

УДК 616.31:616.71-007.234

Д.А. Колісник, Ю.І. Силенко

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ ІЗ ОСТЕОПОРОЗОМ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія»

Останніми десятиріччями актуальною проблемою медицини стало збільшення кількості осіб у популяції з остеопорозом. У зв'язку з цим захворюванням нині залишається актуальним вивчення стану кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи в осіб жіночої статі в постменопаузальний період. Деякі автори показали (Мащенко І.С., 2004-2005; Мазур І.П., 2006), що у хворих з остеопорозом спостерігається розвиток хронічного генералізованого пародонтиту [1,2,3].

Між втратою зубів та віком простежується зв'язок, крім того, основна частина людей похилого віку вважає захворювання пародонта невід'ємною частиною старіння. На наш погляд, важливим фактором, який впливає на стан пародонта з віком, є зниження мінералізації кісткової тканини, що проявляється остеопенією та остеопорозом.

Для остеопорозу характерно зменшення кісткової тканини в одиниці об'єму кістки в порівнянні з нормальними показниками в людей аналогічної статі та віку, порушення мікроархітекtonіки кісткової тканини. Внаслідок цих змін відмічається збільшення ламкості кісток, зниження їхньої міцності, підвищується ризик прогресування резорбції альвеолярних кісток, особливо це стає актуальним за наявності дефектів зубних рядів і відновлення їх безперервності ортопедичними конструкціями.

Метою дослідження стало вивчення стану стоматологічного статусу жінок з остеопорозом у постменопаузальний період, яким було відновлено безперервність зубних рядів за допомогою мостоподібних протезів.

Матеріали, методи

Спостерігаємо за 50 жінками віком від 50 до 60 років, які звернулися за стоматологічною допомогою в стоматологічну поліклініку УМСА. У хворих, які були запротезовані мостоподібними протезами, вивчали: стоматологічний та парадонтальний статус за бальною оцінкою, стан опорного апарату зубів-опор мостоподібних протезів. Основною скаргою, яку пред'явили хворі, була поява рухомості зубів, що були опорою мостоподібного протеза. Термін користування протезом у середньому складав від 6 до 12 місяців. Із анамнезу на момент початку протезування опорні зуби не були рухомими, було відсутнє запалення пародонта.

Контрольну групу склали 10 жінок віком від 50-60 років без дефектів зубних рядів та з клінічно здоровим пародонтом.

Рентгеноморфометричний стан альвеолярного відростка оцінювали в балах згідно з рекомендаціями Мащенко І.С.[4].

За мінімальної активності остеопоротичний процес в альвеолярному відростку не перевищує 6 балів. Середнє значення індекса вище 9 балів вказує на наявність середньої та високої активності резорбтивного процесу в альвеолярному відростку (середня активність 7-13 балів; висока > 13 балів).

У всіх обстежених вивчали наявність дефектів зубних рядів, їхню кількість, кількість відсутніх зубів, гігієнічний індекс за Федоровим-Волдкіною, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), КПВ індекс, парадонтальний індекс (ПІ), стійкість капілярів (проба Кулаженко), визначення парадонтального статусу за бальною оцінкою [5].

Результати та їх обговорення

Нами виявлено серед обстежених жінок низький бал остеопорозу до 6 балів у 11 осіб, середній бал остеопорозу від 9-13 балів - 25 осіб, високий бал остеопорозу більше 13 балів - 14 осіб.

У всіх обстежених хворих ортопедичні конструкції (мостоподібні протези) відповідали клініко-лабораторним вимогам.

Клінічними дослідженням виявлено: незадовільна гігієна порожнини рота – 87%, у 74% - запальні процеси в пародонті, в 46% - ретракція ясенного краю з оголенням шийки та коренів зубів різних ступенів, розповсюдженість карієсу 100%, КПВ зростає з підвищенням ступеня остеопорозу, причому в структурі індексу відсутні $42,3 \pm 3,5\%$ зубів у 1 групі та $51,4 \pm 2,8\%$ і $59,2 \pm 3,1\%$ - у 2 і 3 групах. У 64% випадків виявлена горизонтальна та вертикальна стертість зубів.

Рентгенологічно: резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка відносно довжини кореня складала 20-30% у 1 групі, 25-45% - у 2 групі та 30-45% - у 3 групі.

Зубні відкладення, як під-, так і над'ясенні, виявляли в 94,3 % хворих, причому в II групі обстежених цей показник склав 81,5 %.

У групах обстежених нами виявлено, що кількість дефектів зубних рядів зростає з підвищенням індексу остеопорозу: так, на обстеженого в 1 групі складає 1,2, в 2 групі – 1,4, а в 3 – 2,65, а кількість відсутніх зубів - відповідно 2,42, 4,43, 6,18.

Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс мав достовірно різні значення в пацієнтів виділених груп. Аналіз клінічних даних свідчить, що в пацієнтів з остеопорозом були виявлені значні зміни індексних показників порівняно з 1 групою (таблиця 1). У цій групі спостерігали тенденцію до підвищення гігієнічного індексу, пацієнти характеризувалися достовірно більшою розповсюдженістю запальних процесів згідно з папілярно-маргінально-альвеолярним (РМА) і пародонтальним (П) індексами. Ступінь запальних явищ у яснах підтверджується і за допомогою проби на глікоген Писарева-Шіллера. При оцінці стійкості капілярів за Кулаженком було встановлено значне скорочення часу утворення

гематоми у всіх обстежених хворих. Зменшувалась функціональна цінність жувального апарату за рахунок появи рухомості зубів і осередків травматичної оклюзії.

