

УДК 616.311.2-002:616.62-003.7

Гончарук Л. В.

Одеський національний медичний університет,
каф. терапевтичної стоматології (зав. – проф. К.Н. Косенко)
L. V. Goncharuk

Особливості стану тканин пародонту у хворих сечокам'яною хворобою

Features of the state of parodontium tissues of patients by urolithiasis

Резюме При порівняльному вивченні стану тканин пародонту у 255 хворих зі захворюваннями пародонту з наявністю й відсутністю сечокам'яної хвороби встановлено, що наявність сечокам'яної хвороби впливає на інтенсивність запальних процесів у тканинах пародонту, особливо при переважній оксалурії.

Summary A comparative study of the state of periodontal tissue in 255 patients with periodontal disease with and without urolithiasis established that the presence of urolithiasis has a negative impact on the intensity of inflammatory processes in periodontal tissues, especially pronounced in the predominantly oksalurii.

Ключові слова тканини пародонту, захворювання пародонту, сечокам'яна хвороба
Key words periodontal tissue, periodontal diseases, urolithiasis

Численні дослідження підтвердили, що розвиток і перебіг захворювань пародонту (ЗП) патогенетично тісно пов'язаний з системною патологією організму [1, 2, 10, 11], а запальні та дистрофічно-запальні ураження пародонту переважно є вторинними відносно системних процесів в організмі, що лежать в основі ряду захворювань внутрішніх органів [1-6, 12]. Суттєвий вплив на зміни мінерального обміну в тканинах пародонту та стан ротової рідини може виявляти і сечокам'яна хвороба (СКХ), яка є системним захворюванням, що протікає з патологічними процесами у різних

органах і системах організму [7]. Водночас, вплив СКХ на стан тканин пародонту вивчений недостатньо. У доступній літературі наявні лише окремі посилання, що вона може розглядатися як один з факторів ризику розвитку ЗП [8, 9] внаслідок негативного впливу на частоту, інтенсивність утворення і характер назубних відкладень [8]. До того ж, відсутні дані про особливості впливу на стан тканин пародонту різних форм СКХ залежно від переважання в мочі хворих різних видів солей.

Мета роботи – вивчити у порівняльному аспекті стан тканин пародонту у

хворих ЗП з наявністю і відсутністю СКХ, з урахуванням переважання в мочі різних видів солей.

Матеріали та методи дослідження

Спостерігали 146 хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) – 112 пацієнтів з наявністю СКХ і 34 хворих з відсутністю СКХ, і 109 хворих на генералізований пародонтит (ГП) – 90 осіб з СКХ і 19 пацієнтів без СКХ. Вік всіх хворих становив 20–45 років. Стан тканин пародонту оцінювали за допомогою клінічних індексів і проб, що дозволяють врахувати глибину та поширеність патологічного процесу в пародонті, ступінь запальних змін у тканинах пародонту та гігієнічний стан порожнини рота: індекси ПМА (Parma), кровоточивості, ПІ (Рассела), Грін-Вермільйона, проби Шіллера-Писарєва і Кулаженка.

Результати дослідження та їх обговорення

Дані таблиці 1 підтверджують, що спостерігаються достовірні відмінності за сумарним індексом Грін-Вермільйона між групами хворих ЗП з наявністю і відсутністю СКХ. Причому й у хворих

Таблиця 1. Індекс Грін – Вермільйона у хворих, що страждають на захворювання пародонту, з наявністю і відсутністю сечокам'яної хвороби

Групи хворих	Індекс Грін–Вермільйона		
	S	Наліт	Камінь
Контрольна (n = 12)	0,29±0,03	0,18±0,02	0,11±0,01
ХКГ з СКХ (n = 112)	M ± m	1,84±0,03	1,18±0,02
ХКГ без СКХ (n = 34)	M ± m	1,71 ±0,04	1,13±0,03
p	<0,05	>0,1	<0,01
ГП з СКХ (n = 90)	M ± m	3,15±0,02	1,58±0,02
ГП без СКХ (n = 19)	M ± m	3,04±0,04	1,52±0,03
p	<0,05	>0,1	<0,05

Примітка: p – достовірність відмінностей між групами хворих з наявністю і відсутністю МКБ.

ХКГ і ГП дані відмінності зумовлені достовірною різницею величин індексу зубного каменю. Отримані результати відповідають даним інших дослідників [8], які вважають, що наявність СКХ негативно впливає на стан тканин пародонту через інтенсифікацію процесів утворення зубного каменю.

