

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616.31+616.12-008

**Л.Б. Цевух, к. мед. н., В.В. Бугерук, к. мед. н.
Ж.А. Новикова, к. мед. н.**

Одесский Национальный медицинский Университет

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ
СТОМАТОЛОГІЧЕСКО СТАТУСА
ПАЦІЕНТКИ С КОРРИГОВАНИМ
ВРОЖДЕНИМ ПОРОКОМ СЕРЦЯ**

Непосредственное влияние на состояние ротовой полости оказывает системная патология. Стоматологическую поддержку больная В. с врожденным пороком сердца (частичный аномальный дренаж легочных вен, дефект межпредсердной перегородки) получала в течение 16 лет. Ухудшение общего состояния и изменение структуры стоматологического статуса произошло на фоне осложненного течения заболевания после хирургической коррекции порока. Обсуждаются сложности лечения и длительного наблюдения такой больной, возможности контроля локальной болезненности, причины и течение множественного ретроградного пульпита, фиброматоза десен в данном случае.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, стоматологический статус, ретроградный пульпит, фиброматоз десен.

Л.Б. Цевух, В.В. Бугерук, Ж.О. Новикова

Одеський Національний медичний Університет

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
ПАЦІЕНТКИ З КОРРИГОВАНИМ
ВРОЖДЕНИМ ПОРОКОМ СЕРЦЯ**

Безпосередньо впливає на стан ротової порожнини системна патологія. Стоматологічну підтримку хвора В., маючи вроджений порок серця (частковий аномальний дренаж легеневих вен, дефект міжпредсердної перегородки) отримувала протягом 16 років. Погіршення загального стану та зміна структури стоматологічного статусу виникло на фоні ускладненого перебігу хвороби після хірургічної корекції порока. Обговорюються складності лікування та довготривалого спостереження такої хворої, можливості контролю локальної хворобливості, причини та перебіг множинного ретроградного пульпиту, фіброматозу ясен у даному випадку.

Ключові слова: вроджений поріг серця, стоматологічний статус, ретроградний пульпіт, фіброматоз ясен.

L.B. Cevuh, V.V. Bugeruk, Zh.A. Novikova

Odessa national medical University

**RETROSPECTIVE ANALYSIS
OF THE DENTAL STATUS OF A PATIENT
WITH A CORRECTED CONGENITAL
HEART DISEASE**

ABSTRACT

Congenital heart diseases influence dental health, requiring more thorough management with cautious anesthetics use and concern of concomitant medication treatment. Current case report describes history of the patient's dental follow-up during 16 years. The patient was diagnosed with partial anomalous pulmonary veins drainage in sinus venosus defect, atrial septal defect ostium secundum type. After cardiac defect surgery patient's dental status progressively and consequently deteriorated. Possible mechanisms and treatment options for a complex patient with cardiovascular comorbidity are discussed.

Key words: congenital heart disease, dental status, retrograde pulpitis, gum fibromatosis.

Состояние ротовой полости непосредственно зависит не только от правильного ухода и своевременного устранения локальных проблем, но и от наличия системной патологии в виде нарушения гемодинамики, болезней крови, эндокринных расстройств, иммунодефицитных состояний, заболеваний желудочно-кишечного тракта [1]. Антибиотикотерапия, прием стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, нутритивный, поливитаминовый, микро- и макроэлементный дефицит, лучевое воздействие, алергизация или сенсбилизация организма могут способствовать развитию различных вариантов патологии полости рта.

Пациентка В. 1995 года рождения наблюдалась стоматологом и кардиологами в течение 16 лет. Соматическая патология была выявлена в 4-х летнем возрасте (умеренная кардиомегалия, признаки кардита, повышенная склонность к бронхо-легочным заболеваниям). При комплексном обследовании в специализированном лечебном учреждении и проведении эхокардиографии и ангиоентрикулографии был установлен диагноз: «Врожденный порок сердца. Частичный аномальный дренаж легочных вен в области дефекта венозного синуса. Atrial septal defect ostium secundum type. Начальная легочная гипертензия, недостаточность трикуспидального клапана».

