

АССОЦИАЦИЯ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Шомуродова Гулчехра Хуршидовна - докторант кафедры пропедевтики
терапевтической стоматологии, Ташкентский государственный медицинский
университет*

*Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна - д.м.н., доцент, кафедры пропедевтики
терапевтической стоматологии, Ташкентский государственный медицинский
университет*

Аннотация. Эндодонтические и пародонтальные поражения связаны с системными патологиями (эндокринной, кроветворной, сердечно-сосудистой систем, ЖКТ). Высокая частота заболеваний пародонта и периапикальных инфекций, усиленных воспалением, определяет ключевые факторы риска.

Ключевые слова: эндодонтические поражения, заболевания пародонта, системные патологии, периапикальные инфекции, воспалительные процессы, резорбция кости, факторы риска, воспаление.

Annotatsiya. Endodontik va periodontal yalig'lanishlar tizimli patologiyalar (endokrin, qon yaratish, yurak-qon tomir tizimlari, oshqozon-ichak trakti) bilan bog'liq. Yallig'lanish bilan kuchaygan parodontal kasalliklar va periapikal infektsiyalarning yuqori chastotasi asosiy xavf omillarini belgilaydi.

Kalit so'zlar: endodontik shikastlanishlar, parodont kasalliklari, tizimli patologiyalar, periapikal infektsiyalar, yallig'lanish jarayonlari, suyak rezorbsiyasi, xavf omillari, yallig'lanish.

Annotation. Endodontic and periodontal lesions are associated with systemic pathologies (endocrine, hematopoietic, cardiovascular systems, gastrointestinal tract). High frequency of periodontal diseases and periapical infections, enhanced by inflammation, determines key risk factors.

Key words: endodontic lesions, periodontal diseases, systemic pathologies, periapical infections, inflammatory processes, bone resorption, risk factors, inflammation.

Развитие патологических изменений в эндодонте обусловлено бактериальной контаминацией пульпы, развитием воспалительно-некротических процессов в пародонте, резорбцией кости в периапикальной области. Множественная инфекция в пери- и пародонтальных поражениях, а также факторы риска через иммунологические реакции способствуют повышению активности процесса костной резорбции. Активность остеокластогенеза будет продолжаться до тех пор, пока микроорганизмы не будут инактивированы [1,4,6,8,9,10].

Микробиоценоз полости рта влияет не только на прогрессивное развитие патологических изменений в пародонте и периодонте, но и косвенно проявляет свое действие на соматическое состояние пациента. Исследователи ближнего и дальнего зарубежья утверждают, что в большинстве случаев заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и кроветворной системы имеют одонтогенное

происхождение [3,5,6,8,10]. Учитывая вышеперечисленное нами осуществлены обследования, на наличие фоновой патологии среди пациентов с клинически диагностированным эндодонто-пародонтальных поражений (ЭПП).

Целью нашего исследования явилось-изучение взаимосвязи эндодонто-пародонтальных поражений с соматическими заболеваниями и выявление ключевых факторов риска.

Материалы и методы исследования. Работа осуществлена на базе поликлиники терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института за период 2022-2024 года. Обследовано 218 пациентов с ЭПП, из которых для анализа отобраны данные 98 человек (возраст 25–65 лет, длительность заболевания 5–10 лет). Методы включали анамнестический сбор, клиническую диагностику, классификацию заболеваний по МКБ-10 и статистический анализ с расчетом отношения шансов (OR) и доверительных интервалов (95% ДИ).

Результаты исследования. В результате комплексного обследования нами были анамнестически выявлены фоновые заболевания, у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями пародонта. Как видно из представленных в таблице 1. данных практически по всем группам заболеваний по МКБ - 10 более высокая частота фоновой соматической патологии обнаруживалась у пациентов с сочетанными воспалительно-деструктивными поражениями пародонта.

