

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СИНДРОМАХ

Микулинская-Рудич Ю.Н., Серегина И.С., Искоростенская О.В., Мысь В.А.

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

По данным ВОЗ, на сегодняшний день распространённость остеопороза находится на четвертом месте после сердечно-сосудистых заболеваний, онкопатологий и сахарного диабета [1, 2, 11]. Современная трактовка говорит о распространённом системном заболевании скелета, которое характеризуется низкой костной массой в единице объёма и нарушениями микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышенной ломкости костей и увеличению риска переломов [3, 4].

Уменьшение количества костной ткани при остеопорозе происходит вследствие дисбаланса процессов костного ремоделирования. При этом выделяют две главные характеристики костного обмена: 1) остеопороз с высоким костным обменом, при котором высокая резорбция не компенсируется нормальным или повышенным процессом костеобразования; 2) остеопороз с низким обменом, когда процесс резорбции находится на нормальном уровне, но имеется снижение процесса костеобразования. При остеопорозе страдает как кортикальная, так и трабекулярная костная ткань [5, 6].

Ранее было принято считать, что остеопороз – это заболевание, характерное для женщин постклимактерического периода или для пожилых людей, что обусловлено потерей костной массы [5, 10, 13]. Но в настоящее время доказано, что истоки остеопороза лежат именно в детском возрасте, когда происходит интенсивное увеличение костной массы [8, 9, 14]. При изучении заболевания описано более 20 различных симптомов, из которых основными являются изменения в строении скелета и легко развивающиеся переломы, часто небольшой рост; голубые склеры; прогрессирующая деформация позвоночника, грудной клетки, черепа и длинных трубчатых костей; тугоухость по проводниковому типу; гиперэкстензия в суставах и их деформация; изменения со стороны сердца и крупных сосудов, носовые кровотечения и др. Нередко на-

блюдаются проявления остеопороза в челюстно-лицевой области, такие как дисплазия и запоздалое прорезывание зубов, расщелина твёрдого и мягкого неба, расщелина верхней губы, опаловидный дентин (*dentinogenesis imperfecta*), заболевания пародонта. В связи с этим в стоматологии уделяется большое внимание проблеме остеопороза, так как в практике детского стоматолога встречается целый ряд заболеваний (синдромов), которые характеризуются теми или иными нарушениями в костной ткани и, соответственно, в зубочелюстной системе ребенка, на фоне основного заболевания.

Нашей задачей в данной статье является описание синдромов, при которых у детей наблюдаются изменения в тканях пародонта на фоне остеопороза [11].

У детей с синдромом Дауна проявляются прогрессирующие изменения со стороны тканей пародонта, которые встречаются в области фронтальной группы зубов и в области первых моляров. Это связано с аномалиями капилляров пародонта, изменением соединительной ткани, нарушением активности полиморфно-ядерных лейкоцитов, моноцитов и уменьшением количества клеточных лимфоцитов. Высокая распространённость агрессивных форм пародонтита встречается в раннем возрасте.

При синдроме Эбта-Леттерера-Сиве в полости рта наблюдаются проявления язвенно-некротического гингивита, который вскоре сменяет генерализованный пародонтит.

При синдроме Гоше, наряду с общей симптоматикой, наблюдается поражение тканей пародонта в виде пролиферативных изменений в слизистой оболочке десны, с последующим формированием пародонтальных карманов и развитием патологической подвижности зубов.

Генерализованный пародонтит при синдроме Хенда-Шюллера-Крисчена проявляется симптоматически язвенно-некротическим гингивитом, образованием заполненных грануляциями пародон-

донтактальных карманов, патологической подвижностью зубов и оголением корней, обилием неминерализованных, реже – минерализованных зубных отложений. Гноетечение из пародонтальных карманов, как правило, отсутствует.