Результати визначення інших клінічних індексів також підтвердили наявність достовірних відмінностей у величинах кількох показників між групами хворих ЗП з наявністю і відсутністю СКХ (табл. 2). У пацієнтів з ХКГ спостерігають достовірні відмінностей між порівняльними групами за величиною індексу ПМА (Parma), а у хворих ГП також і за величиною індексу кровоточивості. Величини проб Шіллера-Писарєва і Кулаженка у хворих ХКГ при наявності й відсутності СКХ також суттєво ($p < 0,05$) відрізняються (табл. 3). Водночас у хворих ГП спостерігається тільки тенденція до відмінності між групами хворих з СКХ і без СКХ.

Для уточнення впливу СКХ на стан тканин пародонту, з урахуванням переважання у сечі різних видів солей, провели багатфакторний кореляційний аналіз даних з використанням кореляційної матриці, що містить коефіцієнти кореляції Пірсона (r) і рівні їх значимості (p) для всіх пар змінних (табл. 4). У матрицю спостереження (базу даних) внесли всі обстеження (255 осіб). Розраховували взаємозв'язок кількісних характеристик досліджуваних факторів (вхідних факторів, $n = 7$) і об'єктивні пародонтальні індекси і проби (вихідні параметри, $n = 8$).

Спостерігають помірний кореляційний взаємозв'язок ($0,3 < r < 0,7$) між віком обстежуваних пацієнтів і наявністю СКХ.

Помірний кореляційний взаємозв'язок також спостерігають між віком пацієнтів і всіма пародонтальними індексами і пробами, що визначаються. Найбільш значимий кореляційний взаємозв'язок спостерігають між сумарним індексом Грін-Вермільйона і індексом зубного каменю. Також встановлено прямий значимий кореляційний взаємозв'язок між показниками більшості досліджуваних об'єктивних пародонтальних індексів, проби Кулаженка і наявності МКБ, особливо при переважній оксалурії.

Значний кореляційний взаємозв'язок ($r > 0,7$) встановлений між наявністю переважної оксалурії та індексом Грін-Вермільйона (сумарний, наліт і камінь). Між значеннями індексів ПМА (Parma), індексу кровоточиво-

сті, проби Кулаженка і наявності СКХ з переважною оксалурією спостерігається помірний кореляційний взаємозв'язок. Тоді як при наявності СКХ з переважанням уратурії спостерігаєть-

ся тільки помірний взаємозв'язок з індексами Грін-Вермільйона (сумарний) і ПМА (Parma), а при співставленні з рештою показників коефіцієнт кореляції був меншим 0,3.

Таблиця 2. Пародонтальні індекси у хворих, що страждають на захворювання пародонту з наявністю і відсутністю сечокам'яної хвороби

Групи хворих	ПМА (Parma)	ПІ (Рассела)	Індекс кровоточивості
Контрольна (n = 12)	5,4±0,47	0,11±0,01	0,34±0,03
ХКГ з СКХ (n = 112)	M ± m	0,98±0,01	1,13±0,02
ХКГ без СКХ (n = 34)	M ± m	0,94±0,04	1,08±0,05
p	<0,05	>0,1	>0,1
ГП з СКХ (n = 90)	M ± m	2,25±0,03	1,76±0,02
ГП без СКХ (n = 19)	M ± m	2,17±0,05	1,63±0,06
p	<0,05	>0,1	<0,05

Примітка: p – достовірність відмінностей між групами хворих з наявністю і відсутністю СКХ.

Таблиця 3. Проба Шіллера-Писарєва і Кулаженка у хворих, що страждають на захворювання пародонту з наявністю і відсутністю сечокам'яної хвороби

Групи хворих	Проба Шіллера-Писарєва	Проба Кулаженка, с
Контрольна (n = 12)	1,05±0,11	41,59±3,61
ХКГ з СКХ (n = 112)	M ± m	21,40±0,74
ХКГ без СКХ (n = 34)	M ± m	23,34±0,32
p	<0,05	<0,05
ГП з СКХ (n = 90)	M ± m	15,63±0,63
ГП без СКХ (n = 19)	M ± m	16,95±0,27
p	>0,1	0,1>p>0,05

Примітка: p – достовірність відмінностей між групами хворих з наявністю і відсутністю СКХ.

