

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОЯВУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА НЕРВОВУ АНОРЕКСІЮ

Л.Л. Решетник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова:

генералізовані захворювання пародонта, генералізований пародонтит, гіперчутливість сповільненого типу, нервова анорексія, остеопороз.

Буковинський медичний вісник. Т.24, № 1 (93). С. 115-120.

DOI:

10.24061/2413-0737.XXIV.1.93.2020.16

E-mail: reshetnik.

lujdmila@gmail.com

Резюме. Генералізовані захворювання пародонта (ГЗП) — одні з поширених стоматологічних захворювань, які посідають значне місце в структурі хвороб людини, що досягає 60–90%. Це певною мірою зумовлено як складністю розуміння етіопатогенетичних механізмів розвитку ГЗП, так і високою асоціацією їх із низкою захворювань внутрішніх органів і систем із спільними точками дотику взаємозумовленості та взаємовпливу, зокрема з нервовою анорексією (НА). Останнім часом частота НА суттєво збільшилась і становить серйозну державну, соціальну, психологічну і медичну проблему. При НА відбуваються наявні серйозні зміни з боку осі гіпоталамус — гіпофіз — амигдали, статевих та щитоподібної залоз, які спонукають зниження метаболізму тиреоїдного гормону, викликають гіпоестрогенію, гіпогонадизм, вторинний гіперпаратиреоз, гіперкортицизм, що потенціюють розвиток та особливості прояву ГЗП у хворих на НА.

Мета роботи — встановити особливості конфігурації генералізованих захворювань пародонта і їх клінічних проявів у форматі базисних характеристик нервової анорексії.

Матеріал і методи. Використані клініко-рентгенологічні, імунологічні, аналітичні та статистичні методи. Об'єктом були 75 пацієнтів із ГЗП, при НА, віком 18–36 років (середній вік $26 \pm 3,8$), які склали основну групу (О), та 60 хворих на ГЗП без ознак анорексії аналогічного віку — група порівняння (П). Для детального аналізу особливостей клінічного прояву ГЗП у хворих на НА всі пацієнти основної (О) і порівняльної (П) груп були розподілені на декілька підгруп. О1 підгрупа — пацієнти з різними формами гінгівіту. О2 підгрупа представлена пацієнтами з генералізованим пародонтитом (ГП) при НА як базовій патології. Порівняльна (П) група включала в себе дві підгрупи (П1), (П2) з різними формами гінгівіту та ГП відповідно.

Результати. Діагностована висока частота ГЗП, досягаючи 100%, включаючи як самостійні захворювання м'яких тканин пародонта, так і всіх складових пародонтального комплексу, що притаманна всім віковим групам і змінювалася з віком пацієнтів, тривалістю НА та її стадій. Серед самостійних форм гінгівіту найбільш поширеним був хронічний катаральний маргінальний гінгівіт ($86,7 \pm 8,8\%$), з окремими випадками загострення на тлі переважної відсутності скарг з поодинокими проявами агравації, складністю психологічного союзу. ГП переважно I-II ступеня, хронічного перебігу превалював над іншими формами ГЗП ($80 \pm 4,6\%$). Рентгенологічно у всіх хворих незалежно від ступеня тяжкості ГП притаманно розширення періодонтальної щілини і остеопороз кісткової складової пародонтального комплексу, горизонтальний тип резорбції. Не простежувались переваги і пріоритети різних сегментів ураження пародонтального комплексу у хворих на НА. Для всіх пацієнтів із ГП фіналізований високий ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену, що характеризує суттєві зміни в кістковій складовій пародонтального комплексу при НА.

Висновок. Встановлені прямий взаємозв'язок та взаємозумовленість генералізованих захворювань пародонта у форматі базисних характеристик нервової анорексії.

Оригінальні дослідження

Ключевые слова:

генерализованные заболевания пародонта, генерализованный пародонтит, гиперчувствительность замедленного типа, нервная анорексия, остеопороз.

