

Особенности течения хронического гингивита на фоне хронических инфекционных заболеваний

Л.А. СОБОЛЕВА*, к.м.н., доцент

А.А. ШУЛЬДЯКОВ**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой

Н.В. БУЛКИНА*, д.м.н., профессор, зав. кафедрой

К.Х. РАМАЗАНОВА**, к.м.н., ассистент

Д.А. СРЕТЕНСКАЯ**, к.м.н., ассистент

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ

Clinic-pathogenetic aspects of gingivitis in patients with chronic infectious diseases

L.A. SOBOLEVA, A.A. SHULDYAKOV, N.V. BULKINA, K.Kh. RAMAZANOVA, D.A. SRETENSKAYA

Резюме

С целью изучения механизмов формирования и особенностей течения хронического гингивита у больных с хроническими инфекционными заболеваниями проведено обследование 45 больных с гингивитом на фоне ВИЧ-инфекции, хронического гепатита С, хронического бруцеллеза, 15 больных с гингивитом без инфекционной патологии и 45 больных с хроническими инфекциями без гингивита.

Установлено, что у больных хроническим гингивитом на фоне хронических инфекций развитие местной воспалительной реакции в пародонте характеризуется большей частотой, выраженностью и длительностью обострений. Ведущую роль в формировании клинических особенностей гингивита при коморбидности играет эндогенная интоксикация, обусловленная, в первую очередь, хроническими инфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: гингивит, ВИЧ-инфекция, бруцеллез, гепатит.

Abstract

With the purpose to study the mechanisms of formation and peculiarities of chronic gingivitis course in patients with chronic infectious diseases, the examination has been carried out of 45 patients with gingivitis on the background of HIV-infection, hepatitis C, chronic brucellosis; 15 patients with gingivitis without infectious diseases and 45 patients with infectious diseases without gingivitis.

It was determined that in the patients with gingivitis and chronic infectious diseases the development of local inflammatory reaction is characterized by increased frequency of recurrence of gingivitis with its prolongation. The endogenous intoxication which is caused primarily by the chronic infectious diseases, play the main role in the forming of clinical specificity of gingivitis in patients with co-morbidities.

Key words: gingivitis, HIV-infection, brucellosis, hepatitis.

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) неблагоприятно воздействуют на сердечно-сосудистую, пищеварительную, эндокринную системы, снижают устойчивость организма к действию микробной флоры и других факторов, приводят к обострению хронических заболеваний и нарушают баланс ключевых звеньев гомеостаза человека [1, 3]. Особенно актуален вопрос о ВЗП, включая пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ), у лиц с коморбидной патологией, в том числе с хроническими инфекционными заболеваниями (ХИЗ) [5-11].

За последнее десятилетие в России и в мире заболеваемость такими хроническими инфекциями как хронический гепатит С (ХГС), ВИЧ-инфекция, бруцеллез обладает устойчивой тенденцией роста [12]. И достаточно высокая частота хронического гингивита и хронической инфекционной патологии в человеческой популяции предполагает возможное развитие коморбидных состояний, но исследований особенностей течения и патогенеза ХГКГ у пациентов с ХИЗ практически не проводилось.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности течения и механизмы формирования ХГКГ у больных с хроническими инфекционными заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выявления особенностей развития ХГКГ на фоне ХИЗ инфекций сформированы следующие критерии включения в исследование:

1-я группа (15 человек) – больные женщины и мужчины ХГКГ легкой степени в возрасте 20-40 лет с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» в субклинической стадии;

2-я группа (15 человек) – больные женщины и мужчины ХГКГ легкой степени тяжести в возрасте 20-40 лет с ХГС минимальной степени активности;

3-я группа (15 человек) – больные женщины и мужчины ХГКГ легкой степени тяжести в возрасте 20-40 лет с установленным диагнозом «хронический бруцеллез (ХБ)», неактивная форма;

4-я группа (15 человек) – больные женщины и мужчины ХГКГ легкой степени тяжести в возрасте 20-40 лет без ХИЗ.

