

- Стратегии и векторы развития. – 2016. – № 2–2 (64). – С. 44–48.
35. Шлык К.С., Бредихина А.А. // Особенности гальваноза в стоматологической практике. – 2019. – С. 1.
36. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. – Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14. – № 2. – С. 26.
37. Юмашев, А.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма / А.В. Юмашев, Е.А. Кристаль, И.Г. Кудерова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, №2. – С. 26.

Аннотация. Обзор литературы посвящён проявлениям гальваноза в полости рта. Охват анализа источников имеет большой временной диапазон: с 1997 по 2019 гг. За это время было накоплено немало знаний о влиянии материалов, из которых изготавливаются зубные протезы, на состояние полости рта и на организм в целом. Кроме

того, в обзоре описаны причины возникновения гальваноза, патологические воздействия на твёрдые и мягкие ткани полости рта, возможные осложнения и диагностика. Поднимается вопрос о необходимости разработки профилактических мероприятий по борьбе с этим заболеванием.

Ключевые слова: гальваноз, металл, диагностика, предрак, жжение, гальванизм, аппараты, электрохимический потенциал.

Annotation. A review of the literature focuses on manifestations of galvanosis in the oral cavity. The scope of the analysis of sources has a large time range: from 1997 to 2019. During this time there was a lot of knowledge about the impact of the materials from which dental prostheses are made on the state of the oral cavity and on the body as a whole. In addition, the review describes the causes of galvanosis, pathological effects on hard and soft tissues of the oral cavity, possible complications and diagnostics. The need to develop preventive measures to combat the disease is raised.

Key words: galvanosis, metal, diagnostics, pre-cancer, burning, galvanism, devices, electrochemical potential.

УДК: 616.314.17-008.1-002-07: 616.527

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ



Даминова Н.Р., Исаков С.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания пародонта, которые являются одними из самых распространенных в стоматологической практике, поражают пациентов всех возрастных групп [17]. Чаще всего слизистая оболочка рта страдает при обыкновенной (вульгарной) пузырчатке (у 75% больных), поэтому она представляет наибольший интерес для стоматологов [26,27].

В структуре стоматологической патологии заболевания пародонта воспалительного характера занимают одно из ведущих мест и в настоящее время частота их не имеет тенденции к снижению. Поражения пародонта оказывают негативное воздействие на состояние всех органов и систем организма, ухудшают показатели здоровья человека и качество жизни, течение и прогноз сочетанной патологии [7,10,11,17].

Пародонтологические аспекты пузырчатки слизистой оболочки полости рта (СОПР) до конца изучены. Ее аутоиммунный генез предполагает вовлечение в процесс важнейшего морфофункционального комплекса полости рта – пародонта [25].

Учитывая недостаточную изученность проблемы, актуально проведение полномасштабного клинического исследования, посвященного изучению клинических особенностей воспалительных заболеваний пародонта при сочетании их с пузырчаткой [26] в зависимости от локализации и длительности последней [2]. Изучен материал ткани пародонта и ротовая жидкость у больных пузырчаткой [4]. В работе применяли клинко-лабораторные, биохимические и статистические методы.

Изучение пародонтального статуса у больных пузырчаткой показало, что генерализованный пародонтит встречался в 100% случаев. В его структуре преобладал ГПТС – в 62,27±6,81% случаев против 5,0±3,45% в группе сравнения; ГПСТ встречался соответственно в 20,44±5,46 и 25,0±6,85% случаев, ГПЛС – в 14,29±5,0 и 37,5±7,65% [3,4].

Частота тяжелых форм поражения пародонта с высокой степенью достоверности не только превосходит соответствующие значения группы сравнения, но и прогрессивно увеличивается с увеличением длительности пузырчатки. Так, при длительности заболевания до 1-го года частота ГПТС составила 47,62±5,06%; при длительности 1–3 года – 70,0±10,8%, более 3-х лет – 94,44±5,12% [5,6,22,24].