Буковинский медицинский вестник. Т.24, № 1 (93). С. 115-120.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Л. Л. Решетник

Резюме. Генерализованные заболевания пародонта (ГЗП) — одни из самых распространенных стоматологических заболеваний, занимают значительное место в структуре болезней человека, достигая 60–90%. Это в определенной степени обусловлено как сложностью понимания этиопатогенетических механизмов развития ГЗП, так и высокой ассоциацией их с рядом заболеваний внутренних органов и систем с общими точками соприкосновения взаимообусловленности и взаимовлияния, в частности с нервной анорексией (НА). В последнее время частота НА существенно увеличилась и составляет серьезную государственную, социальную, психологическую и медицинскую проблему. При НА происходят серьезные изменения со стороны оси гипоталамус — гипофиз — амигдалы, половых и щитовидной желез, которые побуждают снижение метаболизма тиреоидного гормона, вызывают гипоестрогению, гипогонадизм, вторичный гиперпаратиреоз, гиперкортицизм, потенцируют развитие и особенности проявления ГЗП у больных при НА.

Цель работы — установить особенности конфигурации генерализованных заболеваний пародонта и их клинических проявлений в формате базисных характеристик нервной анорексии.

Материал и методы. Использованы клиничко-рентгенологические, иммунологические, аналитические и статистические методы. Объектом были 75 пациентов с ГЗП, при НА, в возрасте 18–36 лет (средний возраст $26 \pm 3,8$), которые составили основную группу (О) и 60 больных с ГЗП без признаков анорексии аналогичного возраста — группа сравнения (С). Для детального анализа особенностей клинического проявления ГЗП у больных при НА все пациенты основной (О) и сравнительной (С) групп были разделены на несколько подгрупп. О1 подгруппа — пациенты с различными формами гингивита. О2 подгруппа была представлена пациентами с генерализованным пародонтитом (ГП) при НА как базовой патологии. Сравнительная (С) группа включала в себя две подгруппы (С1), (С2) с различными формами гингивита и ГП соответственно.

Результаты. Диагностирована высокая частота ГЗП, достигающая 100%, включая как самостоятельные заболевания мягких тканей пародонта, так и всех составляющих пародонтального комплекса, которая была присуща всем возрастным группам и менялась с возрастом пациентов, длительностью НА и её стадий. Среди самостоятельных форм гингивита наиболее распространенным был хронический катаральный маргинальный гингивит ($86,7 \pm 8,8\%$), с отдельными случаями обострения на фоне подавляющего отсутствия жалоб с редкими проявлениями агравации, сложностью психологического союза. ГП преимущественно I–II ступеней, хронического течения превалировал над другими формами ГЗП ($80 \pm 4,6\%$). Рентгенологически у всех больных независимо от степени тяжести ГП было характерно расширение периодонтальной щели и остеопороз костной составляющей пародонтального комплекса, горизонтальный тип резорбции. Не прослеживались преимущества и приоритеты различных сегментов поражения пародонтального комплекса у больных при НА. Для всех пациентов с ГП финализована высокая степень тканевой сенсibilизации к костному антигену, характеризующего существенные изменения в костной составляющей пародонтального комплекса при НА.

Вывод. Установлены прямая взаимосвязь и взаимообусловленность генерализованных заболеваний пародонта в формате базисных характеристик нервной анорексии.

Keywords: *generalized parodontal diseases, generalized parodontitis, hypersensibilisation, anorexia nervosa, osteoporosis.*

Bukovinian Medical Herald. V.24, № 1 (93). P. 115-120.

FEATURES OF THE CLINICAL MANIFESTATION OF GENERALIZED PARODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

L.L. Reshetnyk

Abstract. *Generalized parodontal diseases (GPD) are one of the most common dental diseases, which occupy a significant place in the structure of human diseases, reaching 60–90%. This is due to the complexity of understanding the etio-pathogenetic mechanisms of the development GPD and the high association of them with a number of diseases of the internal organs and systems with common points of contact between interdependence and mutual influence, in particular with anorexia nervosa (AN). Recently, the incidence of AN has increased significantly and poses a serious state, social, psychological and medical problem. There are serious changes on the axis hypothalamus — pituitary — amygdala, genital and thyroid glands, which cause a decrease in thyroid hormone metabolism, cause hypoestrogenia, hypogonadism, secondary hyperparathyroidism due to AN.*

Objective. *To establish the features of the configuration of generalized parodontal diseases and their clinical manifestations in the format of basic characteristics of anorexia nervosa statistical methods were used. Objects were 75 patients with GPD, with AN, aged 18–36 years (average age 26 ± 3.8) — the main group (M), and 60 patients with GPD without signs of anorexia of the same age — comparison group (C). For a detailed analysis of the clinical manifestations of GPD in patients with AN, all patients in the main (M) and comparative (C) groups were divided into several subgroups. M1 subgroup — patients with various forms of gingivitis. The M2 subgroup was presented with patients with generalized parodontitis (GP) with AN as the basic pathology. The comparative (C) group consisted of two subgroups (C1), (C2) with different forms of gingivitis and GP, respectively.*

