

УДК 616:314 – 616.89 – 008.454

© Л.Х. Дурягіна, В.П. Седих, О.В. Дорофєєва, 2014.

## ВПЛИВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Л.Х. Дурягіна, В.П. Седих, О.В. Дорофєєва

*Кафедра терапевтичної стоматології (зав. кафедрою – доц. Л. Х. Дурягіна), ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь*

### INFLUENCE OF DEPRESSIONS ON THE CONDITION OF TISSUES OF PARODENTIUM AND MUCOUS MEMBRANE OF AN ORAL CAVITY

L.H. Duryagina, V.P. Sedykh., O.V. Dorofeeva

#### SUMMARY

The condition of tissues of parodentium and MMOC, and also the features of their clinical current at 215 persons aged from 16 till 49 years with depressive frustration had been studied. It has been established that prevalence of diseases of parodentium and MMOC made 86.5%. The feature of a course of the combined diseases of tissues of parodentium and MMOC is deeper defeat of retentive tissues of tooth at young age, fast generalization of process with a frequent abscess formation and development of heavy keratoid changes in MMOC. It is possible to regard as negative influence of the combined pathology.

### ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Л.Х. Дурягина, В.П. Седых, О.В. Дорофеева

#### РЕЗЮМЕ

Изучено состояние тканей пародонта и СОПР, а так же особенности их клинического течения у 215 лиц с депрессивными расстройствами в возрасте от 16 до 49 лет. Установлено, что распространенность заболеваний пародонта и СОПР составила 86,5%. Особенностью течения сочетанных заболеваний тканей пародонта и СОПР является более глубокое поражение зубодерживающих тканей в молодом возрасте, быстрая генерализация процесса с частым абсцедированием и развитием тяжелых кератотических изменений в СОПР, что можно расценить как негативное влияние сочетанной патологии.

**Ключові слова:** захворювання тканин пародонта і СОПР, депресивні розлади.

Запальні та дистрофічно - запальні захворювання тканин пародонта за розповсюдженістю займають важливе місце в структурі стоматологічних хвороб. У дослідженнях авторів [1,3,4,6,10] показано, що перебіг захворювань пародонта тісно пов'язаний з психосоматичними розладами в організмі людини. Доведено взаємне обтяження захворювань, вплив психологічних факторів, які сприяють посиленню патологічного процесу в тканинах пародонта. Це обумовлено інтенсифікацією сучасного життя і підвищенням ролі стресогенних чинників у збільшенні захворюваності [2,5].

Нашу увагу привернула недостатньо вивчена на даний час проблема одночасного розвитку захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота, що поєднується з депресивними розладами. Значення психосоматичних співвідношень у формуванні та розвитку частіше виявляємих у таких хворих кератозів (м'яка лейкоплакія, червоний плескатий лишай), підтверджує актуальність цієї проблеми. Захворювання пародонту на сьогодні стали основною стоматологічною проблемою [1,3,]. Важливість проблеми захворювань пародонта викликано великою їх розповсюдженістю, значною втратою

зубів та впливом цих хвороб на загальний стан організму [5,10].

Метою дослідження є вивчення впливу депресивних розладів на клінічний стан тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проведено стоматологічне обстеження 215 осіб із високим рівнем депресивних переживань, віком від 16 до 49 років, які знаходились на лікуванні протягом 2004-2007 року на базі кафедри терапевтичної стоматології ДУ «Кримський медичний університет імені С.І. Георгієвського» і міської стоматологічної поліклініки м. Сімферополь, а також відділення неврозів міського психо-неврологічного диспансеру. Розподіл пацієнтів проводили згідно вікової періодизації А.А.Маркосян [9].

Обстеження включало: збір анамнезу, огляд, зондування, перкусію, пальпацію; діагностику захворювань твердих тканин зубів, пародонту і слизової оболонки порожнини рота. З'ясували гігієнічні навички, догляд за порожниною рота, наявність шкідливих звичок.

Діагностику захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота проводили відповідно до

термінології і класифікації Н.Ф. Данилевського і А.В. Борисенко [7] та Н.Ф. Данилевського і співав. [8], які є загальноприйнятими в Україні.

