

12. Терегулова З.С. и др. Профессиональная и производственно-обусловленная заболеваемость у работников, занятых добычей руд цветных металлов //ActaBiomedicaScientifica. – 2009; 1: 34-49.
13. Трегубов И.Д., Болдырева Р.И., Михайленко Л.В. и др. Применение термопластических материалов в стоматологии - /Учебное пособие. М. «Медицинская пресса». – 2007; 140.
14. Фаршатова, Е.Р. Влияние металлов, содержащихся в медно-цинковых колчеданных рудах, на метаболизм костной ткани // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014; 9(4): 57-59.

Поступила 09.01. 2019

УДК 616.31-001

СОВРЕМЕННЫЙ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЗМОМ

Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н. Абдуллаев Ж.Р

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Бухарский медицинский институт.

Резюме

В детской терапевтической стоматологии одной из актуальных проблем является оказание высококвалифицированной стоматологической помощи детям с различными соматическими заболеваниями. Кариез зубов и его осложнения, воспалительные заболевания пародонта является одним из самых частых стоматологических патологий и занимают в структуре заболеваний человека одно из главных мест. Изучения с учётом современных инновационных технологи является актуальной проблемой в детской стоматологии.

Ключевые слова: детская терапевтическая стоматология. изучения с учётом современных инновационных технологи.

MODERN CONDITIONS OF THE PROBLEM OF DENTAL CARIES IN CHILDREN OF PATIENTS WITH RHEUMATISM

Daminova Sh.B. Kazakova N.N. Abdullaev J.R.

Tashkent State Dental Institute, 100047 Uzbekistan Tashkent Taraqqiyot 103,
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue

Resume

In pediatric therapeutic dentistry, one of the urgent problems is the provision of highly qualified dental care for children with various somatic diseases. Tooth decay and its complications, inflammatory periodontal diseases is one of the most frequent dental pathologies and occupy one of the main places in the structure of human diseases. Studying with modern innovative technologies is an actual problem in pediatric dentistry.

Key words: pediatric therapeutic dentistry. studies taking into account modern innovative technologies.

РЕВМАТИЗМА БИЛАН ОГ'РИГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА DENTAL KASALLIGI MUAMMOSINING HOZIRGI ZAMON SHARTLARI

Daminova Sh.B., Kazakova N.N. Abdullaev J.R.

Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Buxoro tibbiyot instituti.

Rezyume

Pediatrik terapevtik stomatologiyada turli xil somatik kasalliklarga chalingan bolalarni yuqori malakali stomatologik yordam bilan ta'minlash dolzarb masalalardan biridir. Tish parchalanishi va uning asoratlari, periodontal yallig'lanish kasalliklari eng tez-tez uchraydigan tish patologiyalaridan biridir va inson kasalliklari tarkibida asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Zamonaviy innovatsion texnologiyalar bilan o'rganish bolalar stomatologiyasida dolzarb muammo hisoblanadi.

Kalit so'zlar: pediatrik terapevtik stomatologiya, zamonaviy innovatsion texnologiyalarni hisobga olgan holda tadqiqotlar.

Актуальность

В детской терапевтической стоматологии одной из актуальных проблем является оказание высококвалифицированной стоматологической помощи детям с различными соматическими заболеваниями [8,10,12,13,15,27]. Кариес зубов и его осложнения, воспалительные заболевания пародонта является одним из самых частых стоматологических патологий и занимают в структуре заболеваний человека одно из главных мест [1,12,22,28].

Несмотря на имеющиеся достижения в стоматологической науке и практике, остается актуальным вопрос изучения состояния полости рта у пациентов с хронической стоматологической патологией, включая системные воспалительные заболевания соединительной ткани [8,9,10,15].

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, со сложным аутоиммунным патогенезом. Клинический проявляющийся в основном поражением суставов по типу прогрессирующей эрозивного артрита, симметрического характера. Также следуют отметить и системные проявления болезни с поражением кроветворной, сердечно-сосудистой и нервной систем, слюнных желез и др [3,5,7,9]. РА является полисиндромным

заболеванием и может поражать и челюстно-лицевую область, слюнные железа и поражение твёрдых тканей зубов, по типу прогрессирующего кариеса [1,2,15].

