

УДК

**ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПЕЧЕНИ**

НАЗАРЯН Р.С.,

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии
и имплантологии, Харьков, Украина

ЕМЕЛЬЯНОВА Н.Ю.

ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков,
Украина

**FEATURE OF DENTAL STATUS OF PATIENT WITH
NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE**

NAZARYAN R.S.

Kharkiv national medical university, Department of pediatric dentistry, child
maxillofacial surgery and implantology, Kharkov, Ukraine

EMELYANOVA N.Y.

State organization "Therapy Institute named after L.T. Malaya of Ukrainian
Academy of Medical Sciences", Kharkov, Ukraine

РЕЗЮМЕ

В статье проанализированы отличия стоматологического статуса пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, имеющих избыточный вес, от соматически здоровых пациентов с нормальной массой тела. Показана необходимость во взаимодействии врачей-интернистов со стоматологами при лечении данной категории пациентов.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, метаболический синдром, индекс массы тела, заболевания тканей пародонта, профилактика

RESUME

The article analyzes the differences between dental status of patients with nonalcoholic fatty liver disease, are overweight, of somatically healthy patients with normal body weight. The necessity in conjunction with dentist internists with dentists in the treatment in the treatment of these patients.

Key words: nonalcoholic fatty liver disease, metabolically syndrome, body mass index, disease tissue of periodontal, prophylactic.

Изучение коморбидности заболеваний органов и тканей полости рта и соматической патологии все больше привлекает внимание ученых[2]. Известно, что все патологические процессы, протекающие в организме человека, сопровождаются нарушением иммунного, нейрогуморального, метаболического и минерального обмена и не могут не отражаться на мягких и твердых тканях ротовой полости.

В последнее время актуальным явилось изучение стоматологических нарушений при заболеваниях печени и желудочно-кишечного тракта, что связано с отчетливой тенденцией к увеличению количества больных с данной соматической патологией (бактериальные и вирусные инфекции, нерациональный прием лекарственных препаратов, неправильное и неполноценное питание и т.д.)[11]. Рядом проведенных исследований установлено, что наряду с указанными выше факторами не малую роль играют изменения жирового обмена в организме, основными проявлениями которого являются стеатоз печени (или жировая дистрофия печени) и неалкогольный (метаболический) стеатогепатит. Неалкогольная жировая болезнь печени рассматривается как одно из проявлений метаболического синдрома, включающего в себя ожирение,

гиперинсулинемию, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, артериальную гипертензию, атеросклероз, ишемическую болезнь сердца[3,6]. Проблема ожирения является одной из наиболее волнующих тем современной медицины, поскольку избыточный вес не только значительно снижает качество жизни, но и является предрасполагающим фактором в развитии основных хронических заболеваний [1,8]. Доказано, что ожирение и возникающий в результате него «метаболический синдром» делают пациентов более подверженными воспалительным заболеваниям, и могут являться предвестником заболеваний пародонта [7]. [Распространенность ожирения приравнивается к пандемии неинфекционного характера -20% населения всего земного шара [11].

Важную роль в метаболических процессах играет абдоминальная жировая ткань, которая способствует развитию и прогрессированию инсулинрезистентности и связанных с ней расстройств метаболизма [5,9,12].

Нарушение углеводного обмена при гиперинсулинемии способствует возникновению и развитию многих патологических процессов, в том числе и полости рта[4].

Большинство исследователей рассматривают пародонт как неотъемлемую составляющую целого организма и признают тесную патогенетическую связь между заболеваниями пародонта и заболеваниями печени.

Возникновению и прогрессированию заболеваний тканей пародонта способствуют множество факторов как местного, так и общего характера, вызывающие воспалительные процессы в тканях десны и снижение иммунного ответа организма. Бактерии, образующие биопленку на поверхности твердых тканей зубов, провоцируют организм, который отвечает на это локальной выработкой медиаторов, вызывающих воспалительные реакции в тканях пародонта[3]. Известно, что локальная выработка медиаторов воспаления являются частью реакции организма,

дополняющей слабо выраженное эндотоксическое воздействие системных медиаторов. Это означает, что воспалительные цитокины, вырабатываемые в жировой ткани, могут усиливать интенсивность воспаления в ответ на выработку местных медиаторов [7].