Таблиця 1

Індексна оцінка стану зубів та пародонта обстежених

Показники, що вивчались	Стат. показ.	Клінічно здорові	Хворі з остеопорозом		
			1 група	2 група	3 група
Дефекти зубних рядів, кількість	M+m p1	0	1,2 0,09<0,01	2,3 0,11<0,01	2,5 0,1<0,01
Кількість зубів у дефекті	M+m p1	0	1,4 0,1<0,01	2,3 0,1<0,01	2,6 0,1<0,01
Гігієнічний індекс (бали)	M+m p1	0,3 0,01	2,6 0,1<0,01	2,8 0,13<0,01	3,2 0,14<0,01
Індекс РМА(%)	M+m p1	0	36,8 0,87<0,01	42,4 2,3<0,01	54,6 2,6<0,01
КПВ (У.од).	M+m p1	4,9 0,23	8,82 0,42<0,01	12,4 0,58<0,01	19,7 0,73<0,01
П I (бали)	M+m p1	0	2,6 0,14<0,01	5,2 0,19<0,01	7,8 0,17<0,01
Стійкість капілярів (с)	M+m p1	56,8 0,63	22,4 0,76<0,01	21,4 0,66<0,01	20,6 0,71<0,01

Примітка: p1- вірогідність показників між групою здорових і пацієнтів з остеопорозом.

При оцінці показників пародонтального статусу в обстежених групах пацієнтів ми виявили, що з підвищенням ступеня остеопорозу підвищується показник бальної оцінки (таблиця 2). При порівнянні цього показника між групами обстежених пацієнтів ми виявили його значне підвищення як у порівнянні з обстеженими зі здоровим пародонтом, так і в порівнянні між групами з остеопорозом.

Таблиця 2

Бальна оцінка стоматологічного статусу хворих з остеопорозом

Клінічні прояви	Пацієнти зі здоровим пародонтом	Хворі з остеопорозом		
		1 група	2 група	3 група
Колір ясен	-	5	20	14
Кровоточивість	-	5	19	14
Набряк	-	5	20	14
Ексудат	-	2	8	12
Абсцеси	-	-	-	-
Біль у яснах	-	4	19	12
Загальний стан (слабкість, температура)	-	-	-	-
Рухомість зубів	-	4	10	12
Пародонтальна кишеня	-	2	8	12
Травматичні вузли	-	3	14	10
Зубні відкладення	2	5	19	14
Проба Шіллера-Писарєва	-	5	8	12
Всього балів	2	40	145	126

Бали на хворого	0,1	3,6	5,8	9,0
-----------------	-----	-----	-----	-----

Висновки

У осіб з інволютивним остеопорозом щелепних кісток виявлені характерні клініко-лабораторні прояви, які свідчать про глибокі порушення обмінних процесів, що призводять до деструктивних та запальних процесів у пародонті. Ці зміни посилюються внаслідок травмування тканин пародонта ортопедичною конструкцією.

Отже, при протезуванні хворих з остеопорозом за наявності дефектів зубних рядів 3 та 4 класів за Кеннеді з використанням мостоподібних протезів виникає ускладнення, яке супроводжується підвищенням індексних показників стоматологічного статусу, бальної оцінки рухомості опорних зубів і зниженням функціональної цінності жувального апарату. В зв'язку з цим для профілактики ускладнень у цього контингенту хворих за наявності включених дефектів зубних рядів необхідно обирати більш раціональні методи протезування і проводити профілактичні заходи загального характеру, спрямовані на зменшення проявів остеопорозу.

Література

1. Мащенко И.С. О различии в механизмах развития пародонти та//Стоматология.-1990.-№ 1.-С. 29-31.
2. Мащенко И.С., Гущина В.И. Индивидуальный выбор иммуномодулирующих препаратов у больных с пародонтитом //Стоматология. -1987.-№ 5.-С. 29-31.
3. Мазур И.Г., Поворознюк В.В. Некоторые аспекты патогенеза резорбции альвеолярного гребня при генерализованном пародонтите //Пародонтология.-1999. -№3(13).-С.19-23.
4. Горб-Гаврильченко И.В. Особенности развития, клиники и лечения генерализованного пародонтита у женщин после овариоэктомии: Автореф. дис. ... к.мед.н.-Днепропетровск, 2006.

5. Силенко Ю.І. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікування генералізованого пародонтиту з використанням низькомолекулярних поліпептидних препаратів: Автореф. дис. ... д. мед. н.- Полтава, 2000.-34 с.

Стаття надійшла

14.08.2007 р.

Резюме

У осіб з інволютивним остеопорозом щелепних кісток виявлені характерні клініко-лабораторні прояви, які свідчать про глибокі порушення обмінних процесів, що призводять до деструктивних та запальних процесів у пародонті. Ці зміни посилюються внаслідок травмування тканин пародонта ортопедичною конструкцією.

Ключові слова: остеопороз, протезування, стоматологічний статус.

Summary

In persons with involution osteoporosis of the jaws bones there were marked the characteristic clinico-laboratory manifestations which testify to the deep violations of metabolic processes that lead to the destructive and inflammatory processes in parodontium. There changes are intensified at the expense of trauma of orthopedic construction of parodontium tissue.