Ревматоидный артрит (РА) – одно из самых распространённых ревматических заболеваний с частотой встречаемости около 1% населения; заболевание отличается неуклонной инвалидизацией и полиморбидностью, а также до сих пор не всегда эффективной длительной терапией [1,3]. Последнее связывается с отсутствием эффективных подходов к лечению вследствие до конца неизвестных этиологии и патогенеза, отсутствием выверенных подходов к лечению. Полиморбидность и полисиндромность РА в значительной степени представлена существенными нарушениями минерального обмена, проявляющимися остеопенией и остеопорозом, существенно отягощающими симптоматику и течение РА. Здесь следует выделить ряд основных симптомокомплексов, присущих РА как полиморбидному заболеванию [1,3,26]. Поражение полости рта является нередким и значимым симптомокомплексом, известным из клинических описаний ряда авторов. В частности, многие авторы на ранних этапах исследований отмечали большую распространённость кариозных поражений зубов, нередкую бессимптомность течения кариеса и его осложнений, наличие по 2-3

кариозных полости в одном зубе [1,7,10]. Одной из первых изменения в полости рта при РА описала Т.Г. Гусейнова в 1972 году. Она отметила, что множественное поражение зубов у больных РА приводит к быстрому их разрушению и опустошению зубных рядов. Впоследствии эти наблюдения развили другие отечественные учёные : здесь стоит отметить труды М.В. Симоновой и В.М. Гринина. М.В. Симонова отметила взаимосвязь развития множественного кариеса зубов у больных РА от снижения функций слюнных желёз, в частности от нарушений состава и количества секретлируемой слюны [1,13,14]. В.М. Гринин рассмотрел многофакторный патогенез кариеса зубов , придавая значение воздействию факторов основного заболевания, поражению височнонижнечелюстного сустава (ВНС) и нарушению функции слюнных желёз [1,2,4,8]. Высокая распространённость и интенсивность кариеса зубов у больных РА нашли своё подтверждение и в более поздних работах (1,6,15). Довольно значимую роль в этом , по мнению многих из авторов , играет наличие поражения слюнных желёз, нередко сопутствующее РА и проявляющееся снижением количества секретлируемой слюны , её количественными и качественными нарушениями. Кроме того, ксеростомия вследствие недостаточной функции слюнных желёз, способствует повышенному нарастанию мягких и твёрдых на зубных отложений. С другой стороны, высокую распространённость и интенсивность кариеса зубов можно связать с существенным снижением реминерализующих свойств слюны в связи с резким нарушением минерального обмена у больных РА. По мнению других исследователей снижение самоочищения полости рта у этих больных может быть связано с нарушением коллоидных свойств слюны, снижением её антибактериальных и других защитных эффектов, а также следствием нарушений трофики тканей , нарушений обмена веществ, присущих РА. Ревматизм - хроническое воспалительное заболевания неизвестной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Отличие

изменения в полости рта у больных ревматизмом особенно в ротовой жидкости , что позволяет проводить раннюю диагностику. Другие авторы ведущую роль в развитии кариозных поражений придают нарушениям функции опорнодвигательного аппарата, в частности, суставов височнонижнечелюстных и кисти [1,2]. Основное их влияние в этом реализуется прежде всего через ухудшение гигиены рта и связанное с этим накопление зубных отложений , так как надлежащий уровень гигиены рта трудно осуществлять из-за плохой функции кистей или про плохом открывании рта, обусловленном поражением ВНС [1,27,29]. Кроме того, у больных РА с поражением ВНС отмечено преимущественное употребление мягкой рафинированной пищи, снижающей нагрузку на ВНС, но это не способствует самоочищению зубов. Отдельные авторы [1,6,14,15,30] полагают, что интенсивность кариозных поражений зубов при РА связана со значительными нарушениями минерального обмена, обусловленными как основным заболеванием, так и длительно, нередко пожизненно, применяемой кортикостероидной терапией, что приводит к развитию остеопороза и к усиленному выведению кальция из организма. Декальцинация твёрдых тканей зуба может быть связана с длительным применением как ударных (40-60 мг), так и поддерживающих (10-20 мг) доз глюкокортикостероидов, являющихся основным компонентом терапии при этом заболевании. Ряд авторов [23,24] увязывает это с изменениями слюны при РА и при сопутствующем ему Синдрома Шегрена(СШ), в частности. Установлено снижение иммуноглобулинов в слюне, лизоцима, а также корреляция между содержанием иммуноглобулинов классов А и М и степенью лимфоидной инфильтрации железистой ткани [18]. Другие авторы связывают патологию пародонта и твёрдых тканей зубов с состоянием микрофлоры рта [1,9,28,29,30]. Возрастание количества грибов рода *Candida* и оппортунистической микрофлоры , снижение в ротовой жидкости лизоцима и других защитных факторов - всё

