

## **ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА**

**Ожегина Анастасия Леонидовна**

студент Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера,  
РФ, г. Пермь

**Аннотация.** В статье описывается исследование в области стоматологии, проведенное среди людей с избыточной массой тела. С помощью группового анкетирования пациентов стоматологической клиники, с использованием метода индексной оценки состояния тканей пародонта определена степень поражения пародонтального комплекса, а также проанализировано влияние продолжительности периода ожирения на наличие и тяжесть этих поражений.

**Ключевые слова:** пародонт, ожирение, индекс массы тела, индексная оценка пародонта, продолжительность периода ожирения.

**Введение.** Ожирение является хроническим полиэтиологическим заболеванием, при котором наблюдается увеличение содержания жировой ткани в организме [4, с. 4]. Пародонтит - это воспалительное заболевание тканей, удерживающих зуб в костной альвеоле, которое приводит к разрушению периодонтальной связки и альвеолярного отростка [1, с. 21]. Пародонтит и ожирение являются хроническими патологиями в организме человека и многие источники литературы поддерживают их взаимосвязь. Состояние общего воспаления, наблюдаемое при ожирении, объясняет механизм этой ассоциации. Кроме того, имеет не менее важное значение роль продолжительности ожирения, а именно длительность пребывания в организме провоспалительных цитокинов, вырабатываемых жировой тканью [6, с. 2]. Таким образом, целью данной статьи является определение зависимости состояния тканей пародонта у людей, страдающих ожирением, от продолжительности периода, в течение которого человек страдает ожирением.

**Описание метода проведенного исследования.** Исследование проходило на базе стоматологической клиники ООО «Мой дантист», г.Пермь. Было проведено анкетирование пациентов, в ходе которого они указывали свой возраст, рост и вес. Кроме того, к анкете прилагалась таблица с приведенными показателями роста в диапазоне от 150 см до 200 см и с соответствующими для каждого роста показателями веса при индексе массы тела (ИМТ) = 30 (ожирение I степени). ИМТ рассчитывается как отношение массы тела субъекта (в кг) к его росту в метрах, возведенному в квадрат ( $m^2$ ). Так, испытуемый мог определить, равен или превышает его вес предельное значение, отмеченное в таблице, относительно его роста, и если превышает, то как давно.

В результате анкетирования была произведена выборка 41 пациента с ИМТ  $\geq 30$ . Далее пациенты были разделены на две группы:

- 1) Основная - пациенты, имеющие ИМТ  $\geq 30$  более 5 лет;
- 2) Контрольная - пациенты, страдающие ожирением 5 лет и менее. Возрастной интервал всех обследованных пациентов находился в пределах от 18 до 45 лет.

Из основной и контрольной групп были исключены пациенты, имеющие в анамнезе сахарный диабет 1 и 2 типа, онкологические заболевания, эндокринные патологии, хроническую почечную и печеночную недостаточность, анемию, ВИЧ-инфекцию, а также принимающие лекарственные препараты, влияющие на состояние костной ткани, и беременные и находящиеся на грудном вскармливании женщины. Определение состояния пародонта включало в себя фиксирование и анализ индекса РМА (индекс РМА характеризует степень тяжести гингивита), степени подвижности зубов и уровня убыли костной ткани альвеолярного отростка у пациентов обеих групп.

**Результаты исследования.** 1. С помощью вычисленных значений индекса РМА у обследованных пациентов определена интенсивность распространения воспаления на слизистой оболочке десны. Было выявлено, что среди пациентов, страдающих ожирением до пяти лет (включительно), процент испытуемых, не имеющих гингивита больше, чем у людей, страдающих ожирением более пяти лет (53 % против 42%).

Гингивит легкой степени тяжести чаще встречается у пациентов, имеющих значение ИМТ  $\geq 30$  более пяти лет (31%), чем у людей с аналогичными показателями ИМТ 5 и менее лет (7%).

Гингивит средней степени тяжести находится приблизительно в равных соотношениях у обеих групп: 19% у основной и 20% у контрольной группы.

Значения гингивита тяжелой степени тяжести на порядок выше у пациентов контрольной группы (20%) по сравнению с исследуемыми основной группы (8%) (рисунок 1, рисунок 2).

