

Куттубаева К.Б., Бухова А.В.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ БРУЦЕЛЛЁЗЕ
(собственные исследования)**

К.В. Kuttubaeva, A.V. Bukhova

**CHARACTERISTICS OF CLINICAL PRESENTATIONS
OF PARADONTIUM DISEASES DURING BRUCELLOSIS
(own researches)**

Куттубаева К.Б., Бухова А.В.

**БРУЦЕЛЛЁЗДУ ПАРОДОНТ ООРУСУНУН
КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ
(жеке изилдөөлөр)**

УДК: 616.7:7612.52-053.1

В данном исследовании у больных бруцеллезом выявлены характерные признаки поражения пародонта и СОПР. Их частота и характер в определенной мере зависят от давности заболевания бруцеллезом. Также, у больных бруцеллезом отмечаются признаки более тяжелого течения пародонтита, особенно у больных с длительным течением бруцеллеза.

Все это ставит вопрос о необходимости особого индивидуального подхода к лечению больных генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне бруцеллеза.

Ключевые слова: бруцеллез, болезни пародонта

In this research the specific characteristics of parodontium and oral mucosa affection were detected at patients with brucellosis. Their frequency and character in some degree depend on time period of brucellosis disease. Also the symptoms of more serious course of parodontium are noted at patients with brucellosis.

All this put a question about necessity of special individual approach to treatment of patients with generalized periodontitis progressed on the background of brucellosis.

Keywords: brucellosis, parodontium diseases.

Аталган изилдөөдө пародонтко жана СОПРга мүнөздөө өзгөчөлүктөр бруцеллез менен ооругандарга таандык экендиги аныкталды. Алардын тездиги жана мүнөзү бруцеллез оорусунун узактыгына байланыштуу болот. Ошондой эле бруцеллез менен ооругандар пародонтиттин оор түрүнө кабылат. Айрыкча мындай көрүнүшү бруцеллез менен узак убакыттан бери ооругандарга тийиштүү болот.

Жогоруда айтылгандардын баары бруцеллез менен ооругандардын генерализденген пародонтитин дарылоого өзгөчө мамилени талап кылат.

Негизги сөздөр: бруцеллез, пародонт оорулары.

Профилактика и лечение патологии тканей пародонта одна из актуальнейших проблем современной стоматологии из-за высокой распространенности тяжелого течения, неблагоприятного воздействия на организм человека в целом и малой эффективности существующих методов лечения. Особое

внимание следует обратить на патологии пародонта на фоне инфекционных и неинфекционных заболеваний, обуславливающих изменения реактивности организма и его метаболических процессов [Н.А. Колесова, 1985, И.С. Машенко, 1990]. При инфекционных заболеваниях интересным для практической и теоретической стоматологии представляется бруцеллез, который вследствие внутриклеточного расположения бруцелл имеет циклическое рецидивирующее течение с длительной персистенцией возбудителя и специфической сенсибилизацией организма [Е.С. Белозеров, 1985, Н.Д. Бек, 1986]. Длительное течение бруцеллеза усугубляет имеющиеся заболевания полости рта. Неповрежденная слизистая оболочка проницаема для бруцелл, а интенсивное кровоснабжение способствует распространению возбудителя.

В случаях реинфекции возможны более тяжелые поражения пародонта за счет предшествующей сенсибилизации организма.

Несмотря на то, что значимость рассматриваемой проблемы достаточно высока для Кыргызстана, в отечественной литературе она практически не рассматривается. Слабо освещена эта проблема и в зарубежной медицинской литературе. Лишь в единичных сообщениях К.В. Сомова [1949], Э.М. Берковского [1952], С.Н. Карленко [1954], Н.В. Мироненко [1984] описываются случаи поражения органов полости рта при бруцеллезе.

Именно поэтому изучение характера поражений пародонта у больных бруцеллезом представляет большой научный и практический интерес. Цель данной работы является клиническая оценка состояния тканей пародонта у больных бруцеллезом.

Нами были обследовано 40 больных бруцеллезом, в возрасте от 12 до 54 лет, находившихся на лечении в инфекционной больнице г. Бишкек. Контрольные группы составляли 20 больных. Из них 10 с поражением пародонта без сопутствующей фоно-

вой патологии, в возрасте 13-30 лет. 10 с поражением пародонта и с сопутствующей фоновой патологии, возраст данной группы составлял от 18 до 67 лет.