Стоматологический статус. Состояние твердых тканей и пародонта было удовлетворительное: КПУ = 5, в структуре этого индекса неосложненный кариес К = 1; пломбы = 4, из них одна по поводу осложненного кариеса в 46 зубе (лечение пульпита в возрасте 8 лет); удаленные = 0. Слизистая оболочка полости рта – бледно-розового цвета без видимо патологических изменений. Уровень гигиены удовлетворительный [2].

В возрасте 13 лет пациентке была проведена радикальная хирургическая коррекция частично аномального дренажа легочных вен с созданием широкого анастомоза 2 лёгочных вен с левым предсердием и пластика с закрытием дефекта межпредсердной перегородки. Послеоперационный период осложнился развитием за грудиной гематомы, реактивным перикардитом, реактивным плевритом, длительной фебрильной гипертермией до 40°C. После проведенного лечения была выписана в удовлетворительном состоянии. Через год произошел рецидив перикардита, реактивного плеврита, диагностирован остеомиелит грудины, гайморит, фронтит.

В течение нескольких лет после операции состояние пациентки ухудшалось: постоянный субфебрилитет с 3-4 фебрильными эпизодами в год (с гипертермией до 39°C). В области грудины сформировалось 3 свищевых хода с серозным отделяемым. Появилась хроническая слабость, снижение мышечной силы, быстрая утомляемость. Развилась вторичная миопатия. Неоднократно лечилась в стационаре. Получала антибиотики, сосудистую, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, мочегонные, гипотензивные, противосудорожные препараты [3].

В течение послеоперационного периода появилась и нарастала сенсibilизация к препаратам, в частности, стоматологического направления. Наблюдалось проявление в виде лекарственного стоматита, отека слизистой оболочки полости рта, повышением температуры тела при приеме даже ранее принимаемых медикаментов. Аллергические пробы с помощью прик-теста на стоматологические анестетики (ультракаин, септонест, убистезин) стали положительными. Появилась непереносимость йод- и антибиотикосодержащих препаратов.

Характерно, что на этом фоне постепенно ухудшался стоматологический статус. В течение 5 лет послеоперационного периода на фоне тяжелой соматической патологии периодически возникали признаки частичного и общего пульпита в интактных зубах (молярах, премолярах), протекающего с выраженным болевым синдромом. На основании анамнеза, данных объективного обследования (дентальных, панорамных

рентгенограмм, электроодонтодиагностики) был выявлен ретроградный пульпит 14, 26, 27, 36, 37, 47 зубов.

Лечение в такой ситуации представляло непростую задачу, так как было сложно контролировать сильно выраженный болевой синдром из-за непереносимости анестетиков [4]. Приходилось прибегать к поэтапному препарированию с наложением девитализирующих паст (Девит С, Девилайт, Caustinerv rapide). Постепенно болевой порог снижался, манипуляции становились еще более затруднительными. Проведение наркоза для лечения зубов у пациентки В. было противопоказано из-за судорожного синдрома. Часто лечение затягивалось в связи с ухудшением соматического статуса больной и невозможности выполнения стоматологических процедур, что могло бы негативно сказаться на прогнозе пульпита [5]. Однако, несмотря на указанные выше объективные трудности, вынужденно длительное лечение различных проявлений ретроградного пульпита в целом было успешным: в 14, 27, 36, 37, 47 зубах корневые каналы были запломбированы и зубы сохранены. Исключением стал 26 зуб, в котором пульпит осложнился гранулематозным периодонтитом и патологической деструкцией кости в области бифуркации корней.

Изменение стоматологического статуса произошло не только за счет активности ретроградного воспаления. Кариозный процесс остался умеренно активным – прирост кариозных полостей составил 2 за 4 года (в 35 и 24 зубах); так же произошла травма верхнего центрального резца справа, которая привела к депульпированию зуба.

Особого внимания требовало состояние пародонта. Как было указано, весь период наблюдения до операции стоматологический статус соответствовал субкомпенсированной форме кариеса, ткани пародонта – без изменений. В течение второго, третьего года послеоперационного периода появились участки фиброматоза десен, преимущественно во фронтальном и боковых отделах верхней челюсти. Местами слизистая оболочка гиперемирована, другие участки сохраняли естественный цвет на видимо увеличенных деснах. Гигиенический индекс – 0,9. Следует отметить, что эти изменения сопровождались периодическими проявлениями обострений с выраженным болевым синдромом и повышением температуры. Проводимая местная терапия (обезболивающие, противовоспалительные, противоотечные препараты, антисептики, антибиотики и пр.) приносила временное облегчение. Ситуацию осложнял стойкий перикоронарит в области 18, 28, 38, 48 зубов. Очередное проявление общей воспалительной реакции (повышение

температуры тела, ухудшением общего самочувствия) совпадало с возникновением ретроградного пульпита в следующем зубе и рецидива болевого синдрома фиброзной формы гранулирующего гингивита. Несмотря на сложности, стоматологическая помощь пациентке оказывалась регулярно и в полном объеме.