Results. *A high incidence of GPD up to 100% was diagnosed, including both independent parodontal soft tissue disease and all components of the parodontal complex, which had characteristic of all age groups and varied with patient age, duration of AN and its stages. Among the independent forms of gingivitis, the most common was chronic catarrhal marginal gingivitis ($86.7 \pm 8.8\%$), with some cases of exacerbation on the background of the overwhelming absence of complaints with single manifestations of aggravation, complexity of psychological alliance. GP was predominantly I–II degree, with chronic course prevailing over other forms of GPD ($80 \pm 4.6\%$). Radiographically, in all patients, regardless of the severity of GP, there was an extension of the parodontal cleft and osteoporosis of the bone component of the parodontal complex, horizontal type of resorption. Advantages and priorities of different segments of parodontal complex lesions in patients with AN were not observed. For all patients with GP, a high degree of tissue sensitization to the bone antigen, characterizing significant changes in the bone component of the parodontal complex with AN, was finalized.*

Conclusion. *Thus, direct correlation and interdependence of generalized parodontal diseases in the format of basic characteristics of anorexia nervosa were established.*

Оригінальні дослідження

Вступ. Генералізовані захворювання пародонта (ГЗП) — одні з найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань, що посідають значне місце в структурі хвороб людини [1]. Останнім часом відзначена стійка тенденція до збільшення поширеності ГЗП не тільки у працюючих, але й в осіб молодого віку з відсутністю гендерних переваг. За даними ВООЗ, розповсюдженість ГЗП становить 60–90% [2].

Незважаючи на підвищення стоматологічної культури населення, тенденція до якої спостерігається останнім часом і спонукає раннє звернення пацієнтів за допомогою, результат лікування ГЗП нерідко є незадовільним. Це певною мірою зумовлено як складністю розуміння етіопатогенетичних механізмів розвитку цих захворювань, так і високою асоціацією ГЗП з низкою захворювань внутрішніх органів і систем зі спільними точками дотику взаємозумовленості та взаємовпливу [3].

Ряд дослідників вказують на високу імовірність патогенетичного зв'язку ГЗП з ендокринною патологією, системними захворюваннями сполучної тканини людини, порушенням вітамінного, білкового та ліпідного обміну, наголошуючи на тезисі асоціативності, афілійованості і, навіть, коморбідності цих захворювань, пропонуючи специфічні підходи до лікування ГЗП у пацієнтів з такою базисною патологією [4, 5]. Але в літературі трапляються лише фрагментарні роботи, що припускають можливий взаємозв'язок нервової анорексії (НА) і ГЗП та пропонують специфічний підхід до особливостей їх лікування, що, на наш погляд, є значним недоліком [6, 7].

Останнім часом частота НА суттєво збільшилась і становить серйозну державну, соціальну, психологічну і медичну проблему. За даними ВООЗ, у загальній популяції розповсюдженість нервової анорексії коливається від 0,37 до 1,0 на 100 000 населення, з частотою 0,9–4,3% у жінок і 0,3% у чоловіків і має тенденцію до суттєвого збільшення [2]. Виявлено особливо високий ризик смерті при критично низькій масі тіла і при більш пізньому початку хвороби.

При НА відзначаються наявні серйозні зміни з боку нейроендокринної системи, що включають вісь гіпоталамус — гіпофіз — амігдали — статеві та щитоподібну залози. Ці зміни супроводжують зниження продукції

естрогену, зумовлюючи передменархіальну аменорею і потенціюючи рівень кортизолу, аномальну секрецію інсуліноподібного фактора росту-1 та зниження метаболізму тиреоїдного гормону. Гіпоестрогенія може бути тригером розвитку остеопенії та остеопорозу, що призводить до зниження мінеральної щільності кісткових тканин. Виникаючий гіпогонадізм та вторинний гіперпаратиреоз, як результат дезорганізаційної харчової поведінки при НА, низького вживання кальцію і недостатності вітаміну D та гіперкортицизм, також можуть бути одним із важливих компонентів, що зумовлюють ГЗП у хворих на НА.