В результате исследования была выявлена патология тканей пародонта различной степени тяжести. Поражение пародонта наблюдалось у 61,25% пациентов, из них у 23,27% - генерализованный пародонтит, 27,5% - хронический катаральный гингивит. При обследовании определяли глубину пародонтальных карманов, степень деструкции межзубных перегородок альвеолярных отростков и ретракции десны, состояние слизистой оболочки полости рта, степень подвижности зубов, кровоточивость десен и пр. Диагноз ставился по данным вышеизложенного стоматологического обследования.

Таблица 1

Основные жалобы больных

Симптомы	Больные бруцеллезом	Контрольные группы	
		Без сопутствующих патологий	С сопутствующими патологиями
Кровоточивость десен	75%(40)	30%	70%(7)
Боль в деснах	55%(22)	—	60%(6)
Подвижность зубов.	37%(14)	—	20%(2)
Запах изо рта	62%(29)	40%	80%(8)
Сухость во рту	12%(5)	—	30%(3)
Боль в зубах	50%(20)	—	50%(5)
Чувство жжения	5%(2)	—	10%(1)

По данным клинических показателей (Индекс нуждаемости в лечении, гигиенический индекс и КПУ) выявлено, что исследование показало, что значения индексов СРITN, ИГ и КПУ достоверно превышали у группы больных бруцеллезом в сравнении с контрольной группой без сопутствующей патологии, в тоже время показатели СРITN и КПУ были ниже, чем у контрольной группы больных с сопутствующей патологии. (табл. №2)

Таблица 2

Индексы	Больные бруцеллезом	Контрольная группа №1 без сопутствующей патологии	Контрольная группа №2 с сопутствующей патологией
СРITN	1,69	1,26	2,025
ИГ	2,078	1,187	1,687
КПУ	5,695	4,87	5,695

При оценке клинических проявлений поражения пародонта и слизистой оболочки

полости рта при бруцеллезе было выявлено, что у больных обеих групп с одинаковой частотой наблюдаются патологические зубодесневые карманы у больных генерализованным пародонтитом на фоне бруцеллеза 92, 0%, в контрольных группах - у 90, 0% - в результате деструктивно-воспалительного процесса и повреждения зубодесневого прикрепления. Почти у всех больных бруцеллезом обнаруживался над - и поддесневой зубной камень, плотной консистенции от светло-коричневого цвета до темно-коричневого. Большое количество мягкого зубного налета. Следует отметить также, что с возрастом (>40лет) у больных бруцеллезом ухудшается клиническое состояние пародонта, встречаются более тяжелые формы пародонтита.

При объективном осмотре наиболее часто встречавшимся признаком поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта была кайма на десне (30%) ярко-красного или малинового цвета. Локализация, которой на десне имело 2 варианта:

1) полоса проходит по краю десны, в виде каймы, в области 3-5 зубов или всего зубного ряда; десна при этом отечна, имеет скошенный край.

2) Полоса шириной 3-4 мм располагается на середине от шеек зубов до переходной складки на протяжении всего зубного ряда; цвет темно-красный (малиновый).

По данным анамнеза появление этой полосы большинство больных отмечало с началом заболевания бруцеллезом или его обострением. Чаще всего кайма располагалась в области фронтальной группы зубов с вестибулярной стороны и в области моляров с язычной стороны. В зависимости от факторов местного механического раздражения наличие каймы не наблюдалось. У 10 % обследуемых больных наблюдалась атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и ретракция десневого края с обнажением корней зубов более 1/2 их длины. Атрофия десны, вероятно, обусловлена поражением симпатической нервной системы, которая встречается при локомоторной форме бруцеллеза. Неприятных субъективных ощущений больные не испытывали.

На слизистой оболочке десны у 15% больных бруцеллезом выявлены пузырьки (от 5 до 17 штук), размером от 3 до 5 мм в диаметре, которые возвышаются над слизистой оболочкой десны на 1-2 мм и располагаются обычно на слизистой оболочке десны с вестибулярной стороны в области фронтальной группы зубов. Болезненных ощущений у больных они не вызывали.