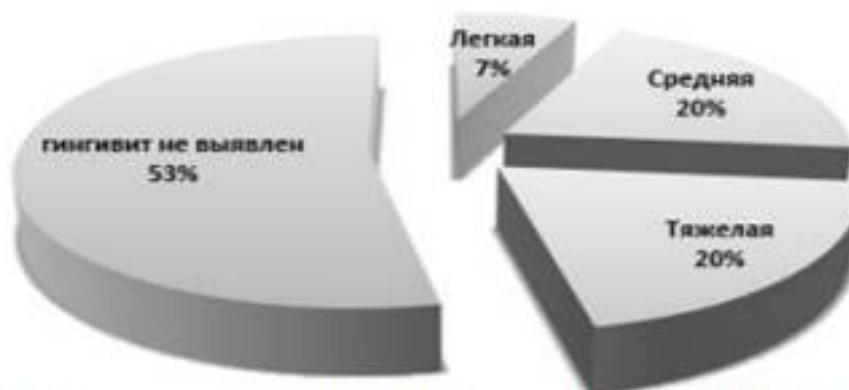


Рис.1. Определение степени тяжести гингивита пациентов, страдающих ожирением до 5 лет включительно



Рис.2. Определение степени тяжести гингивита пациентов, страдающих ожирением > 5 лет

2. Анализ степени подвижности зубов у пациентов обеих групп выявил следующее: отсутствуют подвижные зубы у 46% пациентов основной группы и 73% пациентов контрольной группы. У испытуемых основной группы подвижность зубов составила: I степень

- у 16%, II степень - у 15% и III степень - у 23% соответственно. Результаты анализа степени подвижности зубов испытуемых контрольной группы несколько отличаются: I степень - 7%, II степень - 13% и III степень 7% (рисунок 3, рисунок 4)

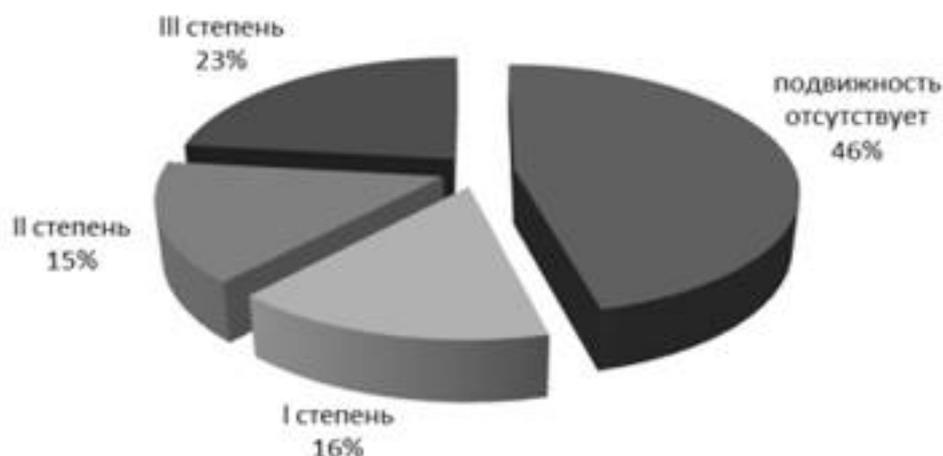


Рис. 3. Степень подвижности зубов у пациентов, страдающих ожирением более 5 лет

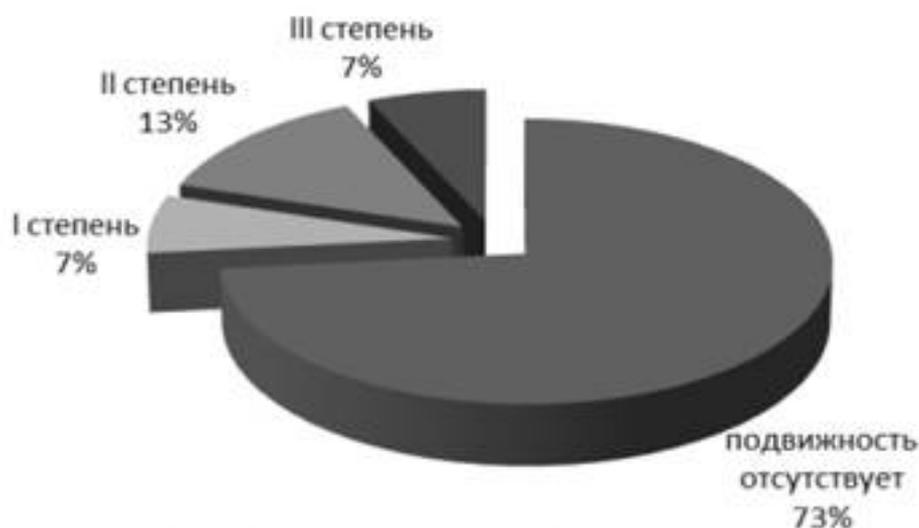


Рис. 4. Степень подвижности зубов у пациентов, страдающих ожирением до 5 лет включительно