К сожалению, комплексные исследования и рекомендации по своевременному лечению стоматологических заболеваний у данной категории пациентов практически не освещены во встречаемой литературе.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы:

Обследовано 46 пациентов с верифицированным диагнозом неалкогольная жировая болезнь печени в возрасте от 35 до 55 лет, имеющие повышенный индекс массы тела (ИМТ) - от 27 до 31. Группа контроля была представлена 15 соматически здоровыми пациентами, репрезентативными по возрасту с нормальными значениями ИМТ (от 18 до 25). Из исследования исключались пациенты с эндокринным генезом ожирения, пациенты с аутоиммунным тиреозом, болезнью Иценка-Кушинга, сахарным диабетом по 2 типу.

Для оценки состояния полости рта после сбора анамнеза и уточнения жалоб осуществляли стоматологическое обследование: визуальная диагностика стоматологического статуса, зондирование, определение интенсивности и распространенности кариозных поражений зубов, гигиеническое состояние полости рта (упрощенный индекс Грина-Вермильона) и пародонтальный статус. Для количественной оценки клинических признаков воспалительной патологии десен применяли РМА по Parma %. Также определяли комплексный пародонтальный индекс по Леусу и индекс кровоточивости по Muchlemann. При необходимости пациентам проводилось рентгенологическое исследование.

Результаты исследования:

При стоматологическом опросе основной группы было установлено, что наиболее распространенной жалобой пациентов (в $100 \pm 1,47\%$) явилась кровоточивость десен: при чистке зубов и при приеме грубой пищи – 32 пациента ($69,5 \pm 1,22\%$), а 14 ($30,5 \pm 0,81\%$) пациентов этой же группы отмечали и спонтанную кровоточивость. Также $59 \pm 1,13\%$ пациентов данной группы отмечали боль в деснах, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Следует отметить, что лишь $27,0 \pm 1,34\%$ соматически здоровых пациентов отмечали жалобы на кровоточивость десен.

При определении показателя КПУ (К - кариозный, П - пломбированный и У - удаленный зуб) также были получены достоверные отличия при сравнении обеих групп. Так, у пациентов основной группы, индекс КПУ был в 4 раза выше, чем у соматически здоровых пациентов, что составляло 8,7 и 2,0 соответственно. Данный факт, по мнению некоторых авторов, может быть связан с нарушением фосфорно-кальциевого обмена и нарушением защитно-приспособительных механизмов, как на местном, так и на общем уровне [].

Гигиеническое состояние полости рта пациентов основной группы было оценено как плохое и соответствовало показателю 3,2, тогда как пациенты контроля имели средний показатель, соответствующий 0,7 ($p < 0,05$).

Стоматологическое исследование выявило высокую распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у пациентов основной группы, что подтверждалось индексными показателями. Так у 14 ($30,4 \pm 0,81\%$) пациентов воспалительные изменения в тканях пародонта были представлены генерализованными гингивитами, 17 ($37,0 \pm 0,9\%$) пациентов с генерализованными пародонтитами легкой степени тяжести, 7 ($15,2,0 \pm 0,57\%$) пациентов – с генерализованными

пародонтитами средней степени тяжести и 8 ($17,4 \pm 0,61\%$) пациента с тяжелой степенью пародонтита.

В отличие от больных основной группы, у соматически здоровых пациентов воспалительные заболевания пародонта встречались у 4 ($27,0 \pm 1,34\%$) обследуемых и были представлены генерализованными катаральными гингивитами.