У 22.5% больных на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти и в подъязычной области выявлено афтозное поражение, напоминающее хронический

рецидивирующий афтозный стоматит. Одним из характерных признаков встречавшимся у больных бруцеллезом(4%), были пятна коричневого или красного цвета, которые располагались на слизистой оболочке щек или альвеолярной десны с вестибулярной стороны.

Неприятных ощущений они не вызывали. При локализованном пародонтите или гингивите без фоновой патологии характерных признаков выявленных как у больных бруцеллезом не наблюдалось. Наличие малиновой каймы зависело от тяжести воспалительных процессов в пародонте у больных ГП на фоне бруцеллеза.

Отсутствие данных симптомов у больных в контрольных группах дают основание рассматривать их как характерные проявления при бруцеллезе. Некоторые клинические симптомы, такие как глубокие до 5, 5мм пародонтальные карманы у больных бруцеллезом наблюдались чаще, чем у больных пародонтитом без бруцеллеза.

Атрофия альвеолярного отростка клиновидной формы у моляров верхней челюсти выявлено только у больных бруцеллезом с генерализованным пародонтитом. С увеличением сроков основного заболевания в пародонте возникают более тяжелые воспалительно-деструктивные нарушения, в том числе и у больных относительно молодого возраста.

Форма бруцеллеза не влияет на степень тяжести воспалительных изменений в пародонте, у больных как острым, так и хроническом бруцеллезом примерно с одинаковой частотой встречалась подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы, атрофия альвеолярного отростка.

Выводы. На основании полученных данных выявлено, что бруцеллез не оказывает влияние на частоту поражения пародонта. Однако следует отметить, что у больных бруцеллезом отмечается более тяжелое течение пародонтита, что характеризуется выраженной подвижностью зубов, атрофией альвеолярного отростка, глубокими пародонтальными карманами, что усугубляется при длительном течении бруцеллеза.

На основании полученных данных нами установлена необходимость особого индивидуального подхода к лечению и протезированию больных генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне бруцеллеза.

Литература:

1. Берковский Э. М. К морфологии слизистой полости рта и пульпы зуба при экспериментальном бруцеллезе у морских свинок. // Стоматология.-1952.-№4.-С.19-20.
2. Беликов П. П. Показатели микроциркуляторного гемостаза при заболеваниях пародонта. // .-1987.-№3.-С.22-24.
3. Блохин В. П. Клинико-иммунологические критерии прогноза течения и результатов лечения генерализованного пародонтита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва. - 1985
4. Борисенко Л. Г. Эффективность некоторых клинических индексов в определении состояния пародонта. // Стоматология. - 1992. - №1. - С.20-22
5. Боровский Е. В., Барер Г. М. Комплексное лечение пародонтологических больных. // Стоматология.-! 984.-№6.-С.76-78.
6. Боровский Е. В., терапевтическая стоматология// Стоматология.-2003.-№6.-С.76-78.
7. Данилевский Н. Ф., Колесова Н. А. Расстройства микроциркуляции в околозубных тканях при пародонтозе.// Стоматология.-1977.-№2.-0.21-25.
8. Карленко С. Н. Односторонний язвенный стоматит при бруцеллезном поражении правого тройничного нерва. // Врачебное дело.-1954.-№9.-С.839-840.
9. Колесова Н.А. Структурные основы дистрофических и воспалительных заболеваний пародонта. Автореф. Дис. д-ра мед. наук. Москва, 1985.
10. Мироненко Н. В. Инфекционно-аллергические проявления сосудистой патологии слизистой оболочки полости рта при бруцеллезе. Совершенствование стоматологической помощи сельскому населению. - Ставрополь.-1984.-С.62-64.
11. Машенко И. С, Помойницкий В. Г. Сущность понятий пародонтит и пародонтоз. Клинические и патогенетические критерии. Стоматология. Республиканский межведомственный сборник.-1988.-№23.-С.25-29.
12. Машенко И. С. О различиях в механизмах развития пародонтита. // Стоматология.-1990.-№1.-С.29-31.
13. Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Осипова М.В. Разработка рекомендаций по применению средств профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта на основе математического моделирования // Стоматология. - 2006, - №4. С. 14.
14. Сомов К. В. Изменения полости рта при бруцеллезе.//Стоматология.-1949.-№1-3.-С.18-21.
15. Pege R.C. et al. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. // Periodontology 2000. -1997.-Jun.-14:-P. 9-11.

Рецензент: к.м.н., доцент Курамаева У.К.