Дополнительно обследованы 45 больных с ХИЗ (ВИЧ-инфекция, ХГС, ХБ) в тех же клинических формах, что и в основных группах без признаков ВЗП для оценки роли эндогенной интоксикации (ЭИ) в развитии клинических особенностей ХГКГ при ХИЗ.

Критерии исключения: больные с другими формами ВЗП, острыми инфекционными заболеваниями, хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии обострения, онкологическими заболеваниями любой локализации, хроническим алкоголизмом, беременностью, период лактации.

В соответствии с классификацией, принятой XVI Пленумом Всесоюзного общества стоматологов (1983), устанавливался диагноз «хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести» [1, 3].

При постановке диагноза, оценке тяжести заболевания и эффективности лечебных мероприятий учитывались индексные параметры: индекс гигиены полости рта (ИГ, Greene J., Vermillion J., 1969), индекс кровоточивости (ИК, Muhleman H., Son S., 1971), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (ПМА, Parma C., 1960), пародонтальный индекс (ПИ, Russel A., 1967).

Врачом-инфекционистом в соответствии с действующими нормативными документами, классификациями и данными клинико-лабораторного и инструментального обследования выставлялся диагноз хронических инфекционных заболеваний.

Показатели субстанций средней молекулярной массы (ССММ) анализировали методом Габриэляна Н. И., Липатовой В. И. (1984), содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определяли при помощи преципитации полиэтиленгликолем. Состояние системы липопероксидации, отражающей, в том числе эндотоксикоз, оценивалось по уровню диеновых конъюгат (методика Гавриловой В. Б. и Мишкорудной М. И., 1983), активности супероксиддисмутазы (СОД) (методика Fried R., 1975).

Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью компьютера Pentium IV и пакетов программ для статистической обработки Microsoft Excel for Windows 4,0 (Microsoft Corp.) и Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинической картины у больных ХГКГ на фоне ХИЗ с учетом стоматологических индексов позволил констатировать, что практически по всем оцениваемым параметрам проявления гингивита на фоне сочетанной патологии были минимально более выраженными без существенных отличий от больных гингивитом без ХИЗ (таблица 1). Необходимо отметить, что выраженность клинических симптомов при ХГКГ легкой степени тяжести в целом соответствовала данным, которые приводят другие стоматологи [1, 3].

По данным диспансерного наблюдения, в течение года у больных с ВИЧ-инфекцией, ХГС, ХБ обострения ХГКГ отмечались существенно чаще, чем в группе пациентов без ХИЗ (таблица 1). При этом существенных отличий по частоте рецидивов ХГКГ между пациентами с различными инфекциями не выявлено. Длительность обострений ХГКГ у больных с ХИЗ была достоверно большей, чем у больных гингивитом без коморбидности без существенных различий в группах с ВИЧ, ХГС и ХБ.

У больных всеми формами ХИЗ уровень ССММ и ЦИК (таблица 2) был достоверно выше, чем в группе здоровых лиц. При ХГКГ без ХИЗ отмечалась тенденция к повышению ССММ и ЦИК, однако различия с группой контроля лиц были недостоверными. При сочетанной патологии показатели ССММ и ЦИК были достоверно выше в сравнении с группой контроля. Сопоставление данной группы с группой с ХИЗ без ХГКГ не выявило существенных различий (таблица 2), хотя явления эндогенной интоксикации (ЭИ) при коморбидных состояниях были более выраженными.

Анализ параметров МДА и СОД (таблица 2) в группе больных ХГКГ определил тенденцию к усилению окислительных процессов (МДА) и снижению антиоксидантного потенциала (СОД) в сопоставлении с группой здоровых лиц. Оценка показателей ЛПО среди больных с ВИЧ-инфекцией, ХГС и ХБ позволила установить статистически достоверное увеличение показателей МДА и снижение СОД в сравнении с группой здоровых лиц. В группе больных ХГКГ на фоне различных ХИЗ, МДА достоверно повысилась, а СОД снизилась в сравнении с группой здоровых лиц. Сравнение групп с коморбидностью с группой с ХИЗ без ХГКГ не выявило существенных различий (таблица 2), хотя дисбаланс ЛПО при коморбидных состояниях был более существенным.