Враховуючи домінуючу патологію тканин пародонта при їх одночасному ураженні з кератозами, для визначення ролі супутніх депресивних розладів у перебізі стоматологічних захворювань проведено порівняння 114 пацієнтів дослідної групи з хронічним катаральним гінгівітом і генералізованим пародонтитом з 92 хворими із аналогічними ураженнями тканин пародонта, без супровідної соматичної патології (група порівняння), співставлених за віком і статтю. Для об'єктивного судження про інтенсивність та важкість змін в тканинах пародонта дослідної та порівнювальної групи у віковому аспекті усі хворі поділені на групи за класифікацією ВООЗ [9]: 19-24 років, 25-34 років, 35-44 років.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Поглиблене стоматологічне обстеження 215 осіб із високим рівнем депресивних переживань виявило захворювання пародонта і слизової оболонки порожнини рота у 186, що склало 86,5%. При цьому дані захворювання в юнацькому віці встановлені в 92,3% випадків, в I періоді зрілого віку – в 83,3%, в II періоді зрілого віку – в 67,7%. З 186 хворих у 72 пацієнтів юнацького віку (38,7%) діагностовано м'яку лейкоплакію, у 48 хворих аналогічного вікового періоду (25,8%) – хронічний катараль-

ний гінгівіт, 45 пацієнтів I періоду зрілого віку (24,2%) – генералізований пародонтит початкового-I ступеня і м'яку лейкоплакію, 21 хворого II періоду зрілого віку (11,3%) – генералізований пародонтит II ступеня і червоний плескатиий лишай.

Отже, на першому етапі дослідження встановлені наступні особливості перебігу стоматологічних захворювань, поєднаних з депресивними розладами: одночасне ураження тканин пародонта (хронічний катаральний гінгівіт і генералізований пародонтит) і слизової оболонки порожнини рота (м'яку лейкоплакія і червоний плескатиий лишай); з віком – поступове збільшення депресивних розладів (з 35,9 до 45,6%) (рис. 1.) та аналогічне зменшення стоматологічної захворюваності (з 92,3 до 67,7%) (рис. 2.). Натомість, з віком спостерігали розвиток більш глибоких уражень тканин пародонта (хронічний катаральний гінгівіт в юнацькому віці, генералізований пародонтит початкового-I ступеня – в I, а II ступеня – в II періоді зрілого віку) та більш важких кератотичних уражень слизової оболонки порожнини рота (в юнацькому віці і I періоді зрілого віку – м'яку лейкоплакія, II періоді зрілого віку – червоний плескатиий лишай).

Разом з тим, в об'єктивній і суб'єктивній симптоматиці одночасних уражень навколорізних тканин і слизової оболонки порожнини рота у цієї категорії хворих переважали ознаки хвороб пародонта.