Исследование стоматологического статуса позволило выявить закономерные патологические изменения в полости рта у данной категории пациентов ($p < 0,05$). У больных с неалкогольной жировой болезнью печени отмечается увеличение интенсивности и тяжести кариозного процесса, ухудшение гигиенического состояния полости рта, увеличение частоты встречаемости и тяжести заболеваний тканей пародонта по сравнению со здоровыми лицами.

В структуре стоматологических заболеваний преобладают изменения (повышение КПУ, воспалительные заболевания тканей пародонта), основным этиологическим фактором которых является зубная бляшка (биопленка), что может свидетельствовать о недостаточности домашнего гигиенического ухода у данной категории больных.

При разработке алгоритмов профилактики заболеваний твердых тканей зубов и воспалительных заболеваний пародонта, важно включать в нее механическое разрушение биопленки при помощи, как профессионального удаления зубных отложений, так и составления индивидуальных рекомендаций по уходу за полостью рта на дому, что особенно важно у данных пациентов.

Таким образом, патология печени является фактором риска развития и неблагоприятного течения заболеваний твердых и мягких тканей полости рта. Очевидно, что пациенты с данной патологией нуждаются в прицельном внимании не только врача-интерниста (терапевта, кардиолога) а и стоматолога, поскольку подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта на фоне заболеваний внутренних органов должны

строиться с учетом универсальных патогенетических механизмов развития сочетанной патологии.

Литература

1. Бутрова С.А., Дзгоева Ф.Х. Висцеральное ожирение — ключевое звено метаболического синдрома // Ожирение и метаболизм. — 2004. — № 1. — С. 10-13.
2. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю.орехова // Стоматология.-2004.-№3 .-С. 6-11.
3. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. / Л.М. Цепов - М.: МЕД-пресс-информ, 2006.
4. Инсулиновая резистентность и роль гормонов жировой ткани в развитии сахарного диабета: Пособие для врачей / И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Г.Г. Мамаева, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. — М., 2005. — 88 с.
5. Кузнецов Н.С., Кириленко Е.Н. Динамика показателей метаболического синдрома у больных гипертонической болезнью с нарушениями толерантности к углеводам при пролонгированной терапии эналаприлом / Матер. конф. «Експериментальна та клінічна ендокринологія, фундаментальні та прикладні питання» (10.02.2006). Харків, 2006.— С. 92—99.
6. Малижев В.О. Дисфункція жирової тканини як вирішальний чинник розвитку цукрового діабету 2 типу // Здоров'я України. — 2007. — № 10/1.
7. Пожарицкая М.М., Старосельцева Л.К., Симакова Т.Г., Кириенко В.В. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом // Стоматология, 2004.-N 6.-С.13-16
8. Сюрин А.А., Кузнецов Н.С., Смуглов Е.П. Ожирение и метаболический синдром: особенности патогенеза, диагностика, принципы лечения и профилактики // Крым.терапевт. журн.— 2008.— Т. 11, № 1.— С. 26—29.
9. Чубриева С.Ю., Глухов Н.В., Зайчик А.М. Жировая ткань как эндокринный регулятор // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11.- 2008.

10. Burrows R, Burgue Г M, Leiva L, Ceballos X, Guillier I, Gattas V, Lera L, Albala C. Cardiovascular risk and metabolic profile in obese children and adolescents with low insulin sensitivity // Rev Med Chil. - 2005. - Vol. 133(7). - P. 795-804.
11. Frederick I.O., Rudra C.B., Miller R.S. et al. // Epidemiology. -2006. - Vol. 17. - P. 428-434.
12. Sonnenberg C.E., Krakower G.R., Kissebab A.H. A novel pathway to the manifestations of metabolic syndrome // Obesity Research. — 2004. — 12(2). — 180-182.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Емельянова Наталья Юрьевна, кандидат медицинских наук, врач-стоматолог, ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков, Украина, тел. 095-619-01-62, e-mail-natadenta@gmail.com

Назарян Розана Степановна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии, Харьковский национальный медицинский университет, Украина