

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ

¹Камилов Х.П., ²Саидова Н.А., ²Курбонова Н.И.,¹Ташкентский государственный стоматологический институт,²Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии. В настоящее время наблюдается увеличение числа больных с воспалением мягких тканей пародонта с преобладанием в их структуре генерализованных форм гингивита и пародонтита (А.И. Грудянов, 2015; С.В. Трефилова, 2016; F.Loom, 2015; A. Hagman-Gustafsson, 2015). По данным ВОЗ более 80 % населения страдают заболеваниями пародонта, приводящих к потере зубов, появлению очагов хронической инфекции в полости рта, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации и других расстройств (Е.С. Довбнева, 2011; Л.Ю. Орехова, 2012, 2015; F.A.Roberts, 2014; M.A. Collins, 2015).

Ключевые слова: подростковый гингивит, гипертрофический гингивит, пародонтит.

CLINICAL MANIFESTATION OF HYPERTROPHIC GINGIVITIS IN ADOLESCENTS

¹Kamilov H.P., ²Saidova N.A., ²Kurbonova N.I.,¹Tashkent State Dental Institute, ²Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Inflammatory periodontal diseases remain one of the most pressing problems of modern dentistry. Currently, there is an increase in the number of patients with periodontal soft tissue inflammation with a predominance of generalized forms of gingivitis and periodontitis in their structure (A.I. Grudyanov, 2015; S.V. Trefilieva, 2016; F.Loom, 2015; A. Hagman-Gustafsson, 2015). According to WHO, more than 80% of the population suffer from periodontal diseases, leading to tooth loss, the appearance of foci of chronic infection in the oral cavity, decreased body reactivity, microbial sensitization and other disorders (E.S. Dovbneva, 2011; L.Yu. Orekhova, 2012, 2015; F.A.Roberts, 2014; M.A. Collins, 2015).

Keywords: adolescent gingivitis, hypertrophic gingivitis, periodontitis.

BALOG'AT YOSHIDAGI BOLALARDA GIPERTROFIK GINGIVITISNING KLINIK KO'RINISHI

¹Kamilov H.P., ²Saidova N.A., ²Kurbonova N.I.,¹Toshkent davlat stomatologiya institute, ²Buxoro davlat tibbiyot institute.

✓ Rezyume,

Periodont to'qimasidagi yallig'lanishli kasalliklar zamonaviy stomatologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda ulardan gingivit va parodontit shakllari ustunlik qiladigan periodontal yumshoq to'qimalarning yallig'lanishi bo'lgan bemorlarning ko'payishi kuzatilmoqda (A.I. Grudyanov, 2015; S.V. Trefilieva, 2016; F.Loom, 2015; A. Hagman-Gustafsson). JSST ma'lumotlariga ko'ra, aholining 80% dan ko'prog'i periodontal kasalliklardan aziyat chekmoqda, bu esa tishlarning yo'qolishiga, og'iz bo'shlig'ida surunkali infektsiya o'choqlarining paydo bo'lishiga, tana reaktivligining pasayishiga, mikrobial sensibilizatsiya va boshqa kasalliklarga olib keladi (E.S. Dovbneva, 2011; L.Yu. Orekhova, 2012, 2015; F.A. Roberts, 2014; M.A. Kollinz, 2015).

Kalit so'zlar: balog'at yoshi, gipertrofik gingivit, parodont kasalliklari.

Актуальность

Заболевания пародонта в последнее время приобрели значимость как общемедицинской, так и социальной проблемы (Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., 1999; Кирсанов А.И., Горбачева И.О., 2000; Хоменко Л.А., Чайковский Ю.Б., Савичук О.В. и соавт., 2010; Repelassi E., Tsarouchi D.E., Komboli M., 2011).

В детском возрасте в основном преобладают воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит). Согласно последним эпидемиологическим исследованиям распространенность заболеваний пародонта в детском возрасте высока: в 12 лет-34%, в 15 лет-41% (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н. и соавт., 2009).

У подростков воспалительные заболевания пародонта встречаются до 90% случаев. Развитие и течение заболеваний пародонта в этот период имеют свои осо-

бенности. В результате снижения уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов в пределах физиологической нормы усиливает симптоматику хронического гипертрофического гингивита, в присутствии факторов, усугубляющих его течение (мелкого преддверия полости рта, вертикальной резцовой дизокклюзии, тесного положения и аномалий положения отдельных зубов). Ювенильный гингивит может возникать у девочек за год-полтора до появления у них менструации.

Нередко гормональные гингивиты сопровождаются увеличением подвижности зубов, обусловленной остеопорозом костной ткани челюстей. При этом распространенность и интенсивность воспалительных реакций пародонта увеличивается с возрастом. Несмотря на совершенствование методов диагностики, заболевание чаще диагностируется в поздней стадии. Общеизвестно, что у подростков и лиц молодого возраста

ста течение воспалительных заболеваний пародонта отличается особенной агрессивностью и резистентностью к лечению (Безрукова И.В., Грудянов А.И., 2002; Мамаева Е.В., 2007). Несмотря на постоянное изучение данной темы, патогенез воспалительных заболеваний пародонта в детском и подростковом возрасте до сих пор во многом неясен. Общеизвестно, что в основе возникновения гингивита и пародонтита лежит воспалительная реакция, возникающая в десне вследствие патогенного действия микроорганизмов. Развивающееся воспаление принимает со временем хронический характер, рецидивирует и приводит в конечном итоге к деструкции зубодесневого соединения, периодонтальной связки, резорбции альвеолярной костной ткани (Барер Г.М., Лемецкая Т.Н., 1996; Иванов В.С., 1998; Возная И.В., 2005).

