осуществлено обследование 152 пациентов с клинически верифицированной гипертонической болезнью с давностью заболевания не менее 5 лет, группу контроля составили 110 человек сопоставимого пола, возраста и социально-бытовых условий проживания не болеющие заболеваниями сердечно-сосудистой системы (Таблица 1).

Таблица 1

Поло - возрастное распределение пациентов в группах сравнения

Пол	возрастная группа						всего
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65	
	Больные с гипертонией						
муж	10	11	11	10	9	10	61
	41,67	39,23	40,74	41,67	36,40	41,67	40,13
жен	14	17	16	14	16	14	21
	59,87	58,33	60,71	59,26	58,33	64,0	58,33
всего	24	28	27	24	25	24	152
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	Контрольная группа						
Муж	9	10	8	7	6	7	47
	42,73	42,86	45,45	44,44	38,89	42,86	41,18
Жен	12	12	10	11	8	10	63
	57,24	57,14	54,55	55,56	61,11	57,14	58,82
всего	21	22	18	18	14	17	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Обследование осуществляли на базе в клиниках САММИ

Комплекс диагностических мероприятий включал в себя опрос пациентов, а также стандартные методы обследования полости рта и состояния пародонта. С этой целью разработана программа диагностики стоматологических заболеваний, включающая изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра и индексной оценки состояния пародонта (индекс гигиены Green-Vermillion, индекс гингивита (РМА), индекс пародонтита (PI), CPITN), кровоточивости по Мюллерману, подвижности зубов и глубины пародонтальных карманов).

Визуальную оценку состояния губ и слизистой оболочки полости рта осуществляли по общепринятым критериям

Диагноз пародонтита устанавливали в соответствии с нозологической Международной классификацией стоматологических болезней (на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра; Всемирная организация здравоохранения, 1997).

Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых стандартных методов. Распространённость пародонтита и заболеваний СОПР учитывали в процентах (%). Для индексных показателей рассчитывали среднюю арифметическую величину (М), стандартную ошибку

средней арифметической (m). Оценку значимости различий показателей проводили с использованием t -критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения

Заболевания пародонта на фоне нарушений центральной гемодинамики и микроциркуляции, инициированные гипертонической болезнью, как правило, имеют более тяжелое течение и остаются важной проблемой стоматологии, во многом это объясняется нарушением трофики тканей полости рта на фоне системной патологии, затрагивающей важнейшие патогенетические механизмы развития пародонтита [3,5,6].

Результаты сравнительного стоматологического обследования пациентов с гипертонической болезнью показали значительно более высокую частоту клинических симптомов и жалоб, характерных для заболеваний пародонта и нарушенной трофики тканей на фоне системной патологии (Таблицы 2-3).

Таблица 2

Сравнительные результаты частоты (в%) жалоб пациентов с гипертонической болезнью

Жалобы	пациенты с гипертонией	контрольная группа	P достоверность
1.Запах изо рта	48,62±3,08	21±1,03	0,05<
2. Боли и парестезии В деснах	27,65±2,03	18,31±0,82	0,05<
3. Кровоточивость десен при чистке зубов	42,03±2,05	15,62±1,02	0,05<
4.Сухость, недостаток	44,32±-1,72	15,01±-0,70	0,05<

СЛЮНЫ			
5. Расшатанность зубов	37,03 $\pm$ 2,01	14,25 $\pm$ 1,65	0,05<

Все пациенты предъявляли отнотипные жалобы, характерные для воспалительно-деструктивного поражения пародонта, частота которых была значимо выше у больных гипетонической болезнью (Таблица 2). Так, на запах изо рта жаловалось $48,62 \pm 3,08\%$ пациентов с гипертонической болезнью против $21,63 \pm 1,03\%$ в группе контроля ($P \leq 0,05$); на боли и парестезии в деснах соответственно $27,65 \pm 2,03\%$ против $18,31 \pm 0,82\%$ в ($P \leq 0,05$); соответствующая частота жалоб на кровоточивость десен при чистке зубов $42,03 \pm 2,05\%$ против $15,62 \pm 1,02\%$ ($P \leq 0,05$); на сухость и недостаточное количество слюны – $44,32 \pm 1,72\%$ против $15,01 \pm 0,70\%$ ($P \leq 0,05$); расшатанность зубов $37,03 \pm 2,01\%$ против $14,25 \pm 1,65\%$ ($P \leq 0,05$) (Таблица 2).