Анализ фоновых заболеваний показывает, что ЭПП наиболее часто был ассоциирован с генерализованным пародонтитом (K 05.3), который встречался у 98 (100%) пациентов основной группы против 24 (20,0±0,40%) ($P \leq 0,05$) в группе контроля; отмечалось высокая ассоциация с заболеванием периодонта, так как хронический апикальный периодонтит (K 04.5) составил 48 (49,0±0,98%) пациентов в основной группе против 30 (25,0±0,43%) ($P \leq 0,05$) в группе контроля; периапикальный абсцесс без полости (K 04.7) обнаружено у 44 (44,9 ± 0,90%) пациентов против 18 (15,0 ± 0,35%) ($P \leq 0,05$) в группе сравнения; периапикальный абсцесс с полостью (K04.6) было обнаружено у 38 (38,8±0,79%) пациентов против 18 (15,0±0,35%) ($P \leq 0,05$) в группе контроля; соответствующие соотношения по группам заболевания «Болезни крови, кроветворных органов», железодефицитная анемия (D 50) составил - 46 (46,9 ± 0,94%) против 24 (20,0± 0,40%) ($P \leq 0,05$), анемия, связанная с питанием, неуточненная (D 53.9) - 36 (36,7± 0,76%) против 24 (20± 0,50%) ($P \leq 0,05$); из системы «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния (E 01) составил - 46 (46,9 ± 0,94%) против 12 (10± 0,33%) ($P \leq 0,05$); тиреотоксикоз (гипертиреоз) (E 05) – 8 (7,7 ± 0,28%) против 2 (1,7± 0,13%) ($P \leq 0,05$); из системы «Болезни нервной системы», поражения тройничного нерва составил - 10 (10,2± 0,33%) против 8 (6,7 ± 0,26%) ($P \leq 0,05$); поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений (G50- G59) – 3 (3,06± 0,17%) против 4 (3,25± 0,18%) ($P \leq 0,05$); из системы «Болезни глаза и его придаточного аппарата» болезни век, слезных путей и глазницы.

Таблица 1.

Частота соматической патологии у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями

Код заболевания	Нозологическая форма по МКБ-10	Контрольная группа n=120	Основная группа n=98
		число заболеваний /абс число заболеваний %	
D50-D89	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм		
D50	<u>Железодефицитная анемия</u>	24/20,0	46/46,9
D53.9	Анемия, связанная с питанием, неуточненная	24/20,0	36/36,7
E00-E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ		
E01	<u>Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния</u>	12/10,0	46/46,9
E05	<u>Тиреотоксикоз (гипертиреоз)</u>	2/1,6	8/8,1
G00-G99	Болезни нервной системы		
	<u>Поражения тройничного нерва</u>	8/6,6	10/10,2
G50- G59	Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	4/3,3	3/3,06
H00-H59	Болезни глаза и его придаточного аппарата		
<u>H00-H06</u>	Болезни век, слезных путей и глазницы. <u>Болезни слезного аппарата</u>	6/5,0	5/5,10
<u>H25-H28</u>	Болезни хрусталика	6/5,0	5/5,10
I00-I99	Болезни системы кровообращения		
<u>I10</u>	Эссенциальная (первичная) гипертензия	30/25,0	32/32,65
<u>I25</u>	<u>Хроническая ишемическая болезнь сердца</u>	18/15,0	28/28,57
J00-J99	Болезни органов дыхания		
J00	Острый назофарингит (насморк)	24/20,0	35/35,71
J09-J18	Грипп и пневмония	30/25,0	40/40,82
<u>J44</u>	<u>Другая хроническая обструктивная легочная болезнь</u>	12/10,0	26/26,53
J45	<u>Астма</u>	18/15,0	24/24,48
K00 - K93	Болезни органов пищеварения		
K04.5	Хронический апикальный периодонтит	30/25,0	48/48,97
K04.6	Периапикальный абсцесс с полостью	18/15,0	38/38,77
K04.7	Периапикальный абсцесс без полости	18/15,0	44/44,889
K05.3	Хронический пародонтит	24/20,0	98/100
K25	<u>Язва желудка</u>	12/10,0	24/24,48
K26	<u>Язва двенадцатиперстной кишки</u>	12/10,0	26/26,53
K29	<u>Гастрит и дуоденит</u>	28/23,33	44/44,89
K73	<u>Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках</u>	22/18,3	28/28,6
K81	<u>Холецистит</u>	24/20,0	38/38,77

Примечание: в числителе - абсолютное число, в знаменателе - %

Болезни слезного аппарата (H00-H06) – 5 (5,1 ± 0,23%) против 6 (5,0 ± 0,22%) (P≤0,05);