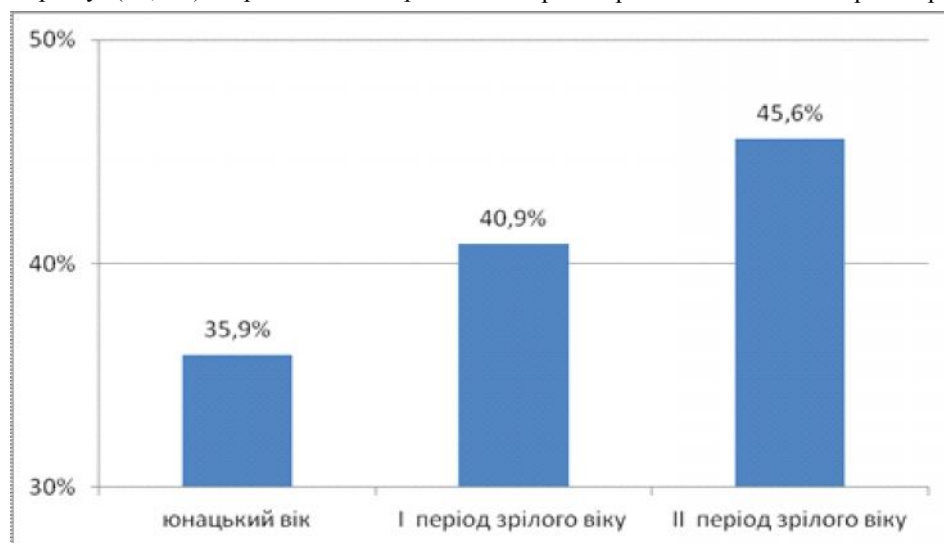
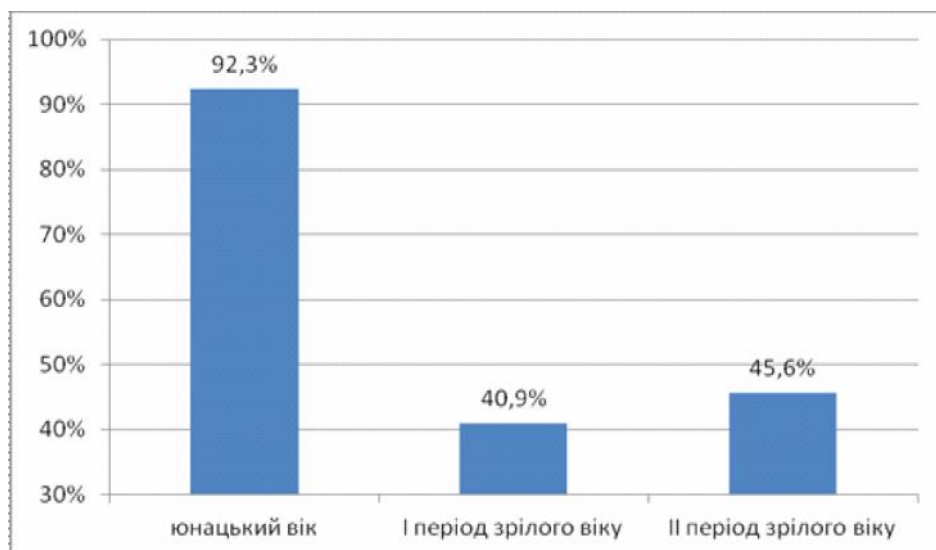


Рис. 1. Частота виявлення депресивних розладів у обстежених осіб за віковою категорією.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу захворювань пародонта у обстежених виявив наступні особливості: виражену закономірність до зростання тяжкості у молодому віці в дослідній групі і зі збільшенням віку пацієнтів – в групі порівняння. Так, хронічний катаральний гінгівіт діагностований у 100% хворих дослідної групи віком від 19 до 24 років, генералізований пародонтит початкового-I ступеня – у 40% хворих віком від 19 до 24 років, 57,8% пацієнтів – від 25 до 34 років і 2,2%

– від 35 до 44 років. У хворих групи порівняння хронічний катаральний гінгівіт діагностований у віковому періоді 19-24 роки в 7,3% випадків, 25-34 років – в 92,7%, а генералізований пародонтит початкового-I ступеня у віці 25-34 років – в 8,3% випадків, 35-44 років – в 91,7%. Отже, можна зробити висновок про негативний вплив поєднаної патології на перебіг захворювань тканин пародонта, який сприяє збільшенню їх більш важких форм у молодому віці.



**Рис. 2.** Частота виявлення уражень тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота у обстежених осіб з депресивними розладами за віком.

Слід відмітити, що клінічна симптоматика захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота у поєднанні з депресивними розладами не відрізнялась від такої, що описана в джерелах літератури, однак вираженість окремих ознак і форм були різними.

При клінічному обстеженні 72 хворих на м'яку лейкоплакію, поєднану з депресивними розладами, типова дифузна форма діагностована в 15,3% випадків, типова вогнищева - в 77,8%, атипова - в 6,9%.

Важливе значення у постановці діагнозу має виявлення етіологічного чинника захворювання. З анамнезу встановлено, що розвитку м'якої лейкоплакії сприяли емоційні фактори - довготривала перевтома і нервово-психічні травми. Натомість усі хворі були працездатні і не мали важких загальносоматичних захворювань.

