

нить как переход от преимущественно традиционного к современному (рациональному) типу воспроизводства.

Ахмедов А.А., Бобоходжаева М.О., Назирова М.А., Касимова М.К., Хусаинова А.А.

Тамоилоти дигаргуншавии сатҳи бозтавлиди аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зимни шароити нави иқтисодӣ

Дар асоси санҷиши маводҳои Агентии давлатии омили ҶТ, Марказҳои солимии репродуктивӣ, Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилоотии тиббии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон толи 20 соли охир, маводҳои барӯйхатгирии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (с.2000), натиҷаҳои тадқиқотҳои социологӣ баъди 2000 нафар аҳолии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳури сатҳи таваллуди аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо назардошти таъсири омилҳои, ки ба раванди бозтавлиди аҳоли вобастаги доранд, муайян карда шудаанд. Ба таври ғаври паст шудани сатҳи таваллуд дар солҳои 1990-1996 дар натиҷаи пастшавии вазъияти иқтисодии оила, некуаҳолии аҳоли, сатҳи маълумотнокии аҳоли мушоҳида мешавад. Дар солҳои оянда баландшавии сатҳи таваллуд пешбини карда мешавад, ки он бо омилҳои зерин вобаста аст: ҳисси баланди аҳолии синну соли репродуктивӣ, баланд шудани вазъи иқтисодии оила, баланд гардидани мақоми анъанаҳо дар ҷомеа, беҳтар гардидани бақайдгирии таваллуд ва ғайр, вазифаҳои баланди иқтисодӣ ва иҷтимоии қудакон дар оила.

Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК
Областная стоматологическая поликлиника г. Худжанд

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, общесоматическая патология, остеопороз, межальвеолярная перегородка, зуб, верхняя и нижняя челюсти

Актуальность

Распространенность хронического генерализованного гингивита и пародонтита среди гастроэнтерологических пациентов составила 7,4% и 90,4% соответственно, среди пульмонологических пациентов - соответственно 7,8% и 88,2%, среди обследованных с кардиологической патологией - соответственно 5,9% и 88,8% при соответствующем значении

11,2% и 85,8% среди соматически неотягощенных пациентов [3].

На примере обследования населения одного из территориальных участков Москвы Ю.М. Максимовским и соавт. [2] установлены сопутствующие общие заболеваний у 64,3% лиц, обратившихся для лечения зубов. Из них 21,1% больных страдали болезнями желудочно-кишечного тракта, среди которых

преобладали язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронические гастриты; у 17,3% - сердечно-сосудистой системы; у 0,9% - эндокринной системы.

По сведениям исследователя [1], большую проблему для населения всех стран представляет сахарный диабет: количество лиц, страдающих сахарным диабетом, согласно прогнозам ученых, увеличивается в 2,5 раза (с 84 млн в 1995 г. до 228 млн в 2025 г.).

Исследования ряда авторов [4, 5] свидетельствуют о том, что резорбтивный процесс в альвеолярной кости находится в тесной взаимосвязи с локальным остеопорозом. Появление активных очагов остеопороза в межзубных альвеолярных перегородках приводит к резкому прогрессированию деструктивных явлений в альвеолярной кости, выраженность которых в значительной мере определяется распространённостью очагов остеопороза.

С учётом изложенного, большую актуальность представляет разработка диагностических критериев с целью оценки процесса остеопороза в альвеолярной кости у больных с хроническими заболеваниями органов и систем, которые позволили бы выделить группу риска по развитию его активных форм, приводящих к быстрому лизису костной ткани вокруг зуба.

Цель работы

Целью настоящего исследования явилось создание диагностических критериев оценки выраженности процессов остеопороза в альвеолярной кости больных с хроническими заболеваниями органов и систем в условиях многопрофильной больницы.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением на протяжении 3-х лет находилось 78 больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (25 чел.), эндокринной (27 чел.) и сердечно-сосудистой (26 чел.) патологией на базе Городской клинической больницы г. Худжанда. Среди общего количества обследованных женщины составили 46,8%, мужчины - 53,2%. В ходе рентгенологического обследования у больных стопроцентно выявлен хронический генерализованный пародонтит. Первая степень тяжести генерализованного пародонтита диагностирована у 34 (43,6%) больных, вторая - у 32 (41,0%), третья - у 12 (15,4%) больных.

Все пациенты обследовались по общепринятой в стоматологии схеме, включающей клинические и параклинические методы исследования. Для объективности оценки состояния тканей пародонта учитывали пока-

затели пародонтальных проб и индексов: данные пародонтального и гигиенического индексов (цифровой пробы Шиллера-Писарева, индекса РМА, индекса кровоточивости дёсен).

