

УДК 616.314.17-002.1-036-07

## ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ПАРОДОНТИТОВ

Царинский М.М., Царинская Н.М.

*ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, e-mail: prst\_23@mail.ru*

В течение 5 лет анализ статистики более 700 пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом, прошедших в клинике обследование и лечение с учетом выявленных факторов риска, позволил увидеть ряд интересных закономерностей, учет которых предполагает проводить раннюю диагностику быстро прогрессирующего пародонтита и прогнозировать развитие процесса с высокой достоверностью.

Необходимо отметить, что при распределении пациентов по принадлежности к разным национально-этническим группам, наибольший процент среди обследуемых составили русские (37%), лица кавказской национальности (30%). Остальные являлись представителями других групп. Национально-этнические различия, а также территориальные признаки влияют на уровень иммуноглобулинов.

**Ключевые слова:** факторы риска быстро прогрессирующий пародонтит, фактор стресса, группа крови

## INNOVATIVE APPROACH TO STUDYING FAST-PROGRESSING PARODONTITIS

Tsarinsky M.M., Tsarinskaya N.M.

*Kuban State Medical University, Krasnodar, e-mail: prst\_23@mail.ru*

Within 5 years the analysis of statistics more than 700 patients from fast-progressing parodontitis which passed in clinic inspection and treatment taking into account the revealed risk factors allowed to see a number of interesting regularities which account assumes to carry out early diagnostics of fast-progressing parodontitis and to predict development of process with high reliability.

It should be noted that the allocation of patients belonging to different national and ethnic groups, the largest percentage among the surveyed amounted Russian (37%), Caucasians (30%). The rest were from other groups. National and ethnic differences, as well as territorial signs affect the level of immunoglobulins.

**Keywords:** risk factor, fast-progressing parodontitis, stress factor, blood type

Сегодня модель развития быстро прогрессирующего пародонтита (БПП) представляет собой интегральный механизм взаимодействия этиотропного фактора, патогенеза развития заболевания и клинических проявлений (схема 1).

Цель исследования: изучение факторов риска в развитии быстро прогрессирующих пародонтитов.

Все факторы риска (ФР) можно разделить на два типа: генетические и приобретенные. К первому типу относятся возраст, пол,

группа крови, наследственный тип личности, генетическая обусловленность, несостоятельность нейтрофильных гранулоцитов, врожденные биологические дефекты органного, клеточного уровней; структурно-функциональные особенности пародонта и генетическая несостоятельность механизмов защиты последнего. [2,4,6,7,8] Наличие этих факторов может определять наследственную предрасположенность и семейственность заболевания БПП.



К приобретенным факторам можно отнести психоэмоциональный стресс, вторичные иммунодефициты, обменные, соматические и психосоматические заболевания, беременность, травмы пародонта и травматическую окклюзию, а также набор социальных и экологических факторов (хроническое напряжение, социально-экономическая незащищенность и др.). Отмечено, что стресс может влиять на скорость распространения бактериальной инфекции [2,4,7,9].

Многие ученые считают, что БПП следует относить к группе таких общих заболеваний, как остеопороз, коронарно-сосудистые заболевания, ревматоидный артрит, сахарный диабет, обструктивные легочные заболевания, болезнь Бехтерева, некоторые

