

добных поражений костей // 15-1 Всемирный конгресс Международного общества криохирургии (1-4 октября 2009 г., г. Санкт-Петербург). – С. 84-85.

СИСТЕМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ И ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИСТИ

*Кузнецова Н.Л. *, Мензорова Н.В. ***, Блохина С.И. ***, Михайлов А.Е. ***

*ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

**ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрав»,

***ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург

Актуальность исследования. Хронический генерализованный пародонтит занимает, по данным ВОЗ, второе место после кариеса и является самым распространенным среди заболеваний полости рта [1]. Эти нарушения являются не только локальными, но и пародонтальным симптомокомплексом патологического процесса, характеризующимся нейрососудистой дистрофией [2].

В настоящее время практически не вызывает сомнений то, что в развитии и прогрессировании как дистрофических заболеваний кисти (ДЗК), так и хронического генерализованного пародонтита (ХГП) играет роль системный компонент. Выдвинута гипотеза о том, что ДЗК и ХГП являются локальными проявлениями общего дистрофического процесса.

Целью работы был сравнительный анализ рентгенологических особенностей костной ткани в разных локализациях при ДЗК и ХГП.

Материалы и методы исследования. Для подтверждения выдвинутой гипотезы проведено рентгенологическое исследование. С целью уточнения характера нарушений костной ткани при ДЗК и ХГП различной степени тяжести 20 пациентам с дистрофическими заболеваниями кисти (ДЗК) и 20 обследованным контрольной группы была выполнена рентгенография кисти и у 20 – черепа [3]. Такой подход мы считаем обоснованным по двум обстоятельствам. Во-первых, частое сочетание ДЗК и ХГП. Во-вторых, в связи с общеизвестным фактом общности строения костной ткани лучевой кости, челюстей и черепа.

При оценке рентгенограмм обеих кистей в прямой проекции выявлены характерные для всех групп мягкотканых заболеваний косвенные признаки – остеопороз и остеосклероз. У 17 из 20 обследованных обнаружена различная степень остеопороза, ранними признаками которого являлись: продольная разнородность кортикального слоя средней фаланги пальцев, краевые костные разрастания на уровне межфаланговых суставов (при сроке заболевания до года). При нозологических формах имелись особенности. Контрактура Дюпюитрена (КД) характеризовалась выраженным равномерным остеопорозом с поражением структуры костей кисти и предплечья до нижней трети. Больные с подкожным разрывом сухожилий (ПР) имели пятнистый остеопороз, распро-

страняющийся на основные и средние фаланги. При туннельных синдромах (ТС) он отмечен на всех фалангах.

Рассасывание костных трабекул со стороны костно-мозгового канала приводит к истончению коркового слоя, в результате чего канал представляется значительно расширенным по сравнению с нормальной костью, что может быть использовано в объективной оценке остеопороза. Исследование выполнено по толщине кортикального слоя третьей пястной кости на уровне средней трети диафиза с учетом возраста. Выявлено, что у всех больных толщина кортикального слоя была достоверно ниже $2,2 \pm 0,1$ мм ($n=20$), чем в группе «контроля» $3,2 \pm 0,1$ мм ($p<0,05$; $n=20$). Проведена сравнительная оценка выраженности остеопороза по индексу *Barret*, суть которого определяется отношением толщины кортикального слоя второй пястной кости в средней трети диафиза к толщине его в этом месте [4]. Средняя величина индекса при болезнях кисти 27,4% ($n=20$) достоверно ниже контрольного 46% ($p<0,05$; $n=20$). Самый низкий индекс отмечен при туннельных синдромах, что согласуется со степенью остеопороза, выявляемого при его визуальной оценке.

Остеосклероз костей кисти при ДЗК в сочетании с ХГП, сопровождающийся деструкцией и резорбцией кости, периостальными изменениями, образованием полостей, выявлен у 15 из 20 больных. Характерен остеосклероз при туннельных синдромах при длительности болезни более 5 лет.