Відсутність чітких уявлень щодо взаємодії і взаємовпливу не дозволяють розробити адекватних методів лікування ГЗП в осіб при НА.

Мета дослідження. Встановити особливості конфігурації генералізованих захворювань пародонта і їх клінічних проявів у форматі базисних характеристик нервової анорексії.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети використані клініко-рентгенологічні методи оцінки стану пародонта для верифікації діагнозу (за системою хвороб пародонта М. Ф. Данилевського, 1994), а також імунологічні (реакція гальмування мігруючих лейкоцитів) за методом М. George та статистичні методи (STATISTICA 6.0).

Об'єктом нашого дослідження, за інформованою згодою, були 75 пацієнтів з ГЗП, що страждають на НА, віком 18–36 років (середній вік $26 \pm 3,8$), які склали основну групу (О), та 60 хворих на ГЗП без ознак анорексії аналогічного віку — група порівняння (П). Для детального аналізу особливостей клінічного прояву ГЗП на НА всі пацієнти основної (О) і порівняльної (П) груп були розподілені на декілька підгруп. О1 підгрупа — пацієнти з різними формами гінгівіту. О2 підгрупа представлена пацієнтами з генералізованим пародонтитом (ГП) при НА як базовій патології.

Порівняльна (П) група включала в себе дві підгрупи (П1), (П2) з різними формами гінгівіту та ГП відповідно.

Всі пацієнти з НА перебували на амбулаторному і стаціонарному лікуванні в психоневрологічному відділенні Київської клінічної лікарні на ЗТ № 1 Філії ЦОЗ ПАТ «Укрзалізниця» (зав. відділення — О. В. Моска-

Таблиця 1

Частота генералізованих захворювань пародонта у хворих основної та порівняльної груп

Групи обстежених	Самостійні форми гінгівіту (без деталізації форми і перебігу), кількість осіб (%)	Генералізований пародонтит (без деталізації ступеня та перебігу), кількість осіб (%)
Основна група	15 осіб $20 \pm 4,6\%$	60 осіб $80 \pm 4,6\%$
Порівняльна група	48 осіб $80 \pm 5,2\%$	12 осіб $20 \pm 5,2\%$

ленко).

Зауважимо, у всіх обстежених пацієнтів діагностовано НА, обмежувальної форми. У жодному випадку не виявлена НА, очисної форми.

Результати дослідження та їх обговорення

При проведенні дослідження, в цілому, встановлена висока частота ГЗП у осіб із НА, включаючи як самостійні захворювання м'яких тканин пародонта, так і складових всього пародонтального комплексу (табл. 1).

Зауважимо, що серед обстежених хворих О2 підгрупи, ГП мав хронічний перебіг, і лише у двох пацієнтів (3,3±2,3%) було загострення процесу, як результат нещодавно перенесеного інфекційного процесу. У м'яких

тканинах пародонта спостерігався симптоматичний катаральний маргінальний гінгівіт. Вважаємо, що переважно хронічний перебіг ГП у хворих О2 підгрупи, на наш погляд, міг бути зумовлений суттєвими змінами в загальній імунологічній реактивності організму, характерними для НА, що не давало можливості запустити активну запальну реакцію.

У результаті рентгенологічного дослідження хворих О2 підгрупи із ГП початкового-І ступеня встановлено розширення періодонтальної щілини і остеопороз кісткової складової пародонтального комплексу, горизонтальний тип резорбції у всіх пацієнтів, а також розволокнення кортикальної пластинки в сегменті

Таблиця 2

Розподіл уражень пародонта у хворих, асоційованими з нервовою анорексією

Група обстежених	ГП, початкового-І ступеня, хронічного перебігу	ГП, І-ІІ ступеня, хронічного перебігу
Основна група	12 осіб 20±5,2%	48 осіб 80±5,2%