3. Оценка резорбции костной ткани оценивалась по ортопантограмме каждого исследуемого пациента [1, с. 75]. Определена убыль альвеолярного гребня в миллиметрах. Результаты проведенного анализа показывают, что среди пациентов основной группы убыль костной ткани менее 4 мм была зафиксирована у ..%, от 4 до 6 мм у ...%, более 6 мм у ...%. Итоги исследования состояния альвеолярных отростков челюстей у людей контрольной группы немного другие: убыль костной ткани менее 4 мм у...% пациентов, от 4 до 6 мм у ..%, более 6 мм у ...%. Также у обеих групп была проведена статистика, указывающая процентное соотношение пациентов, не имеющих резорбции костной ткани совсем. (рисунок 5, рисунок 6).

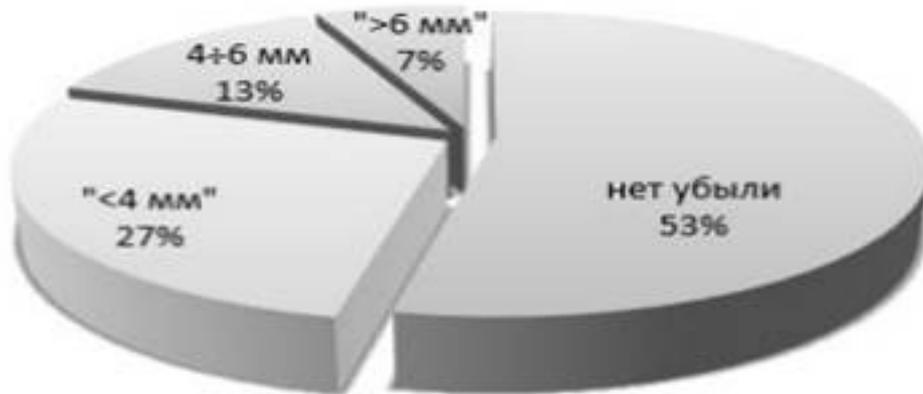


Рис. 5. Состояние костной ткани челюстей пациентов, страдающих ожирением до 5 лет включительно

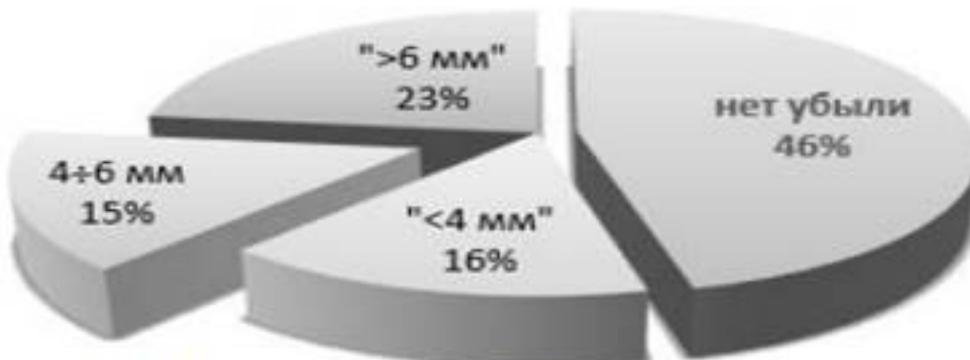


Рис.6. Состояние костной ткани челюстей пациентов, страдающих ожирением > 5 лет

Заключение. Полученные результаты показывают, что развитие хронического воспаления, возникающего при ожирении, с течением времени оказывает большее влияние не на слизистую оболочку десны, которая скорее реагирует на относительно недавно появившийся патологический процесс, а на структурное состояние периодонтальной связки и костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Следовательно, пациенты, которые набрали вес сравнительно недавно и еще не имеют значительных разрушений тканей пародонтального комплекса, имеют возможность предотвратить прогрессирование заболевания пародонта

#### Список литературы:

1. Артюшкевич, А.С. Заболевания пародонта / А.С. Артюшкевич, Латышева С.А. – М.: Медицина, 2006. – 328 с.
2. Горбачева, И.А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология. – 2001. – №1. – С. 26 – 34.
3. Латышев О.Ю. Метаболический синдром и заболевания пародонта: есть ли взаимосвязь? [Электронный ресурс] [www.dentoday.ru](http://www.dentoday.ru) (дата обращения: 09.04.2019).