Відомо, що основними симптомами даного захворювання є наявність вогнища зроговіння слизової оболонки поверхневих шарів епітелію без ознак запалення прилеглих тканин. Ці симптоми спостерігали в усіх пацієнтів з типовою формою захворювання (93,1%). Однак, в більшості випадків, вогнища ураження мали локальний характер і хворі пов'язували їх виникнення із звичкою постійного прикушування слизової оболонки щік. При цьому скарги на сухість і неприємні відчуття злушування слизової оболонки пред'являли лише 30,6% хворих, а на незвичний вигляд слизової оболонки і наявність нашарувань - 19,4%. Пацієнти частіше не лікувались (36,1%), або лікувались самостійно (13,9%) за допомогою полоскань розчинами антисептиків. Дані суб'єктивного і об'єктивного обстеження вказували на значення психологічного фактору, наряд з іншими, у розвитку м'якої лейкоплакії.

При оцінці клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту при поєднанні з депресивни-

ми розладами у 48 пацієнтів, звертає на увагу дифузний характер розповсюдженості процесу у 100% хворих. Як свідчать отримані результати, основними симптомами захворювання були: незначний набряк, застійна гіперемія з ціанозом ясенного краю і ясенних сосочків; потовщення і розрихлення та згладження контуру міжзубних ясенних сосочків; зміна рельєфу ясенного краю.

Важливим симптомом захворювання є кровоточивість ясен якій встановлювали у 100% хворих. При цьому I ступень кровоточивості виявляли у 72,9% обстежених хворих, II - у 26,1%. На особливу увагу заслуговує також наявність над'ясенних зубних нашарувань: в 64,6% випадків - мінералізованих зубних відкладень, 18,7% - зубної бляшки, в 16,7% - м'якого зубного нальоту. Це підкреслює незадовільний стан порожнини рота, обумовлений, в першу чергу, низькою мотивацією хворих до проведення гігієни ротової порожнини. Лише 18,8% обстежених мають хороші знання з питань індивідуальної гігієни ротової порожнини і користуються усіма предметами і засобами, 52,1% чистять зуби 1 раз на день (з ранку) зубною пастою, 12,5% - іноді, а 16,6% - не чистять і не бачать в цьому необхідності.

Незважаючи на вираженість симптомів захворювання, лише 10,4% пацієнтів пред'являли скарги на свербіж і неприємні відчуття в яснах, а 22,9% - на кровоточивість ясен при прийомі їжі та чищенні зубів. Отже, наявність апатичного компоненту і негативних емоцій в структурі депресивних порушень обумовлювало низький рівень гігієни порожнини рота та розвиток захворювання, обтяжуючи його перебіг.

Більш важким перебігом відрізнявся генералізований пародонтит початкового-I ступеня із супутнім кератозом у поєднанні з депресивними розладами. Причому суб'єктивна і об'єктивна симптоматика

була більш виражена при одночасному ураженні тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота (м'яка лейкоплакія), ніж при окремому.

В сучасній літературі велика увага приділяється значущості анамнестичних даних у розвитку коморбідних захворювань та вибору методів лікування [2,6]. Важливо підкреслити, що усі пацієнти пов'язували загострення перебігу захворювань пародонта та виникнення абсцесів із рецидивами депресивних розладів. Переважна більшість хворих на генералізований пародонтит початкового-І ступеня (19 з 23, що склало 82,6%) не відмітили позитивного ефекту від різноманітних методів лікування зубоутримуючих тканин.

Згідно з отриманими нами результатами найбільш значимими даними суб'єктивного і об'єктивного статусу були: кровоточивість ясен (в 100% хворих); дискомфорт в порожнині рота (86,7%); симптоматичний дифузний катаральний гінгівіт (100%); наявність над- та під'ясенних зубних нашарувань (86,7%); травматична оклюзія (46,7%); гіперемія і ціаноз ясен (100%); пародонтальні кішені глибиною до 2 мм (53,3%) і 3мм (46,7%); пародонтальні абсцеси (35,6%); кровоточивість ясен І (62,2%) і ІІ ступеня (37,8%); рухомість зубів І ступеня (35,6%); остеопороз губчастої речовини міжальвеолярних перегородок і резорбція кортикального шару (44,4%) та нерівномірна горизонтальна резорбція альвеолярного відростка на рівні  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{3}$  його висоти (55,6%). У 64,4% хворих даної групи діагностована м'яка лейкоплакія.