Наряду с перечисленными выше клинико-индексными исследованиями, также осуществляли рентгенологические исследования - ортопантомографию и, по необходимости, прицельную рентгенографию. Полученные рентгенологические снимки анализировались под лупой (под 2- и 4-кратным увеличением). В последующем учитывали следующие рентгенологические симптомы остеопороза: состояние костных балочек, наличие тенденции к расширению ячеистых пространств, появление очагов повышенной прозрачности костной ткани в межзубных альвеолярных перегородках, истончение при исчезновении компактной пластинки в области их верхушек, наличие или отсутствие по периферии костной ткани зон избыточного отложения извести (наличие признаков склерозирования костной ткани), тип резорбции (вертикальный или горизонтальный).

Результаты и их обсуждение

При рентгенологическом исследовании 78 больных с пародонтальной и общесоматической патологией с целью диагностики активности остеопороза в альвеолярной кости лишь у 53 (67,9%) чётко выявлялись очаги просветления, что позволило достоверно определять у них наличие остеопороза (определённый остеопороз). У оставшихся пациентов в альвеолярной кости были лишь косвенные признаки остеопоротического процесса: истончение костных балочек, расширение ячеистых пространств, потеря чёткости периферических участков костной ткани. Такое состояние структуры альвеолярной кости квалифицировалось, как вероятный остеопороз.

На рентгеновском снимке при определённом остеопорозе у 46 (59,0%) больных в области резорбированных верхушек межзубных альвеолярных перегородок регистрировались зоны избыточного отложения кальция; у оставшихся 32 (41,0%) больных отмечена лишь потеря чёткости периферических участков костной ткани.

Эпидемиологическое наблюдение больных многопрофильной больницы с наличием хронического генерализованного пародонтита различной степени тяжести от 1 года до 3 лет показало, что у 67 (85,9%) больных с выявленным вероятным остеопорозом (без избыточного отложения кальция), который исходно выявлялся в области фронтальных зубов

верхней и нижней челюстей, через 14 месяцев появились определяемые рентгенологически очаги остеопороза с локализацией в участках диагностированного ранее нами вероятного остеопороза. В то же время, у больных с диагностированным вероятным остеопорозом только в области фронтальных зубов нижней челюсти к этому сроку наблюдений определённый остеопороз появился в 37,2% случаев (29 больных). Однако, через 2 и более лет и у остальных 49 больных (62,8%) вероятный остеопороз перешёл в определённый.

Результаты проведенных исследований на этапах диспансеризации пародонтологических больных с общесоматической патологией выявили максимальное снижение высоты зубных альвеолярных перегородок у больных с определённым генерализованным остеопорозом, который не сопровождается повышенным отложением кальция по периферии межзубных альвеолярных перегородок (к 2 году - на $1,1 \pm 0,2$ мм, к 3 году - на $1,5 \pm 0,2$ мм). У больных с хроническими заболеваниями органов и систем в случаях локализации определяемого остеопороза в области только зубов нижней челюсти степень резорбции костной ткани альвеолы оказалась меньшей (к 2 году - $0,5 \pm 0,07$ мм, к 3 году - $0,8 \pm 0,09$ мм).

У больных с наличием хронических заболеваний органов и систем выявление межальвеолярных очагов определяемого остеопороза как в области фронтальных, так и боковых зубов, без избыточного отложения кальция по периферии альвеолярной кости следует рассматривать как крайне неблагоприятный пародонтологический фактор общесистемного характера. Напротив, наличие зон повышенного отложения кальция по периферии резорбированной альвеолярной кости является благоприятным признаком. В динамическом аспекте у пациентов с наличием зон повышенного минерального отложения нами не установлено дальнейшего снижения высоты межзубных альвеолярных перегородок через 1 год (в 85,7% случаев), через 18 месяцев - у 81,6% больных, через 3 года - у 79,5% обследованных.

Выводы

1. Стационарные больные с генерализованным пародонтитом и вероятным остеопорозом в альвеолярной кости должны быть отнесены к группе пародонтологического риска.

2. Более высокую степень пародонтологического риска имеют общесоматические больные с локализацией остеопорозного процесса во фронтальном участке верхней и ниж-

ней челюстей, который не сопровождается повышенным отложением кальция по периферии костной ткани, меньшую - при локализации процесса во фронтальном участке костной ткани межзубных альвеолярных перегородок нижней челюсти.

3. Межальвеолярные очаги остеопороза в области фронтальных и боковых зубов без избыточного отложения кальция по периферии альвеолярной кости следует рассматривать как крайне неблагоприятный пародонтологический фактор общесистемного характера. Наличие зон повышенного отложения кальция по периферии резорбированной альвеолярной кости является благоприятным пародонтологическим признаком.