На этом фоне уменьшается распространенность ГПСТ и ГПЛС, частота которых при длительности заболевания до 1-го года – 23,81±12,84 и 28,57±13,62%; 1-3 года – 10,0±7,01 и 20,19±43%, более 3-х лет – 0,0 и 5,55±5,12% [3,19].

Необходимо отметить, что особенностью пародонтита при пузырчатке является генерализованный характер поражения, тяжелые воспалительно-деструктивные нарушения и упорное прогрессирующее течение с частыми обострениями, которые совпадают с периодами обострения пузырчатки [14–16].

В результате исследований не установлено значимых различий в распространенности и тяжести пародонтита в зависимости локализации элементов поражения. Так, частота ГПТС при изолированном поражении десны вершин альвеолярных отростков составила 72,73±13,92%; при комбинированном поражении – 66,67±11,11%, при изолированном – 60,0±10,95% ($p>0,05$). Частота ГПСТ при изолированном, комбинированном поражении десны и без поражения альвеолярной зоны составила соответственно 5,55±6,90%; 27,78±10,55 и 25,0±9,68%; ПЛС – 18,18±11,63%; 11,71±7,40% и 15,0±7,98% [12,14,15,18,20,22].

Не имели значимых различий и индексные показатели состояния пародонта (табл.). Так, при изолированном поражении пародонта величина PI индекса превосходила значения группы сравнения на 165,66% ($p<0,01$); комбинированном – на 161,89% ($p<0,01$) и без поражения альвеолярной десны – на 146,04% ($p<0,01$); соответствующая динамика для индекса РМА составила 90,77% ($p<0,01$); 86,21% ($p<0,01$) и 81,96% ($p<0,01$); ОНI-S индекса – на 192,3% ($p<0,01$) и 188,62% ($p<0,01$) и индекса кровоточивости – 88,92% ($p<0,01$); 88,25% ($p<0,01$) и 87,66% ($p<0,01$). Межгрупповые различия не достоверны ($p>0,05$).

Так, величина PI у больных пузырчаткой

Таблица

Индексы воспаления, деструкции, гигиены и кровоточивости пародонта в зависимости от длительности пузырчатки, M±m

Группа, длительность приема кортикостероидов, лет	Индекс			
	PI, балл	РМА, %	ОНI-S, Балл	кровоточивость, балл
Сравнения, n=20	2,65±0,15	35,25±1,66	2,87±0,14	1,42±0,10
Больные пузырчаткой, n=49				
До 1, n=11	5,28±0,22 ^а	50,24±2,32 ^а	3,62±0,15 ^а	2,65±0,11 ^а
1-3, n=18	6,44±0,31 ^{аб}	66,31±3,11 ^а	4,88±0,21 ^{а,аб}	3,00±0,14 ^а
Более 3, n=20	7,62±0,42 ^{абв}	78,45±3,62 ^{абв}	5,81±0,27 ^{абв}	3,52±0,17 ^{абв}
Всего, n=49	6,66±0,22	67,65±2,32	4,82±0,22	3,08±0,11

Примечание. а – $p<0,05$ по отношению к группе сравнения; б – $p<0,01$ по сравнению с показателями до 1-го года; в – $p<0,01$ по сравнению с показателями 1-3 года.

превосходила соответствующие значения группы сравнения при длительности заболевания до 1-го года на 99,25% ($p<0,05$); 1-3-х лет – на 143,02% ($p<0,01$), более 3-х лет – на 187,55% ($p<0,01$). Соответствующая динамика для РМА индекса составила 42,52% ($p<0,01$); 88,11% ($p<0,01$) и 122,55% ($p<0,01$); индекса гигиены ротовой полости ОНI-S индекса – 26,13% ($p<0,01$); 70,03% ($p<0,01$) и 102,44% ($p<0,01$); индекса кровоточивости десен – 86,62% ($p<0,01$); 111,27% ($p<0,01$) и 147,89% ($p<0,01$) [3,15,20,21,23].

