

«КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПОТИРЕОЗА В ПОЛОСТИ РТА»

Моторина Людмила Александровна

студент, 3 курс, 33с группа, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Бучнева Наталья Викторовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц. кафедры фармакологии, Кафедра фармакологии, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

В эндокринологии одно из ведущих мест занимают заболевания, связанные с патологией щитовидной железы, а именно первичный гипотиреоз (Бапаболкин М И, 2007).

В 95% случаев развивается первичный гипотиреоз, в 5% случаев – гипотиреоз обусловлен снижением чувствительности рецепторов к гормонам щитовидной железы или повышенным их метаболизмом. Врожденный гипотиреоз встречается у 1 из 4–5 тыс. новорожденных. Первичный гипотиреоз в манифестной форме встречается в 0,2–1%, латентный первичный гипотиреоз составляет 7–10% среди женщин и 2–3% среди мужчин. В течение года латентный гипотиреоз в 5% манифестирует. В старшей возрастной группе (более 50 лет) распространённость субклинического гипотиреоза выше и составляет 10–16%.

Под гипотиреозом понимают клинический синдром, который обусловлен длительным стойким дефицитом гормонов щитовидной железы (тироксина и трийодтиронина) в организме. В настоящее время существует множество причин, которые способствуют развитию данной патологии: изменения со стороны гипоталамуса и аденогипофиза (сниженная продукция тиреолиберина и тиреотропина), врожденная гипоплазия, аплазия или дистопия щитовидной железы, повреждение ткани железы патогенным фактором (ионизирующее излучение, радионуклиды, лекарственные воздействия) или её удаление в результате хирургического вмешательства, генетически детерминированное нарушение биосинтеза тиреоидных гормонов, недостаток субстрата (йода), аутоиммунные и неопластические процессы в щитовидной железе, а так же проживание в районах, где недостаточно йода в воде и почве. По данным В. Б. Черняхова, 85% территории Оренбургской области относится к категории с весьма неблагоприятными геоэкологическими условиями. К экологически благоприятной территории относится только её Юго-Восточные окраины (2% территории).

В Оренбургской области высокий уровень заболеваемости эндемическим зобом, поэтому ранняя диагностика первых признаков данной патологии, в том числе и на стоматологическом приёме, очень важна. Пациенты, страдающие этим заболеванием, имеют характерный внешний вид и специфические проявления в полости рта. При врожденном гипотиреозе у детей наблюдается относительно большая голова с квадратным черепом, широкая западающая переносица, одутловатое лицо – частота зубочелюстных аномалий у детей в возрасте от 4–15 лет по данным Э.Т. Супиевой (1996) при гипотиреозе составляет 61,1% (без патологии щитовидной железы — 39,1%). При объективном осмотре полости рта – увеличенный в размере язык, по краям которого имеются отпечатки зубов, сухость слизистой оболочки полости рта и множественный кариес. Распространённость кариеса постоянных зубов у детей на фоне гипотиреоза в 1,4 раза выше, чем у здоровых детей; молочных зубов — в 1,6 раза; соответственно интенсивность кариеса постоянных зубов выше в 1,7, а молочных — в 2,3 раза [3].

При приобретённом гипотиреозе возможно развитие гипоплазии эмали, патологической стираемости зубов, эрозий твёрдых тканей, трещин эмали, множественного пришеечного кариеса, а также наблюдается замедленное прорезывание зубов (молочные зубы у таких

детей прорезываются на 1-2 и даже 3 года позже, смена зубов происходит на 3-4 года позже), атипичная форма коронковой части зубов, скученность зубов во фронтальном отделе, аномалии прикуса. Распространённость некариозных поражений зубов среди детей 4-15 лет с эндемическим зобом в 2 раза выше, чем среди здоровых детей (Э.Т. Супиева, 1996).

Со стороны слизистой оболочки полости рта при гипотиреозе определяется анемичность, отёчность слизистой оболочки, обложенность языка, нарушение вкуса. Слизистая десны часто бледная, блестящая, гиперплазированная, но не воспаленная. У детей с гипотиреозами регистрируется более высокая частота заболеваний пародонта (61,1%), чем у здоровых детей (18,7%) (Э.Т. Супиева, 1996). При этом чаще встречается хронический катаральный гингивит (у 43,6% детей), несколько реже — гипертрофический (в 12,4% случаев). У взрослых в пародонте чаще преобладают дистрофические процессы — атрофия межзубных сосочков, зияние шеек зубов, при этом отсутствует их подвижность.