На современном этапе одна из важных проблем практической медицины, включая стоматологию, – коморбидные состояния. Больные с ХГКГ имеют значительный удельный вес в структуре ВЗП, а патология пародонта может послужить триггером обострения ХИЗ [1, 3]. В свою очередь ХИЗ могут оказывать неблагоприятное воздействие на течение ВЗП [5-10]. При анализе выраженности клинических симптомов обострения ХГКГ легкой степени тяжести у больных с ВИЧ-инфекцией, ХГС, ХБ в сопоставлении с больными с ХГКГ без инфекций закономерно существенных отличий не выявлено, так как в исследование включались пациенты с одинаковым по тяжести рецидиву гингивитом. Однако в процессе диспансеризации было установлено, что неблагоприятный фон в виде ХИЗ оказывал негативное влияние на течение ХГКГ, увеличивая его частоту обострений. При этом суще-

Таблица 1. Стоматологические индексы, частота и длительность рецидивов ХГКГ у обследованных ($M \pm m$)

Группы Изучаемые показатели	ХГКГ на фоне ВИЧ-инфекции (n = 15)	ХГКГ на фоне ХГС (n = 15)	ХГКГ на фоне ХБ (n = 15)	ХГКГ (n = 15)
ИГ	2,64 ± 0,14	2,58 ± 0,17	2,72 ± 0,19	2,53 ± 0,16
ИК	1,47 ± 0,16	1,51 ± 0,21	1,53 ± 0,13	1,46 ± 0,14
ПМА	24,3 ± 1,2	24,5 ± 1,4	24,9 ± 1,5	24,1 ± 1,1
ПИ	0,69 ± 0,09	0,70 ± 0,04	0,71 ± 0,08	0,68 ± 0,07
Частота рецидивов ХГКГ, раз/год	1,93 ± 0,12*	1,89 ± 0,11*	1,92 ± 0,13*	1,43 ± 0,12
Длительность рецидивов ХГКГ, дни	9,90 ± 0,62*	9,50 ± 0,52*	9,60 ± 0,67*	7,20 ± 0,42

*различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой с ХКГ

Таблица 2. Параметры ЛПО и эндотоксикоза у обследованных ($M \pm m$)

Изучаемые показатели Группы	ССММ (опт. ед.)	ЦИК (усл. ед.)	МДА, (нмоль/мл)	СОД (усл. ед.)
Здоровые лица (n = 25)	0,26 ± 0,01	47,9 ± 2,7	2,82 ± 0,12	310,5 ± 20,5
ХГКГ (n = 15)	0,28 ± 0,01	54,1 ± 3,1	2,88 ± 0,11	298,5 ± 16,3
ХГКГ на фоне ВИЧ (n = 15)	0,36 ± 0,02*, **	80,4 ± 4,2*, **	4,25 ± 0,16*, **	253,1 ± 11,2*, **
ХГКГ на фоне ХГС (n = 15)	0,37 ± 0,02*, **	87,2 ± 4,3*, **	5,11 ± 0,17*, **	217,4 ± 12,3*, **
ХГКГ на фоне ХБ (n = 15)	0,37 ± 0,01*, **	102,3 ± 5,9*, **	3,40 ± 0,08*, **	231,3 ± 10,2*, **
ВИЧ-инфекция (n = 15)	0,34 ± 0,02*, **	79,8 ± 6,9*, **	4,16 ± 0,14*, **	256,3 ± 11,4*, **
ХГС (n = 15)	0,35 ± 0,02*, **	85,2 ± 4,4*, **	5,10 ± 0,24*, **	216,8 ± 10,2*, **
ХБ (n = 15)	0,36 ± 0,02*, **	101,2 ± 5,6*, **	3,23 ± 0,09*, **	237,9 ± 11,2*, **

*различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой контроля;

**различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой с ХКГ;

***различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении групп с соответствующими группами с ХИЗ

ственных различий в плане отрицательных эффектов на течение ХГКГ между группами с различными фоновыми инфекциями (ВИЧ-инфекция, ХГС, ЖБ) не выявлено.