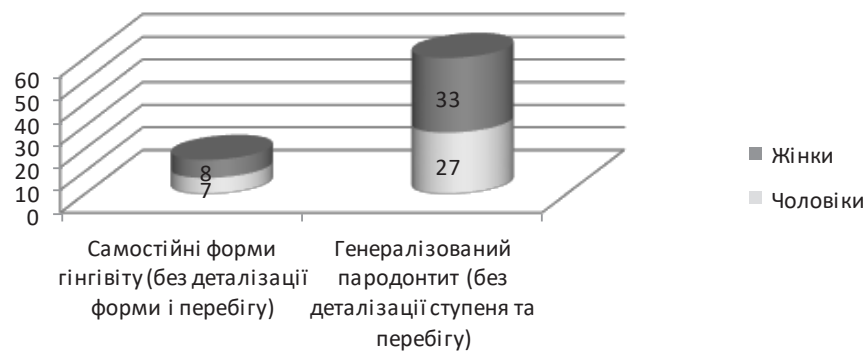


Рис.1. Вплив статі пацієнтів із нервовою анорексією на особливості прояву генералізованих захворювань пародонта

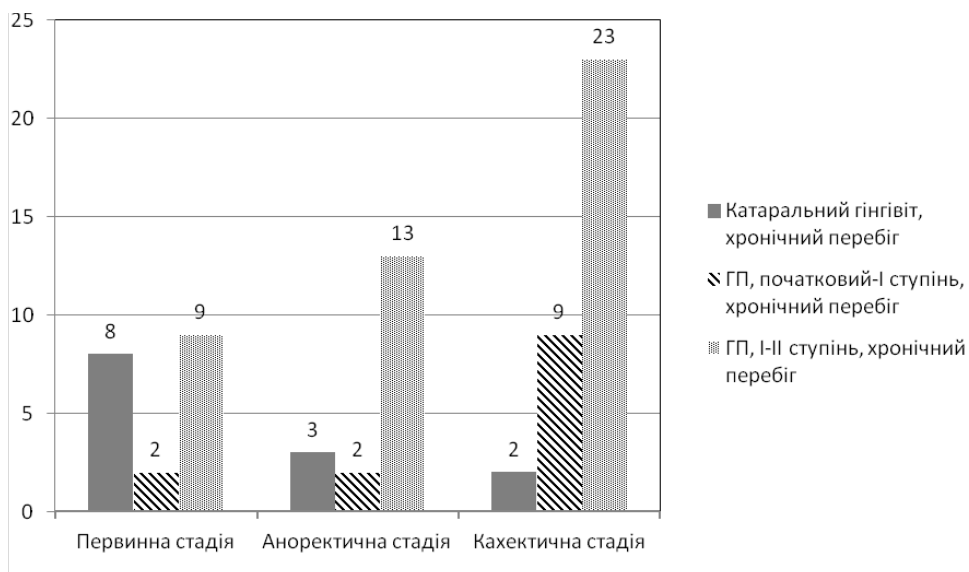


Рис.2. Вплив стадій нервової анорексії на частоту генералізованих захворювань пародонта

Оригінальні дослідження

Таблиця 3

Вплив віку на частоту генералізованих захворювань пародонта у хворих на нервову анорексію

Основне захворювання	Вік пацієнтів, роки	Діагностовано ГХКГ	Захворювання тканин пародонта	
			ГП, початковий –I ступінь, хронічний перебіг	ГП, I-II ступінь, хронічний перебіг
Нервова анорексія	18-25	7 53,8+13,8% P > 0,05	8 61,5+13,5% P > 0,05	11 24,4+6,4% P > 0,05
	25-30	4 30,8+12,8% P > 0,05	4 30,8+12,8% P > 0,05	16 35,6+7,1% P > 0,05
	31-36	2 15,4+10,0% P < 0,01	1 7,7+7,4% P > 0,05	18 40,0+7,3% P > 0,05
Всього		13 93,2%	13 84,0+2,4%	45 16,0+2,4%

Таблиця 4

Вплив тривалості нервової анорексії на прояв генералізованих захворювань пародонта

Тривалість нервової анорексії, роки	Всього хворих	Діагностовано ГХКГ	Захворювання тканин пародонта	
			ГП, початковий –I ступінь, хронічний перебіг	ГП, I-II ступінь, хронічний перебіг
1-3	15	4 30,8+12,8% P > 0,05	3 23,1+11,7% P > 0,05	8 24,4+6,4% P > 0,05
4-8	19	5 30,8+12,8% P > 0,05	3 23,1+11,7% P > 0,05	11 17,8+5,7% P > 0,05
9-12	37	4 30,8+12,8% P < 0,01	7 53,8+13,8% P > 0,05	26 57,8+7,4% P > 0,05
Всього		13 93,2%	13 84,0+2,4%	45 16,0+2,4%

початкового ступеня та зниження висоти альвеолярного відростка на 1/3 в сегменті I ступеня. Не простежувались переваги і пріоритети різних сегментів ураження пародонтального комплексу у хворих на НА.