Можно предположить, что ведущими факторами в инициировании воспалительно-деструктивного поражения пародонта является не лока-

лизация элементов поражения, а системные аутоиммунные нарушения, определяющие активность факторов агрессии и истощающие компенсаторные возможности организма. В генезе поражения пародонта у больных пузырчаткой доминируют такие факторы риска, как полисистемная патология, прием кортикостероидов и цитостатиков [3,5,8,21,23,26].

У 100% больных пузырчаткой выявляется хронический генерализованный пародонтит. Пузырчатка способствует быстрому прогрессированию заболеваний пародонта, определяет более тяжелый характер заболевания со значительным замедлением регенеративных и репаративных

процессов: в структуре заболеваний пародонта преобладает ГПТС – в 63,27±6,85% и ГПСТ – в 22,44±5,95% случаев.

Клинической особенностью пародонтита, ассоциированного с пузырчаткой, является эрозивный (десквамативный) характер поражения, высокая кровоточивость и низкая гигиена полости рта, что указывает на высокий риск системного инфицирования и определяет необходимость в оказании специализированной пародонтологической помощи [13].

Нарушения пародонтального комплекса при пузырчатке ассоциированы с ее длительностью и, очевидно, могут определять тяжесть клинического течения, эффективность лечения и прогноз основного заболевания [1,12,14,15,20, 22,23].

Литература

1. Абасканова П.Д. Перекисное окисление липидов и система антиоксидантной защиты мембран эритроцитов у органов с искусственно вызванным пародонтитом и влияние различных методов лечения. 16.
2. Абрамова Е.Н., Трофимова И.Б., Куршакова Т.С. Иммунологические исследования у больных вульгарной пузырчаткой // Сборник статей и тезисов докладов Пленума Правления ВНМОДВ. – М., 1988.17.
3. Барер Г.М., Воложин А.И., Поздняков А.Л. Особенности изменения показателей общего и местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузырчаткой, получавших разные дозы кортикостероидов // Сборник научных работ конференции стоматологов Воронежской области. – Воронеж, 1993. 20.
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Пузырчатка (Пемфигус). – М.: Медпресс информ, 2001.18.
5. Заболевания пародонта: Руководство; Под ред. А.И. Грудянова. – М., 2009.14.
6. Заболевания пародонта: Руководство; Под ред. Н.Ф. Данилевского, А.В. Борисенко. – Киев, 2000.13.
7. Заболевания полости рта: Руководство; Под ред. Л. Шугар, Й. Баноци, К. Шаллаи. – Будапешт, 2000.4.
8. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Руководство; Под ред. проф. Х.П. Камилова, доц. К. Ахмедова. – Ташкент: Турон замин зиё, 2016.15.
9. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс информ, 2001.3.
10. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.5
11. Заболевания слизистой оболочки рта: Руководство; Под ред. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.2
12. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. 8
13. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Куклин И.А. Способ лечения акантолитической пузырчатки.19
14. Мазур И.П. Некоторые аспекты патогенеза резорбции альвеолярного гребня при генерализованном пародонтите // Пародонтология. – 1999.21
15. Непомнящая Н.В. Повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита.22
16. Пантелеева Г.А., Суздальцева И.В. Тактика лечения и реабилитации больных акантолитической пузырчаткой // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2008.23
17. Пародонтология: Нац. руководство; Под ред. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.1
18. Петрухина Н.Б. Использование «Иммудона» и медицинского озона в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. 24
19. Платонова А.Н., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л. Выбор тактики лечения больных вульгарной пузырчаткой в зависимости от активности гистологического процесса и выявленных нарушений // Тезисы 10-го Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2008. 25
20. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживис И.М. Пузырчатка слизистой оболочки рта // Клин. стоматол. – 2006.26
21. Решетникова Т.Б., Ефремов А.В. Комплексная терапия акантолитической пузырчатки // Рос. журн. кож. и вен. бол. – М., 2005. 27
22. Состояние местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузырчаткой // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины: Тез. докл. науч. конф. молодых ученых ШЗИ. – М., 2009. 9
23. Теплюк Н.П., Потекаев Н.Н. Летальный исход при кортикостероидной терапии акантолитической пузырчатки в результате инфекционных осложнений // Клин. дерматол. и венерол. – 2005. 28
24. Терапевтическая стоматология: Руководство; Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. – М., 1998.12