болезни хрусталика (H25-H28) - $5(5,10 \pm 0,23\%)$ против $6(5,0 \pm 0,22\%)$ ($P \leq 0,05$); из системы «Болезни системы кровообращения» эссенциальная (первичная) гипертензия (I 10) - $32(32,7 \pm 0,69\%)$ против $30(25,0 \pm 0,57\%)$ ($P \leq 0,05$); хроническая ишемическая болезнь сердца (I 25) - $28(28,6 \pm 0,63\%)$ против $18(15,0 \pm 0,42\%)$ ($P \leq 0,05$); из системы «Болезни органов дыхания» острый назофарингит (насморк) (J 00) - $35(35,7 \pm 0,74\%)$ против $24(21,1 \pm 0,51\%)$ ($P \leq 0,05$); грипп и пневмония (J 09-J18) - $40(40,82 \pm 0,83\%)$ против $30(25,0 \pm 0,57\%)$ ($P \leq 0,05$); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J 44) - $26(26,5 \pm 0,60\%)$ против $12(10,0 \pm 0,33\%)$ ($P \leq 0,05$); при изучении системы «Болезни органов пищеварения» выявлено пациенты с язвой желудка (K25) - $24(24,5 \pm 0,56\%)$ против $12(10,0 \pm 0,33\%)$ ($P \leq 0,05$); язва двенадцатиперстной кишки (K 26) - $26(29,5 \pm 0,64\%)$ против $12(10,0 \pm 0,33\%)$ ($P \leq 0,05$); гастрит и дуоденит (K 29) - $44(98 \pm 0,90\%)$ против $28(20,0 \pm 0,55\%)$ ($P \leq 0,05$); хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках (K73) - $28(28,6 \pm 0,63\%)$ против $22(18,3 \pm 0,47\%)$ ($P \leq 0,05$); холецистит соответственно составил (K 81) - $38(38,8 \pm 0,79\%)$ против $24(20,0 \pm 0,50\%)$ ($P \leq 0,05$) (Таблица 1.).

Расчет отношения шансов позволил выделить наиболее значимые группы фоновой патологии развития ЭПП в исследуемой группе пациентов (таблица 2.). Из таблицы 2. видно, что все изученные группы заболеваний значимо определяют риск развития ЭПП в связи с высокими показателями отношения шансов $OR \geq 1$ при 95%-ном ДИ. Проведенный анализ продемонстрировал, что шансы развития данной патологии наиболее высок для таких факторов риска как, болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью и сходные состояния (E 01) - 7,962 (95% ДИ= 0,255; 0,484); тиреотоксикоз (гипертиреоз) (E 05) - 4,750 (95% ДИ= 0,002; 0,117); периапикальный абсцесс без полости (K 04.7) - 4,617 (95% ДИ= 0,179; 0,419); язва двенадцатиперстной кишки (K 26) - 3,774 (95% ДИ= 0,084; 0,307); периапикальный абсцесс с полостью (K 04.6) - 3,589 (95% ДИ= 0,120; 0,356); железододефицитная анемия (D 50) - 3,538 (95% ДИ= 0,145; 0,394); язва желудка (K 25) - 2,919 (95% ДИ= 0,042; 0,248); хронический апикальный периодонтит (K 04.5) - 2,880 (95% ДИ= 0,075; 0,404); гастрит и дуоденит (K29) - 2,677 (95% ДИ= 0,089; 0,342); анемия, связанная с питанием, но неуточненная (D 53.9) - 2,323 (95% ДИ= 0,046; 0,289); холецистит - 2,533 (K81) (95% ДИ= 0,065; 0,310); хроническая ишемическая болезнь сердца (I 25) - 2,267 (95% ДИ= 0,024; 0,248); грипп и пневмония (J09-J18) - 2,069 (95% ДИ= 0,031; 0,285).

90% наших пациентов относятся к категории трудоспособного населения, которое подтверждает социальную значимость исследования по поиску новых методик лечения при ЭПП. К тому же проблема патологий внутренних органов и систем, вызванные очагом хронической инфекции в периодонте, носит не только медицинское, но и социальное значение [1,2,7,9].

Развивающиеся вследствие наличия очагов хронической инфекции в периодонте, заболевания сердечно-сосудистой системы часто способствуют длительной нетрудоспособности человека и значительно ухудшают качество жизни. Эти факторы, предрасполагающие развитию ЭПП, могут быть обменные нарушения и другие заболевания, приводящие к развитию иммунодефицитных состояний [3, с.82-84; 11, с. 16-19; 29, с. 21-26; 79, с.28-30].

Таблица 2.

Отношение шансов отягощенности соматического статуса в реализации ЭПП

№	Соматическая патология	Код	OR отношение шансов	S ошибка	Доверительный интервал (95%)
1	Железодефицитная анемия	D50	3,538	0,062	0,145-0,394
2	Анемия, связанная с питанием, неуточненная	D53.9	2,323	0,061	0,46-0,289
3	Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния	E01	7,962	0,057	0,255-0,484
4	Тиреотоксикоз (гипертиреоз)	E05	4,750	0,029	0,002-0,117
5	Поражения тройничного нерва		1,6	0,236	0,002-0,166
6	Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50- G59	0,939	0,378	0,098-0,168
7	Болезни век, слезных путей и глазницы Болезни слезного аппарата	H00-H06	1,022	0,302	0,068-0,103
8	Болезни хрусталика	H25-H28	1,022	0,302	0,068-0,103
9	Эссенциальная (первичная) гипертензия	I10	1,455	0,127	0,024-0,155
10	Хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	2,267	0,056	0,024-0,248
11	Острый назофарингит (насморк)	J00	2,083	0,062	0,023-0,270
12	Грипп и пневмония	J09-J18	2,069	0,063	0,031-0,285
13	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	J44	0,052	0,052	0,061-0,270
14	Астма	J45	1,838	0,154	0,026-0,201
15	Хронический апикальный периодонтит	K04.5	2,880	0,082	0,075-0,404
16	Периапикальный абсцесс с полостью	K04.6	3,589	0,059	0,120-0,356
17	Периапикальный абсцесс без полости	K04.7	4,617	0,059	0,179-0,419
18	Язва желудка	K25	2,919	0,051	0,042-0,248
19	Язва двенадцатиперстной кишки	K26	3,774	0,056	0,084-0,307
20	Гастрит и дуоденит	K29	2,677	0,063	0,089-0,342
21	Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках	K73	1,782	0,141	0,035-0,201
22	Холецистит	K81	2,533	0,061	0,065-0,310