Известно, что общим патогенетическим компонентом развития ХИЗ является синдром ЭИ, сопровождающийся дисбалансом ЛПО [2, 11, 13], поэтому и важна роль ЭИ в формировании клинических особенностей ХГКГ у больных с ХИЗ. Сопоставление параметров ЭИ, ЛПО в группах с инфекционными патологиями без ХГКГ, группой с ХГКГ без инфекций и группами с ХГКГ на фоне ВИЧ-инфекции, ХГС и ХБ позволило констатировать, что патогенетическим механизмом более частых и пролонгированных рецидивов ХГКГ на фоне различных ХИЗ служит именно синдром ЭИ, что необходимо учитывать при диспансеризации такого контингента пациентов.

Выводы

У больных ХИЗ (ВИЧ-инфекция, ХБ, ХГС) течение ХГКГ легкой степени тяжести характеризуется более частыми и длительными обострениями с сокращением ремиссии в сопоставлении с группой больных гингивитом без фоновых инфекционных заболеваний. Развитие ХГКГ у больных с ХИЗ происходит на фоне ЭИ, активации процессов ЛПО, снижения антиокси-

дантного потенциала, что обуславливает более высокую частоту обострений гингивита с уменьшением ремиссии, чем среди пациентов с гингивитом без сопутствующих инфекций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Данилевский Н. Ф., Борисенко А. В. Заболевания пародонта. – Киев: Здоровье, 2000. – 464 с.
- Danilevskij N. F., Borisenko A. V. Zabolevanija parodonta. – Kiev: Zdorov'e, 2000. – 464 s.
- Корякина Е. В., Белова С. В. Особенности патогенетических механизмов эндогенной интоксикации у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2001. №1. С. 21-29.
- Korjakina E. V., Belova S. V. Osobennosti patogeneticheskikh mehanizmlv jendogennoj intoksikacii u bol'nyh revmatoidnym artritom // Nauchno-prakticheskaja revmatologija. 2001. №1. S. 21-29.
- Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф. Заболевания пародонта. – Н. Новгород, 2000. – 158 с.
- Kurjakina N. V., Kuteпова T. F. Zabolevanija parodonta. – N. Novgorod, 2000. – 158 s.
- Ляпина Е. П., Шульдяков А. А., Сатарова С. А., Анащенко А. В., Царева Т. Д. Клинико-лабораторные показатели системного воспаления и эндотоксикоза в оценке активности инфекционного процесса // Клиническая лабораторная диагностика, 2009, №11. С. 20-23
- Ljapina E. P., Shul'djakov A. A., Satarova S. A., Anashhenko A. V., Careva T. D. Kliniko-laboratornye pokazateli sistemnogo vospalenija i jendotoksikoza v ocenke aktivnosti infekcionnogo processa // Klinicheskaja laboratornaja diagnostika. 2009. №11. S. 20-23.

5. Соболева Л. А., Осеева А. О., Шульдяков А. А., Булкина Н. В. Совершенствование терапии пародонтита у больных ВИЧ-инфекцией // Стоматология. 2010. Т. 89. №2. С. 26-28.

Soboleva L. A., Oseeva A. O., Shul'djakov A. A., Bulkina N. V. Sovershenstvovanie terapii parodontita u bol'nyh VICH-infekciej // Stomatologija. 2010. T. 89. №2. S. 26-28.

6. Соболева Л. А., Сякин Р. Р., Блинная Е. Н., Шульдяков А. А., Пичугина Л. М. Иммунотропная терапия пародонтита у больных с хроническими вирусными и бактериальными инфекциями // Стоматология. 2010. №3. С. 20-22.