При визначенні гіперчутливості сповільненої дії до кісткового антигену в цій групі у всіх пацієнтів від-

значався високий ступінь тканинної сенсibiliзації, що свідчило про суттєві зміни в кістковій складовій пародонтального комплексу. Це могло бути предиктором і індикативним фактором, що спрощує діагностику ГП початкового ступеня, коли рентгенологічна картина не чітко виражена.

При вивченні взаємозумовленості ГЗП при НА зі статтю пацієнтів, віком та їх характеристики від тривалості, форми та стадії основного захворювання встановлені деякі особливості.

Встановлено, що висока частота ГЗП властива всім віковим категоріям хворих при НА, а ступінь тяжкості ГП збільшувався з віком (табл. 3). Відзначимо, що оскільки загострений перебіг як катарального гінгівіту, так і ГП спостерігався у двох осіб відповідно, то ми вважали доцільним проводити аналіз впливу віку пацієнтів на частоту ГЗП тільки серед осіб із ГЗП хронічного перебігу при НА.

Встановлено, із прогресуванням стадій НА, зокрема первинної, аноректичної та кахектичної, збільшувалась частка осіб із ГП. Так, якщо при первинній стадії НА вона становила 14,7%, а при аноректичній досягла 20%, то при кахектичній стадії НА становила вже 42,7% (рис.2).

Результати дослідження показали відсутність зв'язку між тривалістю НА та проявом захворювань тканин пародонта (табл. 4).

Висновки

1. Встановлена висока частота захворювань пародонта, що досягала 100% у пацієнтів при нервовій анорексії.
2. Серед самостійних форм гінгівіту найбільш поширеним був хронічний катаральний гінгівіт з акцентом вираженості в маргінальній частині ясен у пацієнтів при нервовій анорексії.
3. Встановлено, що генералізований пародонтит превалював над іншими формами генералізованих захворювань пародонта (80±4,6%), переважно I-II ступеня, хронічного перебігу у пацієнтів при нервовій анорексії.
4. Встановлено вплив віку на частоту генералізованих захворювань пародонта.

Відомості про автора

Решетник Людмила Леонідівна — аспірант кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Сведения об авторе

Решетник Людмила Леонидовна — аспирант кафедры стоматологии Института последипломного образования Национального медицинского университета имени О. О. Богомольца, г. Киев, Украина.

Information about the author

Reshetnyk Liiumyla Leonidivna — PhD student of the Department of Dentistry of Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine.

5. Ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту залежав від віку пацієнтів з нервову анорексію.
6. Встановлено взаємозв'язок основних клініко-рентгенологічних проявів генералізованого пародонтиту від стадії нервової анорексії (первинна аноректична→кахектична).

Список літератури

1. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med.* 2016;50(3):154-62. doi: 10.1136/bjsports-2015-095735.
2. WHO Health of the oral cavity: inform. bullet No. 318 [Internet]. 2012 May [cited on Dec. 23, 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en>.
3. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J Dent Educ.* 2005;69(3):346-54.
4. Winston AP, Alwazeer AE, Bankart MJ. Screening for osteoporosis in anorexia nervosa: prevalence and predictors of reduced bone mineral density. *Int J Eat Disord.* 2008;41(3):284-7. DOI: 10.1002/eat.20501.
5. Brandys MK, De Kovel CG, Kas MJ, Van Elburg AA, Adan RA. Overview of genetic research in anorexia nervosa: The past, the present and the future. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):814-25. DOI: 10.1002/eat.22400.
6. Solmi M, Veronese N, Manzato E, Sergi G, Favaro A, Santonastaso P, et al. Oxidative stress and antioxidant levels in patients with anorexia nervosa: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):826-41. DOI: 10.1002/eat.22443.
7. Reshetnyk LL, Antonenko MYu, Zelinskaya NA. Substantive view about local immunity of the oral cavity in patients with anorexia nervosa. The results of scientific mind's development. 2019. DOI: 10.36074/22.12.2019.v1.38.

Надійшла до редакції 14.01.2020
Рецензент — проф. Годованець О.І
 © Л.Л. Решетник, 2020