это в конечном итоге влияет на уровень естественной резистентности тканей зубов, приводя к их деминерализации и к развитию кариеса. Характерное для РА бессимптомное течение кариеса отдельными авторами связывается с определённой гипореактивностью организма и, прежде всего, нервной системы, наступающей вследствие длительной гормональной (кортикостероидной) терапии у этих больных. Учитывая эту особенность, всегда надо помнить о частом развитии скрыто протекающих очагов одонтогенной инфекции у больных РА, их тщательном поиске и своевременном лечении. Авторы указывают на высокую интенсивность кариеса зубов при РА (до 17,4 зубов), более чем в 1,5 раза превышающую аналогичные возрастные значения у соматически здоровых лиц (5). Анализ интенсивности кариеса у больных РА показал её зависимость от характера течения и степени активности основного заболевания.

Связь ревматизма со стоматологическими заболеваниями установлена и доказана клинко- лабораторными наблюдениями. Ревматический процесс проявляется дезорганизацией соединительной ткани, белково- углеводных комплексов и приводит к нарушению обмена, который следует рассматривать как один из важнейших патогенетических факторов в развитии структурных изменений твёрдых тканей зуба.

По мнению других авторов [10,12,14,20] распространенность и интенсивность кариеса при ревматизме не превышает таковые у здоровых детей, но есть существенное качественное отличие: обилие декальцинированной ткани в патологическом очаге, отсутствие тенденции к ограничению процесса, большое количество мест новых пятен, и локализация кариесе в области иммунных зон зуба; преобладание осложнений кариеса. Осложнения кариеса нередко развиваются а реактивно, возникая даже при средней глубине кариозной полости. Электровозбудимость интактных зубов снижена. Характерно отсутствие острых форм воспаления пульпы и периодонта, вялое

течение стоматитов. Это связано как с основным заболеванием, так и с тем обстоятельством как терапия маскированная антибиотиками и глюкокортикоидами [1,4,10,16].

Исследования позволили существенно образом дополнить и расширить представления о патогенезе кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями. Установлено, что интенсивность кариеса зубов при ревматоидном артрите имеет многофакторный генез (в части факторов, обусловленных основным заболеванием) и определяется, прежде всего, наличием сопутствующего поражения слюнных желёз в виде СШ. Меньшее значение имели тяжесть сопутствующей суставной патологии, характер течения и степень клинко- лабораторной активности ревматического заболевания. Стало совершенно очевидным, что влияние последних факторов реализовывалось через суставной статус и наличие у больных сопутствующего СШ, поскольку ранее было доказано, что прогрессирование суставной деструкции при РА в значительной мере зависит от характера течения и клинко- лабораторной активности заболевания, а СШ преимущественно сочетается с хроническим течением и 2 или 3 степенью активностью РА [2,4,11]. При этом не всегда разделяется мнение авторов [14,22], полагающих обусловленность высоких значений КПУ при РА одним лишь влиянием СШ. По их мнению, генерализованный характер кариозной патологии при РА является следствием влияния сочетания нескольких факторов: плохой гигиены рта, обусловленной стойким поражением ВНС и суставов рук, снижением самоочищения в полости рта из-за нарушений коллоидных функций слюны, снижением антибактериального и защитного действий слюны, а также следствием трофических расстройств и нарушений обмена веществ из-за самого ревматического заболевания.