Данные объективного клинического осмотра полости рта представлены в Таблице 3. У больных гипертонической болезнью преобладали симптомы застоя и отёка мягких тканей; а также симптомы, обусловленные поражением капилляров, вследствие гипертонической болезни, приводящим к нарушению микроциркуляции и эндотелиальной дисфункции, клиническим проявлением которых являются повышенная хрупкость сосудов и резкое нарушение трофического обеспечения мягких тканей пародонта и СОПР.

Таблица 3

Сравнительные данные стоматологического осмотра пациентов с гипертонической болезнью

Симптом	больные гипертонией, №152	контроль №110	Р достоверность
1- синюшность	12,03	3,25	0,05<

Красной каймы губ	$\pm 0,62$	0,14	
2-сухость шелушение Губ,заеды в углах рта	27,52 $\pm 1,03$	7,31 $\pm 0,33$	0,05 <
3-хейлит	8,32 $\pm 0,35$	2,63 $\pm 1,02$	0,05<
4сухость, истончение СОПР	25,63 $\pm 1,25$	8,72 $\pm 0,37$	0,05<
5-отечность	30,62 $\pm 1,42$	7,51 $\pm 0,25$	0,05<
6-телеангиэктазий	25,62 $\pm 1,22$	5,03 $\pm 7,51$	0,05<
7-синюшность Подязычных вен	29,31 $\pm 1,41$	7,02 $\pm 0,33$	0,05<
8гиперплазия,атрофия Сосочков языка	22,03 $\pm 0,95$	5,06 $\pm 0,22$	0,05<
9-пузырно сосудистый Синдром	29,63 $\pm 1,33$	4,05 $\pm -0,02$	0,05<
10-язвенно некротические Эрозии	15,02 $\pm 0,95$	1,03 $\pm 0,07$	0,05<

Так, у пациентов с гипертонической болезнью чаще регистрировалась синюшность губ, у пациентов с гипертонической болезнью - у $12,03 \pm 0,62\%$ против $3,25 \pm 0,14\%$ ($P \leq 0,05$) в группе контроля; такие показатели нарушения трофического обеспечения тканей как сухость, шелушение губ, заеды в угла рта обнаруживались соответственно у $27,52 \pm 1,03\%$ против $7,31 \pm 0,33\%$ ($P \leq 0,05$); а частота хейлита составила соответственно $8,32 \pm 0,35\%$ против $2,63 \pm 1,02\%$ ($P \leq 0,05$).

При осмотре слизистой оболочки полости рта (СОПР) обнаруживались сухость и истончение $25,63 \pm 1,25\%$ против $8,72,25 \pm 0,37 \%$ ($P \leq 0,05$); отёк подъязычных вен – $29,31 \pm 1,41\%$ против $7,02 \pm 0,25 \%$ ($P \leq 0,05$); нарушение трофики сопровождалось гиперплазией и/или атрофией сосочков языка – $22,03 \pm 0,95\%$ против $5,06 \pm 0,22 \%$ ($P \leq 0,05$); у части больных, напротив, слизистая СОПР была отёчной – $30,62 \pm 1,42 \%$ против $7,51 \pm 0,25 \%$ ($P \leq 0,05$); хрупкость и ломкость микрососудов при гипертонической болезни приводила к появлению телеангиэктазий – $25,62 \pm 1,25\%$ против $5,03 \pm 0,21 \%$ ($P \leq 0,05$). У пациентов сотягощенным анамнезом по гипертонической болезни на слизистой СОПР достоверно чаще ($22,03 \pm 0,95\%$ против $4,05 \pm 0,02 \%$; $P \leq 0,05$) обнаруживались геморрагические пузыри возникают геморрагические пузыри, причиной образования которых является разрыв мелкого сосуда. Малейшие травмы СОПР при чистке зубов или при пережевывании пищи приводят к разрыву пузыря и образованию на их месте трофических (язвенно-некротических) эрозий без вовлечения окружающих тканей – $15,02 \pm 0,95\%$ против $1,03 \pm 0,07 \%$ ($P \leq 0,05$) (Таблица 3).