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что хронические инфекции в полости рта, вызывающие ЭПП, могут провоцировать системные нарушения, включая патологии эндокринной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Воспаление и бактериальная контаминация в пародонте активируют остеокластогенез, способствуя резорбции кости и системным иммунным реакциям. Высокая частота генерализованного пародонтита и апикального периодонтита подчеркивает их роль в развитии ЭПП. Социальная значимость исследования обусловлена высокой

распространенностью ЭПП среди трудоспособного населения, что требует разработки эффективных стратегий лечения.

Таким образом, при анализе фоновой соматической патологии у пациентов с ЭПП наиболее значимыми факторами риска его развития выделены такие, как заболевания пародонта, периодонта, эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Эндодонто-пародонтальные поражения связаны с высокой частотой соматических заболеваний эндокринной системы, ЖКТ и кроветворной системы, где генерализованный пародонтит и хронический апикальный периодонтит выступают ключевыми факторами риска, усиленными микробиоценозом полости рта, причем наиболее значимыми факторами риска являются заболевания щитовидной железы, периапикальные абсцессы и язвенная болезнь, что требует комплексного лечения с устранением инфекции, контролем воспаления и мониторингом системных патологий.

Литература

1. Алеханова И. Ф., Васенев Е. Е., Геворгян З. М. Эндодонто-пародонтальные проблемы и пути их решения // Современный взгляд на будущее науки: сб.ст. Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 207-209.
2. Антаньян А.А. Эффективная эндодонтия: Учебное пособие. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. - 232 стр.
3. Горбачёва И. А., Орехова Л. Ю., Сычёва Ю. А., Чудинова Т. Н., Михайлова О. В. Факторы взаимного отягощения множественных хронических очагов инфекции и генерализованного пародонтита // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. - 2018 - 25 (1). - С. 50-55.
4. Грудянов А.И., Макеева И.М. Частота встречаемости эндодонто-пародонтальных поражений и информированность врачей об особенностях их диагностики и лечения // Стоматология. -2014. -№ 3. -С. 11-14.
5. Дедова Л.Н., Денисова Ю. Л., Кандрукевич О. В. Распространенность болезней периодонта, кариеса корня зуба, чувствительности дентина и зубочелюстных деформаций в Республике Беларусь по результатам обследования населения в возрастных группах 35-44, 45-54 и 55-64 года // Стоматолог. - 2016. - № 1 (20). - С. 9-16.
6. Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х., Хасанов А.О., Патхиддинова М.Ш. Курение как значимый модифицируемый фактор риска развития заболеваний полости рта и пародонта // Журнал медицины и инновации. - 2024. - № 3 (15). - С. 28-33.
7. Li L., Zhang Y.L., Liu X.Y., Meng X., Zhao R.Q., Ou L.L., Li B.Z., Xing T. Periodontitis Exacerbates and Promotes the Progression of Chronic Kidney Disease Through Oral Flora, Cytokines, and Oxidative Stress // Front Microbiol. -2021 11 iyun;12:656372.
8. Seoane T., Bullon B., Fernandez-Riejos P., Garcia-Rubira J.C., Garcia-Gonzalez N., Villar-Calle P., Quiles J.L., Battino M., Bullon P. Periodontitis and Other Risk Factors Related to Myocardial Infarction and Its Follow-Up.// J Clin Med. -2022 May 6;11(9):2618.
9. Ruiz X.F., Duran-Sindreu F., Shemesh H., Font M.G., Valles M. et al. Development of periapical lesions in endodontically treated teeth with and without periodontal involvement: a retrospective cohort study // Journal of Endodontics - 2017. - №43(18). - p. 1246-1249.
10. Yusupalikhodjaeva S.Kh., Shomurodova G.Kh., Navruzova F.R. Risk factors for the development of combined inflammatory destructive parodontal lesions // Spanish Journal of Innovation and Integrity Volume 12, November 2022. - P. 6-11.