Ревматоидный артрит (РА)- системное заболевание аутоиммунного генеза, с преимущественным поражением соединительной ткани и существенных

нарушением обмена веществ, одно из наиболее распространенность ревматических заболеваний, в короткие сроки приводящие к ранней инвалидизации и смерти больных. Значительную роль в развитии этой болезни играют хронические очаги, в том числе и одонтогенные инфекции вызывающие стойкую сенсibiliзацию организма и извращение иммунного ответа (Симонова М.М., 2001, Бикин В.М., 2006). При этом наблюдается значительное снижение антибактериального иммунитета, поражения соединительной ткани, нарушение минерального обмена вплоть до остеопороза. В этой связи большое значение для пациента и для успешного лечения РА играет полноценная санация хроничесептических очагов. Многочисленных литературные исследования, свидетельствуют о повышенной поражаемости кариесом зубов больных РА, о бессимптомной течение пульпит и периодонтит, частых рецидивов одонтогенной инфекции, низкой эффективности её лечения [13,15,16]. Всё это

позволяет поставить интенсивность кариеса зубов при РА в патогенетическую связь с основным заболеванием. Вместе с тем, установленное влияние суставной патологии на интенсивность кариеса зубов у больных РА было опосредовано через стойкое нарушение функции суставов. Последний фактор надо поставить в патогенетическую связь с уровнем гигиены полости рта, который, как известно, оказывает значительное влияние как на развитие кариозной патологии твёрдых тканей зуба, так и на формирование воспалительной патологии пародонта у больных РА.

Однако подобные исследования не систематизированы, и до настоящие времени отсутствует четкие данные о стоматологической заболеваемости детей ревматизмом. В Узбекистане не обнаружилось научное исследования и публикации о состоянии органов полости рта при ревматической болезни у детей, что обуславливает необходимость проведения углубленных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авакова Д.Р., Митронин А.В., Торопцова Н.В., Еркянян И.М., «Кариес зубов у больных ревматоидным артритом. Современное состояние проблемы» // Вестник Национально-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. Клиническая медицина 2011. №1 С-143-145.
2. Андрианова Н.А., Амирджанова В.Н. «Оценка функционального статуса и определение инвалидности при ревматоидном артрите» // Научно-практическая ревматология, 2007. №2 С-12-15.
3. Гринин В.М., Караханян В.Т., Адилханян В.А. «Характеристика поражения височно – нижнечелюстного сустава на ранних стадиях ревматоидного и псориатического артритов» // Стоматология, 2010, Т.89, № 3,- С. 48-51.
4. Гринин В.М., Ковалёва Л.С. «Ревматические заболевания : социально- гигиенические аспекты» // Врач, 2014, № 7,- С. 67-69.
5. Гринин В.М., Максимовский Ю.М., «Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава» // Стоматология, 1998, Т. 77, № 5,- С. 19-23
6. Гринин В.М., Скворцова А.А., Джанаев Т.И., Гришкян А.Р., Ашууров К.И. « Факторы влияющие на интенсивность кариеса зубов при ревматоидным артритом» // Стоматология для всех, 2007, №4 – С-16-19
7. Гринин В.М., Скворцова А.А «Состояние зубов у больных серопозитивным ревматоидным артритом» // Дентал- форум, 22011, т. 38, № 2 – С. 58-59
8. Гринин В.М., Скворцова А.А «Факторы влияющие на поражаемость кариеса зубов и его осложнениями у больных ревматоидным артритом» // Стоматология для всех, 2011, №1 – С-30-31
9. Гринин В.М., Скворцова А.А «Факторы влияющие на поражаемость кариеса зубов и его осложнениями у больных ревматоидным артритом» // Стоматология для всех, 2011, №1 – С-30-31
10. Гришкян А.Р. «Особенности оказания терапевтической помощи больным ревматоидным артритом» Авт. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н М-2018- 23 с
11. Джанаев Т.И. «Особенности стоматологической заболеваемости больных ревматоидным артритом, сочетающимся с синдромом Шегрена» Авт. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н М-2008- 24 с
12. Лебедеко И.Ю., Гринин В.М., Абдуллаев А.А «Нарушения функции ВНЧС у больных страдающих ревматоидным артритом» // Стоматология , 2002, №6, -С-41-44
13. Леонтьев В. К., Кисельникова Л.П. « Детская терапевтическая стоматология » Национальное руководство- М: ГЭОТАР- Медиа, 2016, -С-116-118

14. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т. Г. «Интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями» // Научно- практическая ревматология, 2001, № 3, -С-104-106.
15. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т.Г « Клинические факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями» // Стоматология, 2002, Т.81, -С. 15-19.
16. Скворцова А.А « Особенности лечение хронического пародонтита у больных ревматоидным артритом» Авт. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н М-2014- 24 с
17. Гринин В.М., Скворцова А.А « Особенности развития кариеса зубов и его осложнений у больных ревматоидным артритом» Российская стоматологический журнал, 2011, № 2, -С-17-19.
18. Kumar P.S “From focal sepsis to periodontal medicine : a century of exploring the role of the oral micobiome in systemic disease ”. // J Physiol . 2007 Jan 15, 595 (2) : 465-476
19. Arneberg P, Bjertness E, Storhaug K, Glennas A, Bjerkehoel F “Remaining teeth, oral dryness and dental health habits in middle- aged Norwegian rheumatoid arthritis patients” // Community Dent Oral Epidemiol/ 1992 Oct, 20 (5): 292 -6. 146 Вестник Национального медико – хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2018, т. 13 .№ 1 Авакова Д.Р., Митронин А.В., Торощова Н.В., Ерканян И.М
20. Chopra M, Jadhav S, Venugopalan A, Hegde V, Chopra A “ Salivary immunoglobulin A in rheumatoid arthritis with ocu on dental caries : a cross – sectional study” Clin Rheumatol. 2012 Feb: 31(2): 247-50
21. Helenius L.M, Meurman J.H, Helenius I, Kari K, Nietanen J, Suuronen R, Hallikainen D, Kautiainen H, Leirisalo- Repo M, Lindqvist C “Oral and salivary parameters in patients with rheumatic disease ” // Acta Odontol Scand 2005 Oct : 63 (5), 284-93
22. Hitchon C.A, Chandad F, Ferucci E. D, Willemze A, Loan Facsinay A, van der Woude D, Markland J, Robinson D, Elias B, Newkirk M, Toes R.M , Huizinga T.W, El-Gabalawy H.S “ Antibodies to porphyromonas gingivalis are associated with anticitrullinated protein antibodies in patients with rheumatoid arthritis and their relatives” // J Rheumatol. 2010 June; 37 (6): 1105-12
23. Kramer J.M “ Current concept in Sjogren’s syndrome and considerations for the dental practitioner” //N Y State Dent J 2015 Jan ; 81 (1): 24-9
24. Lu M.C, Jheng C.H, Tsai T.Y, Koo M, Lai N.S “Increased dental visits in patients prior to diagnosis of primary Sjogren’s syndrome: a population – based study in Taiwan ” // Reumatol Int 2014 Nov; 34(11); 1555-61
25. Russel S.L, Reisine S “Investigation of xerostomia in patients with rheumatoid arthritis ”// J Am Dent Assoc 1998 Jun; 129(6;) 733-9
26. Sardenberg F, Goursand D, Polleto L. T, Vale M.P, Zarzar P.M, Paiva S.M” Oral manifestations and treatment of a child with Sjogren’s syndrome” // J Dent Child Chic 2010 May-Aug; 77(2): 102-5
27. Seo D.G , Kim J, Lee C.Y, Park S. H “Diagnosis of Sjogren’s syndrome from a xerostomia case accompanied by multiple dental caries ”// Oper Dent 2009 May- June 34 (3); 354-64/ doi ; 10. 2341/ 08-71
28. Silvestre –Rangil J, Bagan L, Silvestre F. J, Bagan J.V “Oral manifestation of rheumatoid arthritis” A cross- sectional study of 73 patients . // Clin Oral Investig. 2016 Dec; 20 (9); 2575-2580
29. Willershausen B, Kasaj A “ Oral hygiene, prophylaxis and therapy in patients with inflammatory rheumatic disease ” // Z Rheumatol. 2010 M ; 69(2): 117-20, 122-3
30. Xin X, Junzhi H, Xuedong Z “ Oral microbiota : a promising predictor of human oral and systematic disease ” // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi 2015 Dec; 33(6); 55-60

Поступила 09.02. 2020