Сравнительный анализ результатов исследований распространённости и тяжести заболеваний пародонта у определённого контингента пациентов и их интерпретация является материальной основой разработки научно обоснованного подхода профилактики и лечения этой группы больных (Таблица 4).

Таблица 4

Сравнительные данные распространённости заболеваний пародонта у пациентов с гипертонической болезнью и в группе контроля

Нозологические формы	группа		Р достоверность
	Больные с гипертонией № 152	контрольная группа №110	

Здоровый пародонт	39/25,67 $\pm$ -3,51	55/50,0 $\pm$ -4,77	0,05<
Гингивит	7/4,61 $\pm$ -0,62	19/17,27 $\pm$ -2,03	0,05<
ГПЛС	41/26,70 $\pm$ -2,65	12/10,91 $\pm$ -1,85	
ГПСТ	31/20,40 $\pm$ -3,11	14/12,73 $\pm$ -3,17	0,05<
ГПТС	34/22,37 $\pm$ -2,01	10/9,09 $\pm$ 2,74	0,05<
ВСЕГО	152/100	110/100	

Как видно из таблицы 4 между выборкой больных с гипертонической болезнью и контрольной группой имеются статистически достоверные различия в распространенности заболеваний пародонта с отчётливой тенденцией к большей встречаемости более тяжёлых форм патологии у больных гипертонической болезнью. Так, частоты обнаружения здорового пародонта и гингивита были значимо ниже у пациентов с гипертонией и составили соответственно - 25,67 $\pm$ 3,51 % против 50,00 $\pm$ 4,44 % в группе контроля ($P \leq 0,05$) и 4,61 $\pm$ 0,62% против 17,27 $\pm$ 2,03% в группе контроля ($P \leq 0,05$).

При этом у больных гипертонической болезнью, по сравнению с контрольной выборкой, достоверно увеличивается частота пародонтита всех степеней тяжести. Так, ГПЛС обнаружен у 26,70 $\pm$ 2,65% больных гипертонической болезнью против 10,91 $\pm$ 1,85% в группе контроля ($P \leq 0,05$); соответствующие соотношения ГПСТ составили 20,40 $\pm$ 3,11% против 12,73 $\pm$ 3.17% ($P \leq 0,05$); а ГПТС соответственно 22,37 $\pm$ 2,01 % против 9,09 $\pm$ 2,74% ($P \leq 0,05$) (Таблица 4).

Анализ тяжести пародонтита по индексным показателям гигиены, воспаления и уровня воспалительно-деструктивного поражения показал

достоверное отрицательное влияние гипертонической болезни на уровень гигиены полости рта и состояние тканей пародонта.

Так, величина гигиенического ОНI-S индекса равная $3,01 \pm 0,14$ более чем в 2 раза превосходила соответствующие значение контрольной группы – $1,55 \pm 0,06$ ($P \leq 0,05$); о более глубоком поражении пародонта при гипертонической болезни свидетельствует величина индекса PI равная $4,11 \pm 0,18$ против $2,45 \pm 0,09$ в контрольной группе ($P \leq 0,05$); одновременно у пациентов с гипертонической болезнью установлена более высокая интенсивность гингивального воспаления (индекс РМА), соответствующие соотношения составили $48,32 \pm 2,01$ % против $27,81 \pm 1,07\%$ ($P \leq 0,05$); у пациентов с гипертонической болезнью также имелась более высокая кровоточивость: $2,89 \pm 0,13$ балла против $1,35 \pm 0,06$ баллов ($P \leq 0,05$); подвижность зубов – $3,01 \pm 0,14$ балла против $1,44 \pm 0,07$ баллов ($P \leq 0,05$) и глубина пародонтальных карманов $4,02 \pm 0,15$ мм. против $2,03 \pm 0,09$ мм. ($P \leq 0,05$) (Таблица 5)