4. Полученные рентгенологические результаты позволяют установить риск развития остеопороза и прогнозировать развитие активно прогрессирующей резорбции костной ткани у больных с хроническими заболеваниями органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джураева Ш.Ф. Ассоциированные параллели в течении основных стоматологических заболеваний и сахарного диабета: автореф. дис. докт. мед. наук / Ш.Ф. Джураева. - Москва, 2010. - 37с.
2. Максимовский Ю.М. Состояние общего здоровья пациентов и эпидемиологические аспекты заболеваний периодонта / Ю.М. Максимовский, А.В. Митронин, И.М. Еркян // Dental Forum. - 2005. - Vol. 15, N 2. -P. 46-51.
3. Мухамеджанова Л.Р. Особенности диагностики, клинического течения и лечения генерализованного пародонтита у больных системным (вторичным) остеопорозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Л.Р. Мухамеджанова.- Москва, 2005.- 42с.
4. Стоматологические аспекты остеопороза / Н.В. Плескановская [и др.] // Стоматолог. - 2008. - № 7. - С. 29-34.
5. Gomes-Filho I.S. The association between postmenopausal osteoporosis and periodontal disease / I.S. Gomes-Filho, S.C. Simone, M.I. Vianna // Journ. Periodontol. - 2007. -Vol. 78, N 9. -P. 1731-1740.

Ашуров Г.Г., Истошов А.А.

Рентгенологическая оценка альвеолярной кости у больных с хроническими заболеваниями органов и систем

На основании рентгенологического обследования больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (25 чел.), эндокринной

(27 чел.) и сердечно-сосудистой (26 чел.) патологией установлен риск развития остеопороза альвеолярного отростка и прогнозировано развитие активно прогрессирующей резорбции костной ткани. Среди больных с наличием зон повышенного минерального отложения через год, 18 месяцев и 3 года соответственно в 85,7%, 81,6% и 79,5% случаев рентгенологически не было отмечено снижения высоты межзубных альвеолярных перегородок. За аналогичный период наблюдения у лиц без избыточного отложения кальция по периферии альвеолярного отростка значение снижения высоты межзубных перегородок соответствовало 74,3%, 69,2% и 61,7%.

Ашууров F.F., Исмоилов A.A.

Баҳои рентгенологии устухони алвеолярӣ байни беморони гирифтори касалиҳои музмини узвҳо ва системаҳо

Дар асоси муоинаи рентгенологии беморони муштало ба касалиҳои рудаю меъда (25 нафар), эндокринӣ (27 нафар) ва дилу рағҳо (26 нафар) хатарнокии ба амал омадани остеопорози устухони алвеолярӣ ва пешбини намудани тез ҳалгардии бофтаҳои устухон муайян гардида шуд. Байни беморони қисмати зиёд тақшинудош-таи модаҳои минералӣ дар устухон пас аз 1 сол, 18 моҳ ва 3 сол му-

таносибан ба миқдори 85,7%, 81,6% ва 79,5% аз лихози рентгенӣ паҳн гардидани балангии дево-раи алвеолярӣ байнидандонӣ мушоҳида карда нашуд. Дар ин муҳлат бошад байни шахсони мавқеи камтақшингашта доштаи калсий дар устухони ҷог паҳншавии ба-ландии девораи номбурда мутаносибан ба 74,3%, 69,2% ва 61,7% баробарӣ дошт.

Ashurov G.G., Ismoilov A.A.

X-ray estimation to alveolar bone of patients with chronic diseases organ and systems

On the grounds of X-ray examination patients with diseases of the gastrointestinal tract (25), endocrine (27) and cardiovascular (26) pathology is installed risk of the development osteoporosis of the alveolar offshoot and is forecasted development actively progressing resorption of the bone fabrics. Amongst patients with presence raised mineral sediment in year, 18 months and 3 accordingly in 85,7%, 81,6% and 79,5% events X-ray's were not noted reduction of the height interdently alveolar partition. For similar period of the observation beside persons without surplus sediment calcium on peripheries of the alveolar offshoot importance reduction of the height interdently alveolar partition corresponded to 74,3%, 69,2% and 61,7%.

Ашууров F.F., Шакиров M.H., Джураева Ш.Ф.

ВОЗМОЖНАЯ ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК
Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Ключевые слова: пародонт, сахарный диабет, качество жизни, пародонтит

Актуальность

Качественному сбору анамнеза у больных сахарным диабетом на амбулаторно-поликлиническом стоматологическом приеме часто уделяется недостаточное внимание. По сведениям исследователей [1, 3], при нахождении у стоматолога этих пациентов важнейшей проблемой является то, что лишь около 40% больных сахарным диабетом осведомлены о наличии у них этого заболевания. Разумеется, когда больной осведомлен о нём, при правильно собранном анамнезе врач-сто-

матолог уже в начале приема получит объем информации, достаточный для выбора дальнейшей тактики соответствующего лечения [2, 4].

При оказании стоматологической помощи лицам с сахарным диабетом одним из критериев эффективности соответствующего лечения является оценка качества жизни, которая заключается в интегральной характеристике физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента [5, 6].