Комплекс наследственных дермато-стоматологических аномалий характеризует синдром Папийона-Лефевра. Прорезывание временных зубов у детей с данным синдромом сопровождается развитием воспаления в слизистой оболочке десны, не поддающегося лечению. Дальнейшее прогрессирование процесса приводит к формированию пародонтальных карманов с обилием грануляционной ткани, гнойным отделяемым, а также возникновением патологической подвижности зубов. К 4-6 годам такие дети практически полностью утрачивают временные зубы. Аналогичные изменения в тканях пародонта наблюдаются также в период прорезывания постоянных зубов. Агрессивное течение генерализованного пародонтита является причиной потери зубов уже в 14-15 летнем возрасте.

Тяжелая форма генерализованного пародонтита с подвижностью зубов и обширной деструкцией пародонта наблюдается и у детей с синдромом Элерса-Данлоса.

На фоне генерализованного остеопороза при синдроме Таратынова (эозинофильная гранулема) наблюдаются проявления в полости рта в виде язвенно-некротического гингивита и других клинических признаков генерализованного пародонтита.

Комплекс наследственных стоматологических аномалий при синдроме Флинна-Эйрда проявляется в виде изъязвлений и атрофии слизистой оболочки полости рта, кариеса зубов.

При синдроме Иценко-Кушинга наблюдается генерализованный пародонтит тяжелой степени: выраженная атрофия десен, обнажение шеек зубов, корней; глубокие зубодесневые карманы, подвижность зубов.

Это лишь немногие синдромы, симптомами которых являются заболевания пародонта на фоне остеопороза. Дальнейшее изучение данных

синдромов и других заболеваний даст возможность врачам практического здравоохранения проследить взаимосвязь между соматической патологией, изменениями в костной системе и стоматологическим статусом у детей. Для детского стоматолога достаточно остро стоит проблема выбора адекватной комплексной терапии заболеваний пародонта при идиопатических синдромах на фоне остеопороза, проявляющихся в полости рта [16].

Литература

1. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / Под редак. Коржа Н.А., Поворознюк В.В., Дедух Н.В., Зупанца И.А. – Книга плюс, 2002. – 648 с.
2. Руководство по остеопорозу / Под редак. Беневоленской Л.И. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.
3. Рожинская Л.Я. Остеопороз: диагностика нарушений метаболизма костной ткани и кальций-фосфорного обмена (лекция) // Клиническая лабораторная диагностика. – 1998. – №5. – С. 25-32.
4. Руденко Э.В. Остеопороз: диагностика, лечение и профилактика. – Минск: Бел. Наука. – 2001. – 153 с.
5. Поворознюк В.В. Структурно-функціональний стан кісткової тканини у дітей та підлітків України // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №4. – С. 154.
6. Щеплягина Л.А. Минерализация костной ткани у детей // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №3. – С. 16-22.
7. Поворознюк В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. – К., 2004. – 480 с.
8. Поворознюк В.В., Віленський А.Б., Григор'єва Н.В. Остеопенічний синдром у дітей та підлітків: фактори ризику, діагностика, профілактика / Метод. посіб. – К., 2001. – 27 с.
9. Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю. Проблемы остеопороза в педиатрии: возможности профилактики // Русский медицинский журнал. – 2003. – №27 (199). – С. 1554-1556.
10. Сміян І.С., Романюк Л.Б., Ковальчук Л.Я. Проблеми остеопорозу / Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 260 с.
11. Хоменко Л.А., Остапко Е.И., Биденко Н.В. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков. – К.: «Книга плюс», 2004. – 200 с.
12. Ригз Б.Л., Мелтон Ш.Л.Д. Остеопороз: этиология, диагностика, лечение / СПб: БИНОМ: Нев. Диалект, 2000. – 558 с.
13. Ревелл П.А. Патология кости / Москва, 1993.
14. Cassidy J.T. Osteopenia and Osteoporosis in children // Clin. Exp. Rheumatol. – 1999. – 17 (№2). – P. 245-250.