Деформирующий артроз межфаланговых суставов отмечен у 17 из 20 обследованных. Согласно рентгенологической классификации данного заболевания для больных с ДЗК типична 1 и 2 степени артроза. Вторая – отмечена у пациентов с контрактурой Дюпюитрена и туннельными синдромами, независимо от длительности болезни. Остальные патологические процессы характеризовались наличием менее выраженной степени деформирующих изменений.

У 24% женщин определен положительный метакарпальный синдром, проявляющийся недостатком длины четвертой пястной кости. Он явился подтверждением гормональных нарушений, возникающих при дистинезии гонад. Симптом отмечен у больных с туннельными синдромами и ХГП.

Среди практически здоровых не выявлены остеосклероз, деформирующий артроз и положительный метакарпальный синдром ($n=20$).

Таким образом, наряду с патогномоничными рентгенологическими признаками мягкотканых заболеваний кисти выявлен симптомокомплекс, характерный для ДЗК в сочетании с ХГП.

Наиболее выражены рентгенологические признаки при туннельных синдромах. Для них характерно наличие пятнистого остеопороза на уровне фаланг пальцев, остеосклероза и деформирующего артроза, дистальных межфаланговых суставов 2 степени, а также низкий индекс Барнета и положительный метакарпальный синдром.

При контрактуре Дюпюитрена выявляются равномерный остеопороз до уровня нижней трети предплечья, остеосклероз при давности заболевания более 10 лет, деформирующий артроз 1 степени с низким индексом. Подкожный

разрыв сухожилий характеризовался пятнистым остеопорозом на уровне средних и основных фаланг.

Выявленная совокупность признаков расценена как проявление дистрофии костной ткани, а остеопороз и остеосклероз – фазы этого процесса.

Предположено, что наряду с костями кисти патологические изменения поражают и другие, в частности, кости черепа. На краниограммах, выполненных в боковой проекции 20 больных с КД, ПР, ТС в сочетании с ХГП и 20 человек контрольной группы, оценивалась степень костных изменений в области турецкого седла, клиновидной кости, костей свода и основания черепа. Наиболее часто (8 случаев) отмечены эностозы лобной кости и остеопороз клиновидной. У 6 человек наблюдалось усиление сосудистого рисунка. Для 5 пациентов были выявлены эностоз свода и основания черепа, усиление ложа синусов и остеопороз турецкого седла. Найдено 4 случая многоконтурности турецкого седла и 2 – неравномерного уплотнения ламбдовидного шва. Полученные данные свидетельствуют о наличии у больных неполных синдромов Морганьи и Олблайта как проявления фиброзной дисплазии костей мозгового черепа.

Таким образом, при ДЗК в сочетании с ХГП выявлены изменения костной ткани кисти, черепа, челюстей, свидетельствующие о наличии рентгенологических признаков дистрофии костной ткани. Эти нарушения в трех изученных локализациях отражают системную природу патологического процесса. Достоверные (метакарпальный синдром) и косвенные рентгенологические признаки, выявленные при ДЗК в сочетании с ХГП, характерны для изменений скелета, обнаруженных у женщин при нарушениях менструального цикла. Выявленные изменения костей черепа показывают возможность существования «порочного круга» с первично или вторично возникающими изменениями гипоталамуса и гипофиза, усиливающими тяжесть заболевания.

Литература

1. Жулев Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта [Текст] / Е.Н. Жулев. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 275 с.
2. Кузнецова Н.Л. Комплексное лечение женщин с мягкоткаными дистрофическими заболеваниями кисти: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Пермь, 1995. – 399с.
3. Горбачева И.А., Единство системных патогенетических механизмов заболеваний внутренних органов, связанных с генерализованным периодонтитом [Текст] / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология. – 2004. – Т. 83. – № 3. – С. 6 – 11.
4. Кантин А.В. Особенности скелета кисти у больных с раком шейки матки // Вопросы онкологии. – 1978. – № 3. – С. 5 – 8.