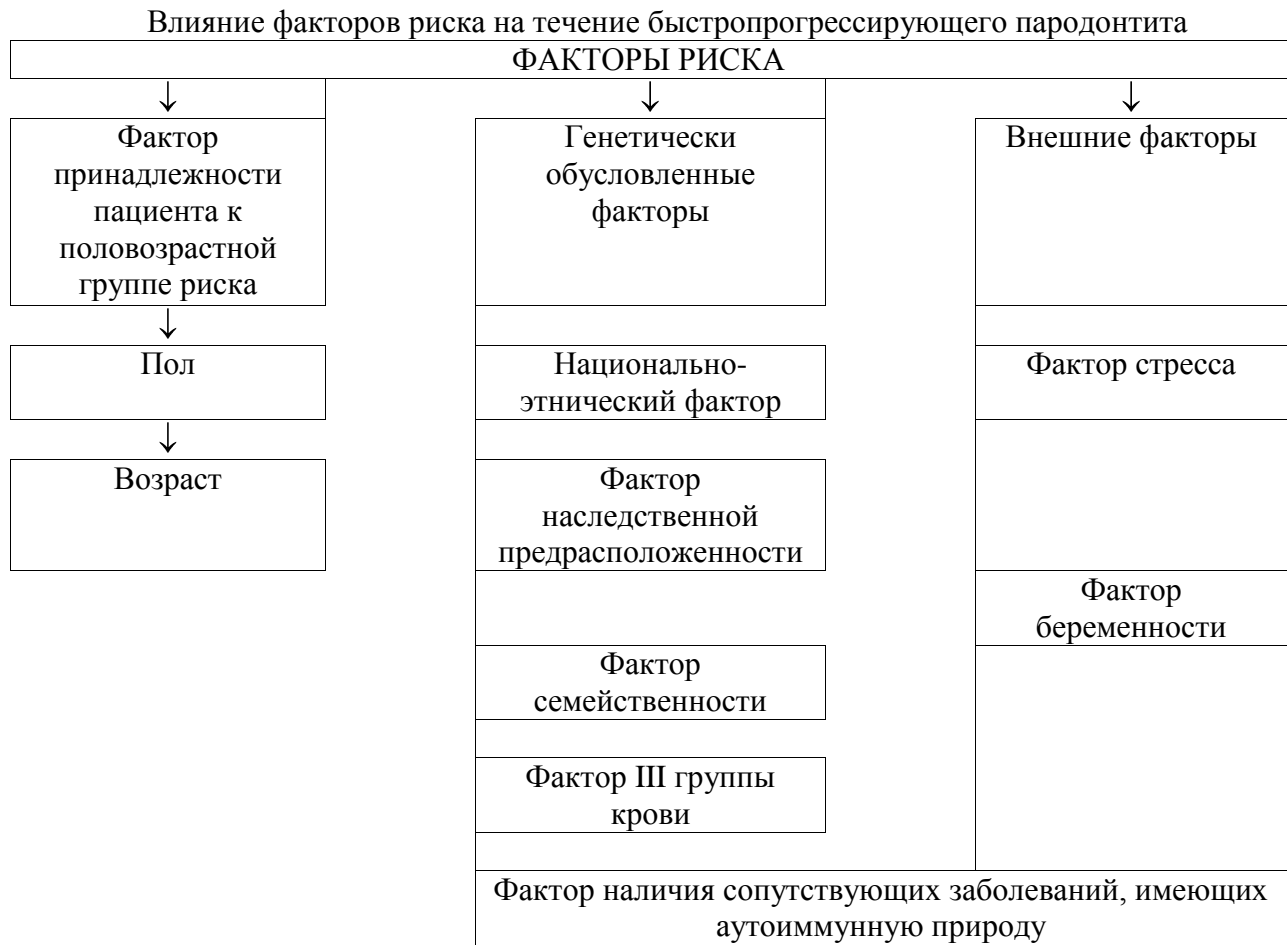
формы рака и другие. В генетической базе генома этих заболеваний имеется ряд значимых факторов: семейственность заболевания, средняя продолжительность жизни и раннее проявление начала заболевания в молодом и подростковом периоде. Многие генетические маркеры этих заболеваний обладают полиморфизмом, один из которых и определяет склонность к цитокинной биологической активности, что в клиническом проявлении ассоциируется с быстрым деструктивным процессом. В свою очередь, эти заболевания могут являться факторами риска при БПП и могут оказывать влияние на прогрессирующую потерю альвеолярной костной ткани [1,2,3,4,8,10].

Основные факторы риска, которые влияют на вероятность возникновения,

скорость развития и тяжесть течения патологического процесса, а также

длительность периода ремиссии, могут быть представлены в виде следующей схемы 2.

Схема 2



### Материалы и методы исследования

В течение 5 лет анализ статистики более 700 пациентов с БПП, прошедших в клинике обследование и лечение с учетом выявленных факторов риска, позволил увидеть ряд интересных закономерностей, учет которых предполагает проводить раннюю диагностику БПП и прогнозировать развитие процесса с высокой достоверностью.

Так, у 70 % пациентов отмечалась наследственная предрасположенность к данному заболеванию, 47% из них имели третью группу крови; около 30% имели сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, псориаз, красный плоский лишай, саркоидоз, эпилепсию (длительный прием противосудорожных препаратов). Трое мужчин на фоне обострения БПП в возрасте от 34-37 лет перенесли инфаркт миокарда, зафиксированный в кардиоцентре. При сборе анамнеза у женщин обращает на себя внимание тот факт, что около 30% из них отмечали начало заболевания или резкое ухудшение состояния на фоне

беременности, особенно на последних сроках, и в период грудного кормления. Из возрастных групп 16-25 лет и 25-35 лет около 70% пациенток связывали начало заболевания с пубертатным периодом, причем некоторые из них на фоне обострения БПП отмечали депрессию, высокую температуру в течение 2-3 дней, потерю веса. Подавляющее большинство пациентов (более 80%) отмечали начало заболевания или резкое ухудшение состояния на фоне перенесенного стресса.

Для оценки влияния факторов риска на развитие заболевания проводился анализ динамики состояния пародонта у пациентов с БПП в течение 5 лет, который показал, что вероятность возникновения существенно различается у пациентов с проявлениями генетически обусловленных и внешних факторов. Программа исследования включала в себя:

- Изучение частоты встречаемости факторов риска и их сочетаний у пациентов с БПП;
- Определение значимых зависимостей клинических показателей от факторов риска с помощью дисперсионного анализа и анализа таблиц сопряженности;
- Обобщение выявленных зависимостей и ранжирование факторов риска экспертным путем по

степени их влияния на вероятность возникновения БПП, тяжесть течения и скорость развития процесса, длительность периода ремиссии.