При гипотиреозе снижается устойчивость пародонта, что приводит к наслаиванию бактериальной колонизации и формированию очага хронической инфекции. Наиболее частыми жалобами при заболеваниях пародонта, возникшими на фоне гипотиреоза, являются обнажение корней зубов (84%), наличие дефектов зубов в пришеечной области (89%), повышенная чувствительность (гиперестезия) зубов (68%).

Цитологическая картина при пародонтите у пациентов с первичным гипотиреозом характеризуется умеренной лейкоцитарной инфильтрацией, отсутствием иммунокомпетентных клеток: показатели воспалительно-деструктивного индекса при пародонтите у пациентов с гипотиреозом в 1,4 раза выше, показатели интенсивности деструкции в 1,3 раза выше соответствующих показателей у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом без патологии щитовидной железы.

Особое внимание привлекает уровень стоматологической заболеваемости в Западной зоне Оренбургской области, а именно районы, которые расположены в зоне ядерного взрыва, произведённого в 1954 году на Тоцком полигоне. Средний показатель частоты рождения детей с пороками развития зубочелюстной области по этой зоне составляет 1,3 или 1 на 730. Можно выделить несколько районов, относящихся к «территории радиоактивного следа» — это Тоцкий, Сорочинский, Александровский районы. В этих районах за последние 10 лет отмечается тенденция роста патологии. В Тоцком районе частота рождения детей с пороками развития составляет 2,0. В Сорочинском также отмечается рост частоты рождения детей с врождённой расщелиной губы и твёрдого нёба с 0,69 до 1,33. Только в Александровском районе, наиболее удалённом от эпицентра взрыва, отмечается снижение частоты рождения детей с патологией с 1,6 до 0,9.

В настоящее время одной из наиболее важных проблем тиреодологии является проблема лечения гипотиреоза и индивидуальный подбор необходимой дозы тиреоидных гормонов, которая компенсирует нарушения метаболизма и обеспечит высокое качество жизни данных пациентов.

Общие принципы заместительной терапии гипотиреоза сформулированы в международных и отечественных руководствах по эндокринологии и тиреодологии. Целью заместительной терапии первичного гипотиреоза является устранение клинических симптомов гипотиреоза, нормализация и поддержание уровня тиреотропного гормона в пределах 0,5-1,5 мМЕ/л и предотвращение развития осложнений.

«Золотым стандартом» для заместительной терапии гипотиреоза считаются препараты левотироксина натрия в индивидуально подобранных дозах, так как современные синтетические препараты тироксина практически не отличаются от человеческого тироксина и позволяют удерживать стойкий эутиреоз на фоне их приёма 1 раз в сутки.

Поскольку пациенты (особенно детского возраста) с эндокринной патологией часто и длительно находятся в стационаре, важная роль в стоматологической реабилитации отводится врачу-стоматологу стационара, которая заключается в проведении тщательной санации полости рта, контроле функциональных параметров ротовой жидкости, разработке и проведении плана индивидуальных профилактических мероприятий с учётом диагноза и

данных клинико-лабораторных исследований. Кратность наблюдения у стоматолога должна составлять 4 раза в первый год, в последующие годы – 2 раза в год. Лечение и диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями зубочелюстной системы на фоне гипотиреоза необходимо проводить совместно с эндокринологом, иммунологом, с коррекцией общего состояния в течение всей жизни.

Список литературы:

1. Беляков, Ю.М. Зубочелюстная система при эндокринологических заболеваниях / М.: Медицина, 1983. 208 с.
2. Виноградова, Т.Ф. , О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / - М.: Медицина, 1983. С. 75-85.
3. Максимовский, Ю.М. Поражения твёрдых тканей зубов при гипер- и гипофункциях щитовидной железы, их профилактика и лечение: автореф. дис. д-ра. мед. наук / - М., 1981. 39 с.
4. Очнева Г.И., Мамедов А.А., Боев В.М. Распространённость врождённой расщелины верхней губы и нёба в Оренбургской области // Стоматология на пороге третьего тысячелетия. Издательство: - М., «Авиаиздат», 2001 - С. 429.