Аналізуючи клінічний перебіг одночасних уражень пародонта і слизової оболонки порожнини рота (генералізований пародонтит ІІ ступеня і червоний плесканий лишай) у поєднанні з високим рівнем депресивних переживань слід зазначити збільшення скарг у хворих: біль в яснах – 90,5%; кровоточивість – 80,9%; дискомфорт – 61,9%; відчуття сухості та стягнутості слизової оболонки щік – 28,6%; рухомість зубів – 90,5%. При об'єктивному клінічному огляді крім симптоматичного хронічного катарального гінгівіту (61,9%) діагностований хронічний гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма (38,1%). Відмінною особливістю клінічного перебігу генералізованого пародонтиту було наявність пародонтальних кишень глибиною 3-5мм (61,9%) і 5-8мм (38,1%), пародонтальних абсцесів (57,1%), травматичної оклюзії (100%), рухомості зубів І (42,9%) і ІІ ступеня (57,1%). Встановлена змішана резорбція міжальвеолярних перегородок на  $\frac{1}{3}$  (61,9%) і  $\frac{2}{3}$  її висоти (39,1%).

Отже, характерними клінічними особливостями захворювань пародонта при одночасному ураженні з кератозами у поєднанні з депресивними розладами були: достовірно вища поширеність важких форм у молодому віці, швидка генералізація процесу, тяжкий перебіг з частим абсцедуванням.

## ВИСНОВКИ

1. Поширеність захворювань пародонта і СОПР у осіб з високим рівнем депресивних переживань становила 86,5%.

2. Структура захворювань пародонта і СОПР у поєднанні з депресивними розладами змінюється з віком: в юнацькому періоді діагностовано м'яку лейкоплакію (в 38,7% випадків) і хронічний катаральний гінгівіт (в 25,8%), в І періоді зрілого віку – ГП початкового-І ступеня з сумісною м'якою лейкоплакією (в 24,2%), в ІІ періоді зрілого віку – ГП ІІ ступеня з червоним плесканим лишаєм (в 11,3%).

3. Особливістю перебігу одночасних захворювань тканин пародонта і СОПР є більш глибокі ураження зубоутримуючих тканин в молодому віці, швидка генералізація процесу з частим абсцедуванням та з віком розвиток більш важких кератотичних змін в СОПР, що можна розцінити як негативний вплив поєднаної патології.

*Перспективою подальших досліджень є розробка та впровадження ефективних методів лікування захворювань пародонта і СОПР у поєднанні з депресивними розладами та визначення їх клінічної ефективності.*

## ЛІТЕРАТУРА

1. Безруков И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит/ И.В. Безруков. — Москва: Медицинская книга, 2004. — 144с.
2. Вербенко Н.В. Депрессии в общесоматической практике/ Н.В. Вербенко, В.А. Вербенко // Таврический терапевтический журнал. — 2004. — № 1. — С.7—15.
3. Годована О.І. Захворювання пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз). / О.І. Годована. — Львів-Тернопіль: Джура, 2009. — 199с.
4. Генералізований пародонтит / [Заболотний Т.Д., Борисенко А.В., Марков А.В. та ін.] – Львів: ГалДент, 2011. – 240с.
5. Грудянов А.И., Фролова О.А. Заболевания пародонта и меры их профилактики/ А.И. Грудянов, О.А. Фролова // Лечащий врач. — 2001. — № 4. — С. 56—60.
6. Депресія як загальномедична проблема / [М.І. Винник [та ін.] // Галицький лікарський вісник. — 2011. — Т. 18, № 3. — С.5— 7.
7. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Захворювання пародонта/ Н.Ф.Данилевский, А.В. Борисенко. — Київ: Здоров'я, 2000. — 461с.
8. Заболевания слизистой оболочки полости рта / [Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. та ін.] – Москва: ОАО «Стоматология», 2001. – 271 с.
9. Тихвинский С.Б. Детская спортивная медицина: руководство для врачей / Тихвинский С.Б., Хрущев С.В.- М.: Медицина, 1991.- С. 28.
10. Genco R.J. Current view of risk factors for periodontal diseases: Review / R.J. Genco // J. Periodontol. — 1996. — V. 67, Suppl. 10. — P. 1041-1049.