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено, что существует прямая зависимость между показателями клинических индексов и фактором стресса. Такие факторы как третья группа крови, сопутствующие заболевания,

принадлежность к определенной национально-этнической группе, наследственная предрасположенность, беременность увеличивают риск вероятности возникновения заболевания, влияют на тяжесть и скорость развития процесса.

Сводные данные о выявленных зависимостях клинических индексов от факторов риска приведены в таблице 1. Наличие значимой связи (по критерию  $\chi^2$ ) по итогам анализа сопряженности таблиц отмечено знаком (\*) (р.-от 0,95 до 0,99).

**Таблица 1**

Зависимость клинических признаков пародонтита от факторов риска и сопротивляемости

Фактор риска	ИГС	ГИ	Икр	ПИ	КП
Клинический индекс					
Возраст	*		*	*	*
Пол	*	*	*	*	
Стресс	*	*	*	*	*
Наследственная предрасположенность		*		*	*
III группа крови	*	*		*	*
Наличие сопутствующей патологии		*		*	*
Национально-этнический фактор			*	*	*
Беременность		*	*		*
Семейственность		*			*

### Заключение

Проведенный анализ ФР явился базой для разработки подхода к диагностике и прогнозированию развития БПП на основе групп риска. Алгоритм прогнозирования и оценки состояния пациента в зависимости от сочетания факторов риска строится вокруг анализа принадлежности пациента к той или иной группе факторов риска, которые могут быть описаны следующим образом.

В первую группу риска входят пациенты с генетически обусловленными факторами. Клиническая картина в этой группе может быть очень тяжелой, отличающейся частотой обострения и терминальностью в течение небольшого срока. В этих случаях традиционные методы лечения не приносят желаемого результата. Очень часто (до 70% случаев) у пациентов с БПП имеются

сочетания нескольких генетически обусловленных факторов.

Стратегия работы с пациентами этой группы должна быть направлена на раннюю диспансеризацию, оценку состояния местного и общего иммунитета (морфологическое, биохимическое исследование) и обязательных плановых наблюдений.

Вторая группа риска строится вокруг принадлежности пациента к определенной половозрастной группе.

Основной акцент при работе с данной группой риска должен быть направлен на разработку эффективной программы наблюдения, составления индивидуального плана комплексного лечения и превентивной терапии с учетом особенностей пола и возраста пациента.

Весьма продуктивной может стать разработка типовой программы диспансеризации здорового населения для каждой половозрастной группы.

Третья группа риска связана с влиянием стресса, беременности, наличия сопутствующей патологии. Стресс оказывает значительное влияние на все этапы развития заболевания, создавая неопределенность в прогнозировании.

Основное внимание при работе с третьей группой риска должно быть направлено на психологическую разгрузку пациента, создание программы аутотренинга, повышение заинтересованности пациента в результатах лечения.

Необходимо отметить, что социально-экономический и экологический факторы являются также очень важными в прогнозировании развития БПП. На их основе может и должна быть сформирована четвертая группа риска. Ее построение требует дополнительных исследований статистики встречаемости БПП на различных территориях России в тесной увязке с оценкой состояния экологических ниш на местах.

Таким образом, ФР представляют наибольший интерес с точки зрения вероятности возникновения и прогнозирования заболевания. Выявление генетического маркера повышенной вероятности развития БПП может иметь определенную ценность для ранней

диагностики, а также может являться основой для интегрального подхода к первичной профилактике данного заболевания.

#### Список литературы

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – С. 120-128, 136-154, 336.
2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 2008. – С.66-134, 224.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2003. – С.15-23.
4. Леонтьев В.К., Пахомов Г.И. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. –С. 319, 324-325.
5. Перова М.Д. Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления. – М.: Триада, 2005. – С. 57-62, 65-74, 312.
6. Янушевич О.О. и др. Стоматологическая заболеваемость населения России. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта. – М., 2008. – С. 167-185, 201-209, 228.
7. Arai H. Chihara et al., Periodontitis // J. periodontal. – 1996. – №67 (4). – P. 433-442.
8. Genco RJ . Ho AW et al. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease // Ann Periodontol. – 1998. – P. 288-302.
9. Taylor GW, Burt BA et al., Glycemic control and alveolar bone loss progression in type 2 diabetes // Ann Periodontol. – 1998. – P. 30-39.
10. Graes D.T., Cochran D. The contribution of interleukin – 1 and tumor necrosis factor to periodontal tissue destruction //J. Periodontal. – 2003. – Vol.74. – P. 391-401.