В детском возрасте в течение определенного периода времени основные структуры пародонта морфологически и функционально незрелы, что и определяет особенности течения воспалительных процессов (Абрамова О.Е., 2006; Водолацкий М.П., Павлов А.А., Некрасова А.А., 2011).

Воспаление тканей пародонта изменяет основные биохимические и иммунологические параметры характеризующие уровень воспалительного процесса, показатели деструкции тканей полости рта, степень эндогенной интоксикации, что позволяет использовать их в качестве маркеров состояния тканей пародонта и при оценке эффективности лечения (Вавилова Т.П. 2008; Данилова И.Г., Медведева С.Ю., Гетте И.Ф. и соавт., 2010). Исследование данных параметров при лечении заболеваний пародонта у детей и подростков весьма перспективно. Результаты исследований по вопросу этиологии и патогенеза заболеваний пародонта у детей и подростков различны, разносторонне изучена роль микробного, травматического, иммунного, сосудистого и иных факторов. Однако чрезвычайно важным в теории развития патологии пародонта является вопрос о соотношении внутренних и внешних факторов, на которые еще в 1903 г. указал Arckov. Этиологический фактор почти никогда не проявляет себя одним "специфическим виновником" и только одного определенного заболевания, он не просто воздействует на организм, а взаимодействует с ним.

Состояние и взаимодействие основных регуляторных систем организма, как и реакция на любое патогенетическое воздействие, не могут не влиять на состояние пародонта, приводя к деструкции тканей. При этом пародонт проявляет себя как высоко чувствительный индикатор функциональных и морфологических изменений в организме. Нарушения иннервации и кровообращения в пародонте создают благоприятные условия для развития заболеваний у подавляющего числа пациентов. При этом вегетативной нервной системе принадлежит интегрирующая роль в регуляции обменных процессов и непрерывной его настройке на постоянно меняющийся ритм. Между тем, этому звену до настоящего времени уделяется недостаточное внимание в стоматологии подросткового возраста.

В связи с этим, на сегодняшний день одной из актуальных проблем в клинической пародонтологии подросткового возраста является поиск принципиально новых подходов к разработке методов дифференциальной диагностики заболеваний пародонта, а именно оценке изменений в тканях пародонта в зависимости от состояния организма. Причем особенно актуальна диагностика состояний непосредственно предшествующих возникновению клинической картины заболеваний - функциональных (донозологических) состояний на грани нормы и патологии, при которых еще возможны обратимые изменения.

Вирулентность возбудителей болезней пародонта обусловлена комплексом факторов. Наиболее важными представляются следующие патогенные свойства.

Колонизация. В десневой борозде бактерии прикрепляются к эпителиальным клеткам и другим бактериям поддесневой зубной бляшки. Последующее распространение бактерий или их потомства может сопровождаться адгезией к тканям за пределами десневой борозды. Спирохеты под влиянием хемотаксиса могут достигать десневой борозды благодаря подвижности - функции их аксиальных нитей.

Инвазия. *P. gingivalis* и *A. actinomycetemcomitans* могут инициировать собственный захват десневыми эпителиальными клетками (не относимыми к фагоцитирующим клеткам). Интернализированные бактерии защищены от иммунной системы и могут влиять на ее эффекторные механизмы, например выработку цитокинов. Спирохеты и другие микробы проникают в ткани десны, вызывая их воспаление и повреждение.

Токсины. *A. actinomycetemcomitans* вырабатывают сильный лейкотоксин, убивающий нейтрофилы и моноциты человека (за счет спорообразования и индукции апоптоза). Бактерии могут "упаковывать" лейкотоксин в мембранные пузырьки, легко проникающие в ткани.

Ферменты и токсические метаболиты. Для получения питательных веществ - пептидов - *P. gingivalis* образует ряд протеолитических ферментов. Три протеазы разрушают также эффекторные молекулы иммунитета, структурные компоненты тканей и железо- или геминсодержащие молекулы. Образованные бактериями жирные кислоты могут подавлять деление клеток и хемотаксис нейтрофилов.

Факторы иммуносупрессии. *A. actinomycetemcomitans* образует токсин летального набухания клетки, который подавляет важнейшие функции лимфоидных клеток, например деление, а также образование антител и цитокинов.

Идет дальнейшая утрата соединительнотканых элементов и кости (под влиянием активности остеокластов). Вдоль соединительного эпителия в десневой борозде или десневом кармане нейтрофилы создают барьер, который считается первой линией защиты от микробов зубной бляшки. Действительно, дефициты функции нейтрофилов клинически проявляются ранним и тяжелым пародонтитом. При менее выраженных дефектах нейтрофилов также иногда отмечается ранняя и быстрая деструкция ткани пародонта.