Таблиця 4. Кореляційна матриця зв'язків між об'єктивними пародонтальними індексами і наявністю сечокам'яної хвороби, з урахуванням переважання в сечі різних видів солей (n = 295)

Показники	СКХ	Оксалурія	Уратурія	Фосфатурія	Вік
Вік	0,328 p<0,001	0,355 p<0,001	0,311 p<0,001	0,274 p<0,001	-
Грін-Вермільйона (S)	0,436 p<0,001	0,752 p<0,001	0,326 p<0,001	0,117 p=0,035	0,603 p<0,001
Грін-Вермільйона (наліт)	0,398 p<0,001	0,719 p<0,001	0,108 p=0,053	0,291 p<0,001	0,416 p<0,001
Грін-Вермільйона (камінь)	0,491 p<0,001	0,723 p<0,001	0,274 p<0,001	0,148 p=0,007	0,583 p<0,001
ПМА (Parma)	0,270 p<0,001	0,362 p<0,001	0,325 p<0,001	0,124 p=0,014	0,310 p<0,001
Індекс кровоточивості	0,347 p<0,001	0,558 p<0,001	0,208 p<0,001	0,096 p=0,082	0,389 p<0,001
ПІ (Рассела)	0,324 p<0,001	0,275 p<0,001	0,178 p=0,003	0,221 p<0,001	0,443 p<0,001
Шіллера-Писарєва	0,248 p<0,001	0,291 p<0,001	0,226 p<0,001	0,133 P = 0,011	0,312 p<0,001
Кулаженка (с)	0,313 p<0,001	0,505 p<0,001	0,232 p<0,001	0,294 p<0,001	0,410 p<0,001

Примітка: жирним шрифтом виділені коефіцієнти кореляції r, що характеризують сильний ($r > 0,7$) і помірний ($0,3 < r < 0,7$) кореляційний зв'язок

У хворих СКХ з переважальною фосфатурією коефіцієнт кореляції з показниками всіх пародонтальних індексів і проб, що визначаються, також був нижчим 0,3.

Отже, отримані дані дозволяють розглядати наявність СКХ як один з факторів, що виявляють негативний вплив на стан тканин пародонту та перебіг запальних і дистрофічно-запальних ЗП, особливо при переважанні у хворих оксалурії.

Висновки

1. Наявність СКХ має негативний вплив на інтенсивність запальних процесів у тканинах пародонту у хворих хронічним катаральним гінгівітом і генералізованим пародонтитом, про що свідчать достовірні відмінності при порівняльному аналізі клінічних індексів та проб в обстежуваних пацієнтів.
2. Багатофакторний кореляційний аналіз даних підтвердив, що суттєвіші змі-

ни пародонтальних індексів і функціональних проб спостерігаються у хворих ЗП і СКХ з переважанням оксалурії.

3. На стан тканин пародонту суттєвий вплив має вік обстежуваних хворих, про що свідчить помірний кореляційний взаємозв'язок між віком пацієнтів і всіма пародонтальними індексами і пробами, що визначаються. Найбільш значимий кореляційний взаємозв'язок спостерігається між сумарним індексом Грін-Вермільйона та індексом зубного каменю.

Література

1. Горбачева И. А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // *Стоматология*. — 2001. — № 1. — С. 26—34.
2. Цепов Л. М. Межсистемные связи при болезнях пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев // *Пародонтология*. — 2003. — № 2. — С. 19—24.
3. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / А. С. Григорьян, А. И. Грудянов, Н. А. Рабухина, О. А. Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — С. 63—90.
4. Мащенко И. С. Новые аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / И. С. Мащенко, А. В. Самойленко // *Вісник стоматології*. — 2004. — № 4. — С. 12—15.
5. Колесова Н. А. Концепция гетерогенности болезней пародонта, определяющая особенности лечебной тактики / Н. А. Колесова, А. М. Политун, Н. В. Колесова // *Современная стоматология*. — 2006. — № 1. — С. 61—64.
6. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера (обзор литературы) / Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Е. А. Михеева, Н. В. Сорокина // *Пародонтология*. — 2004. — № 1. — С. 3—7.
7. Румянцев В. Б. Опасности и осложнения оперативного лечения больных мочекаменной болезнью единственной почки / В. Б. Румянцев, Н. А. Лопаткин, Є. К. Яненко // *Урология*. — 2001. — № 4. — С. 3—7.
8. Грохольский А. П. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм / А. П. Грохольский, Н. А. Кодола, Т. Д. Центило. — К.: Здоров'я, 2000. — 160 с. (С.55).
9. Иванов В. С. Заболевания пародонта / В. С. Иванов. — 3-е изд. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — С. 72.
10. Beck J. D. Epidemiology of periodontal diseases [Review] / J. D. Beck, G. D. Slade // *Current Opinion in Periodontology*. — 1996. — № 3. — P. 3—9.
11. Ainamo J. Risk assessment of recurrence of disease during supportive periodontal care Epidemiological consideration [Review] / J. Ainamo, A. Ainamo // *J. of Clinical Periodontology*. — 1996. — Vol. 23, № 3. — P. 232—239.
12. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients / I. Needleman, C. McGrath, P. Floyd, A. Biddle // *J. Clin. Periodontol.* — 2004. — Vol. 31, № 6. — P. 454—457.