25. Терапевтическая стоматология: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982.7
26. Хамзина Г.Р. Оптимизация диагностики и комплексного лечения пузырчатки слизистой оболочки рта: Дис. ... канд. мед. наук.10
27. Kamiya K., Aoyama V., Shirafuji T. et al. Detection of antibodies against the non-calcium-dependent epitopes of desmoglein 3 in pemphigus vulgaris and their pathogenic significance // Brit. J. Dermatol. – 2012.11

Резюме

Сочетание широко распространенного на сегодняшний день пародонтита с заболеваниями внутренних органов препятствует достижению полной ремиссии каждого из этих заболеваний. Дано обоснование клинических особенностей

воспалительных заболеваний пародонта в зависимости от размещения элементов пузырчатки у больных пузырчаткой и продолжительности заболевания.

Ключевые слова: пародонт, пузырчатка, акантолиз.

Summary

Joint observation of today's widespread periodontitis together with diseases of internal organs prevents the achievement of changes in periodontal tissues corresponding to the pathogenesis of various systemic diseases, as well as complete remission. The main subject of the study is the substantiation of the clinical features of inflammatory periodontal diseases depending on the location of pemphigus elements in pemphigus patients and the duration of the disease.

Key words: parodontium, pemphigus, acantholysis.

УДК: 616.314:616.98.46

ВИЧ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ



Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э., Мавлянова Н.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность проблемы ВИЧ в настоящее время неуклонно возрастает. Практикующим стоматологам очень важно представлять свою роль в борьбе с глобализацией ВИЧ-инфекции и поддерживать свою активную позицию в выявлении ВИЧ-инфицированных лиц. Роль стоматологов чрезвычайно важна в связи с высокой частотой, ранним проявлением и специфичностью оральных проявлений ВИЧ и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Высокая компетентность врачей-стоматологов в вопросах ВИЧ и СПИД способна сыграть важнейшую роль в продлении жизни пациентов, улучшении ее качества, а также обеспечении безопасности для самого стоматолога и его команды. В связи с этим акцентирование внимания специалистов к данной проблеме, анализ современных статистических данных и результатов различных исследований является актуальной задачей отечественной медицины.

Эпидемиологический статус проблемы. По данным экспертов ВОЗ, в 140 странах было зарегистрировано более 90 тыс. случаев заболеваний СПИД [1–3,10]. По прогнозам специалистов ВОЗ, к 10–15 млн взрослых инфицированных, которые

будут инфицированы в течение ближайших 10 лет, прибавится от 5 до 10 млн детей, зараженных от рождения [12]. В данный момент носителями ВИЧ в мире являются около 13 млн. Примерно 75% всех заболевших являются жителями Северной и Латинской Америки, 15% – Европы, 16% – Африки. Остальные случаи регистрируются в Азии и Океании. Что касается США, то здесь проживает около 64% от общего числа заболевших СПИДом [11]. По данным эпидемиологов, в среднем на 200–300 инцидентов с контаминацией ВИЧ медицинского инструментария приходится 1 случай возможного инфицирования [13,15,24,28].

Как и в других странах бывшего СНГ, эпидемия ВИЧ в Узбекистане началась с 1987 года. До 2000 года стадию эпидемии можно было расценивать как начальную. Однако, начиная с 2000 года, зафиксирован резкий рост эпидемии среди наиболее уязвимых групп населения. В течение последних 5 лет число зарегистрированных лиц, живущих с ВИЧ, выросло на 80%. На сегодняшний день общее число зарегистрированных носителей вируса составляет 32967, что соответствует примерно 13,1 на 100 тыс. населения [4,6,8,9].