донта. Однако функция нейтрофилов может быть не только защитной: при взаимодействии нейтрофилов с бактериями в тканях пародонта могут выделяться токсические вещества, способные повреждать клеточные компоненты пародонта. В деструкции ткани могут участвовать образующиеся иммунные комплексы.

Поскольку в возникновении заболеваний пародонта участвуют общие и местные факторы, коррекция нарушений метаболизма и функций при воспалительных заболеваниях пародонта должна носить комплексный характер и заключаться в использовании общих и местных лечебных мероприятий. Они включают противовоспалительное и противоаллергическое лечение ингибиторами циклооксигеназы (ацетилсалициловая кислота), введение антиоксидантных и остеотропных средств.

Некоторые авторы отмечают сокращение срока лечения больных заболеваниями пародонта после назначения комплекса прямых антиоксидантов, таких, как аскорбат, флюкулин, витамин Е. Существуют рекомендации относительно включения в комплексное лечение витаминов А, Е, К. Среди синтетических АО наиболее исследован дибунол (йодинол). Это нерастворимый в воде АО, поэтому парентеральное его введение невозможно, в клинике его применяют только местно. Дибунол, по данным некоторых авторов нормализует кровообращение в тканях пародонта, ингибирует ПОЛ, имеет слабые бактерицидные и иммуностимулирующие свойства, поэтому рекомендуется применять в пародонтологической практике для лечения гингивитов и пародонтитов легкой степени тяжести эффективные лекарственные формы дибунола: 5 % и 10 % линимента, аппликации и повязки, 10 % раствор для фонофореза. Существуют данные, согласно которым терапевтический эффект при лечении пародонтита оказывает прицетин в виде 20% геля, препарат растительного происхождения, относящийся к группе биофлавоноидов. Самый быстрый эффект был получен при лечении катарального гингивита и обострения хронического пародонтита легкой степени. Существуют также рекомендации отдельных исследователей об использовании для местной терапии гингивита антиоксидантного ферментного препарата, полученного из биомассы растительных клеток, содержащих каталазу, пероксидазу, фосфолипиды и микроэлементы.

По данным литературных источников известно, что положительная динамика клинических параметров при хроническом пародонтите наблюдалась уже на 2-3 сутки после лечения биологически активной добавкой на основе спирулинов и хлореллы, которые содержат антиоксидантные ферменты и каталазу, кофермент Q10. Подобную добавку ряд авторов использовали в виде аппликаций на десны 2 раза в день в течение 10 суток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Камиллов Х.П., Камалова М.К., Тахирова К.А. Применение МИЛ-терапии при лечении острого герпетического стоматита у детей. //Стоматология. 2017; 3: 67-69.
2. Караков К.Г., Соловьева О.А., Алфимова А.О., Хачатурян Э.Э., Мхитарян А.К. Лечение хронических генерализованных катаральных гингивитов с применением иммобилизованных препаратов в сборнике: актуальные вопросы современной медицины // Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием. Некоммерческое партнёрство "Инновационный центр развития образования и науки". Екатеринбург, 2014: 213-215.
3. Короткова А.П. Диагностическое значение стоматологического статуса и электролитного состава ротовой жидкости при неспецифических хронических гастродуоденитах у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. 2002; 1-2: 40.
4. Кружалова О.А. Хронический гингивит у подростков в период полового созревания : автореф. дис. канд. мед.наук / О.А. Кружалова; М., 2000; 21.
5. Лепехина О.А. Распространенность и особенности клинического течения гингивитов у школьников города Воронежа в различные возрастные периоды: Автореф. к.м.н. ?Воронеж, 2011; 24.
6. Масумова В.В., Булкина Н.В., Осипова Ю.Л., Савина Е.А., Александрова Е.А. Отдаленные результаты лечения хронических гингивитов Современные наукоемкие технологии. 2008; 3: 56.
7. Трифонов В.Д., Белякова Т.Д., Зубрицкая С.П., Шубин А.С. Ионный состав слюны как показатель моторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Русский медицинский журнал. 2003; 11(3): 97.
8. Мамаева Е.В. Применение ЛДФ в диагностике и оценке эффективности лечения заболеваний пародонта в детском возрасте //Журнал "Лазерная медицина" - М - 1999; 3(3-4): 49-52.
9. Атрушкевич В.Г. Состояние тканей пародонта в норме. Диагностика и лечение заболеваний пародонта при нарушении минерального обмена: Автореф. дис.... канд. мед.наук / В.Г. Атрушкевич. - М., 2010; 18.
10. Kiselnikova L., Boyarkina E., Pikilidi T., Zueva T., Alibekova A., Salkov E. State value of oral hygiene and periodontal tissues in children of Moscow // Abstracts of the 23rd Congress of the International Association of Paediatric Dentistry, Athens, Greece, 15-18 June 2011; 19.

Поступил 09.02. 2020