Индексы	группы		P, достоверность
	Больные с гипертонией	контрольная группа	
ОНI-S	$3,01 \pm 0,14$	$1,55 \pm 0,06$	$0,05 <$
PI	$4,11 \pm 0,18$	$2,45 \pm 0,09$	$0,05 <$
РМА	$48,32 \pm 2,01$	$27,81 \pm 1,07$	$0,05 <$
Кровоточивость по Мюллерману	$2,89 \pm 0,13$	$1,35 \pm 0,07$	$0,05 <$
Подвижность	$3,01 \pm 0,14$	$1,44 \pm 0,07$	$0,05 <$
Глубина ПК, мм	$4,02 \pm 0,15$	$2,03 \pm 0,09$	$0,05 <$

Любая коморбидная соматическая патология потенциально способна оказывать отрицательное влияние на течение, тяжесть и исход стоматологических заболеваний. В патогенезе гипертонической болезни имеется много факторов, способных инициировать и усугубить течение заболеваний пародонта, в свою очередь, в настоящее время доказано, что заболевания пародонта являются существенным фактором риска многих сердечно-сосудистых заболеваний в том числе и гипертонии.

Высокая распространённость обеих патологий и их взаимоотношающее влияние делают актуальным изучение распространённости и интенсивности заболеваний пародонта у этого контингента больных.

Несмотря на вышеизложенное, клинико-статистических исследований характера проявления стоматологической патологии СОПР и пародонта у пациентов с гипертонической болезнью нами не обнаружено.

Настоящее исследование было посвящено клинической характеристике СОПР и пародонта у пациентов с верифицированным диагнозом гипертонической болезни сроком не менее 5 лет.

С этой целью были сформированы репрезентативные группы пациентов, при осмотрах полости рта и красной каймы губ использованы современные, патогенетически и клинически обоснованные методы исследования, адекватно отражающие распространённость и тяжесть поражения.

В результате проведенных исследований установлено, что

1. Распространённость заболеваний каймы губ, слизистой оболочки полости рта у больных гипертонической болезнью достоверно ($P \leq 0,05$) превосходит таковую лиц без заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2. Наличие гипертонической болезни усугубляет течение генерализованного пародонта и его распространённость: Так, ГПЛС обнаружен у $26,70 \pm 2,65\%$ больных гипертонической болезнью против $10,91 \pm 1,85\%$ в группе контроля ($P \leq 0,05$); соответствующие соотношения ГПСТ составили $20,40 \pm 3,11\%$ против $12,73 \pm 3,17\%$ ($P \leq 0,05$); а ГПТС соответственно $22,37 \pm 2,01\%$ против $9,09 \pm 2,74\%$ ($P \leq 0,05$)

3. Заболевания пародонта у больных гипертонической болезнью имеют более тяжёлое течение, что подтверждается достоверно более высокими значениями индексов гигиены, гингивального воспаления и деструкции пародонта, а также более высокой подвижностью зубов и кровоточивостью десен. Полученные результаты явятся основой для обоснования комплексных программ мониторинга и терапии стоматологических заболеваний у больных с гипертонической болезнью.

Список литературы:

1. Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Методические подходы к лечению заболеваний пародонта у пациентов с соматической патологией // Проблемы биологии и медицины. – 2019. - №3 (111). – С.211-224.
2. Gavkhar Nuriddinova Indiaminova, Tulkin Elnazarovich Zoirov. (2021). Improvement of Methods of Providing Dental Care for Children with Mental Delayed Development. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(01), 111-116.
3. G. N. Indiaminova, "Duration of orthodontic treatment in patients with dental jaw anomalies with removal and without removal of separate teeth" журнал биомедицины и практики №si-2 (2020) doi <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-si-2>
4. Gavkhar Indiaminova, Munisa Arzikulova "Improvement of methods of providing dental care for children with mental delayed development" журнал биомедицины и практики journal of biomedicine and practice №SI-2 (2020) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-SI-2>
5. Улучшение методов профилактики основных стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста и подростков International Journal of Innovative Research in Computer and Communication Engineering e-ISSN: 2320-9801, p-ISSN: 2320-9798 www.ijrcce.com Impact Factor: 7.542 Volume 9, Issue 6, June 2021 DOI: 10.15680/IJRCCE.2021.0906082



6. «Клиническая оценка состояния протезных конструкций у больных с частичной адентией» Якубова С.Р., Абдувакилов Ж.У. «Актуальные проблемы детской стоматологии» 2021 Стр-285-290.