Soboleva L. A., Sjakin R. R., Blinnikova E. N., Shul'djakov A. A., Pichugina L. M. Immunotropnaja terapija parodontita u bol'nyh s hronicheskimi virusnymi i bakterial'nymi infekcijami // Stomatologija. 2010. №3. S. 20-22.

7. Соболева Л. А., Сякин Р. Р., Блинная Е. Н., Шульдяков А. А., Пичугина Л. М. Клиническая и иммунологическая эффективность линимента циклоферона при пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2009. №2. С. 25-28.

Soboleva L. A., Sjakin R. R., Blinnikova E. N., Shul'djakov A. A., Pichugina L. M. Klinicheskaja i immunologicheskaja effektivnost' linimenta cikloferona pri parodontite // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2009. №2. S. 25-28.

8. Соболева Л. А., Хламова О. Г., Шульдяков А. А., Рамазанов К. Х. Воспалительные заболевания ротовой полости у больных с хроническими инфекционными заболеваниями – состояние проблемы на современном этапе // // Фундаментальные исследования. 2012. №5. С. 351-354.

Soboleva L. A., Hlamova O. G., Shul'djakov A. A., Ramazanov K. H. Vospalitel'nye zabolevanija rotovoj polosti u bol'nyh s hronicheskimi infekcionnymi zabolevanijami – sostojanie problemy na sovremennom etape // Fundamental'nye issledovaniya. 2012. №5. S. 351-354.

9. Соболева Л. А., Хламова О. Г., Шульдяков А. А., Лиско О. Б. Новые подходы в лечении воспалительных заболеваний ротовой полости // Фундаментальные исследования. 2012. №2. С. 358-362.

Soboleva L. A., Hlamova O. G., Shul'djakov A. A., Lisko O. B. Novye podhody v lechenii vospalitel'nyh zabolevanij rotovoj polosti // Fundamental'nye issledovaniya. 2012. №2. S. 358-362.

10. Соболева Л. А., Шульдяков А. А., Хламова О. Г., Романцов М. Г. Совершенствование терапии воспалительных заболеваний полости рта // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2011. №8. С. 41-44.

Soboleva L. A., Shul'djakov A. A., Hlamova O. G., Romancov M. G. Sovershenstvovanie terapii vospalitel'nyh zabolevanij polosti rta // Eksperimental'naja i klinicheskaja farmakologija. 2011. №8. S. 41-44.

11. Шульдяков А. А., Ляпина Е. П., Решетников А. А., Зубарева Е. В., Трубецков А. Д., Анащенко А. В., Евдокимов А. В. Особенности формирования органопатологии при хроническом бруцеллезе // Инфекционные болезни. 2011. №3. С. 49-52.

Shul'djakov A. A., Ljapina E. P., Reshetnikov A. A., Zubareva E. V., Trubeckov A. D., Anashhenko A. V., Evdokimov A. V. Osobennosti formirovaniya organopatologii pri hronicheskom brucelleze // Infekcionnye bolezni. 2011. №3. S. 49-52.

12. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1049 с.

Jushhuk N. D., Vengerov Ju. Ja. Infekcionnye bolezni: Nacional'noe rukovodstvo. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 1049 s.

13. Bone R. S. Sepsis, sepsis syndrome and the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) // JAMA. 1995. Vol. 273. №2. P. 155-156.

Поступила 9.10.2017

Координаты для связи с авторами:

410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, д. 112

В учебном пособии систематизированы, обобщены и подробно изложены основные понятия и термины в фотографии, представлены правила проведения портретной, внутриротовой и художественной съемки в стоматологии, рассмотрены аксессуары для проведения фотопротокола и оснащения фотостудии в условиях стоматологической клиники. Цена 500 рублей.



«Поли Медиа Пресс», 2017 год

тел.: (495) 781 2830, (499) 678 2161
E-mail: dostavka@stomgazeta.ru