В настоящее время стоматологический статус: КПУ = 14, в структуре индекса К = 0, П = 14 (только одна пломба по поводу неосложненного кариеса), У = 0.

Появление фиброматоза десен с болевым синдромом и повышением температуры тела у такой коморбидной пациентки было связано с общими воспалительными процессами, метаболическими нарушениями, вторичной миопатией на фоне основного заболевания, возможно, с приемом противосудорожных препаратов. Частые обострения гингивита и проявление ретроградных пульпитов в зубах различных групп на фоне повышения температуры рассматриваются как локальное отражение продолжающегося нарушения микробиоценоза и манифестирующей сенсibilизации организма на фоне хронического сепсиса. Стоматологическая поддержка таких пациентов требует неординарного подхода, умения работать в условиях особого психоэмоционального напряжения, ответственности за жизнь пациента, достаточного риска, а так же тесного контакта с врачами интернистами. Так же необходимы юридические механизмы оказания стоматологической помощи и пролонгированного наблюдения больных с многофакторной соматической патологией.

Список литературы

1. Carramolino-Cuéllar E. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome / E. Carramolino-Cuéllar, I. Tomás, Y. Jiménez-Soriano // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. – 2014. – 19 (3). – P. 289-94.
2. Цевух Л. Б. Опыт клинического ведения пациентки с множественным поражением зубов на фоне комплексной сердечно-сосудистой патологии / Л. Б. Цевух, Н. Ф. Коновалов, Ж. А. Новикова // *Інновації в стоматології*. – 2014. – №3. – С. 183-184
3. Tsevh L. Long-Term Follow-up and Dental Management in Patient with Operated Congenital Heart Disease (Case Report) / L. Tsevh, V. Buheruk // *Modern Science*, Prague. – №6. – 2015. – P. 178-182.
4. Becker D. E. Adverse Drug Reactions in Dental Practice. / D. E. Becker // *Anesthesia Progress: Spring*. – 2014. – 61(1). – 26-34.
5. Abu-Tahun I. Management of teeth with vital pulps and open apices / I. Abu-Tahun, M. Torabinejad // *Endodontic Topics*. – 2012 – 23. – P. 79–104.

REFERENCES

1. Carramolino-Cuéllar E., Tomás I., Jiménez-Soriano Y. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19 (3): e289-94.
2. Cevuh L. B., Kononov N. F., Novikova Zh. A. Experience of clinical management of a patient with multiple lesions of teeth against the background of complex cardiovascular disease. *Innovacii v stomatologii*. 2014;3:183-184.

3. Tsevh L., Buheruk V. Long-Term Follow-up and Dental Management in Patient with Operated Congenital Heart Disease (Case Report). *Modern Science*, Prague. 2015;6:178-182.

4. Becker D.E. Adverse Drug Reactions in Dental Practice. *Anesthesia Progress: Spring*. 2014; 61(1): 26-34.

5. Abu-Tahun I., Torabinejad M. Management of teeth with vital pulps and open apices *Endodontic Topics*. 2012; 23: 79–104.

Поступила 09.04.18



УДК: 616.314.17-008.1-053.6/.7-037:575.191

**Г. Ф. Белоклицкая, д.мед.н., К. О. Горголь,
*С. П. Кирьяченко, к.б.н.**

Национальна медицинська академія
послєдипломного образования ім. П.Л. Шупика
*Государственное учреждение «Референс-центр
по молекулярной диагностике МЗ Украины»

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА G308A ГЕНА TNF-А У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (18-25 ЛЕТ) НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗАБО- ЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Цель. Определить влияние полиморфизма G308A гена TNF-а у лиц молодого возраста (18-25 лет) на развитие заболеваний тканей пародонта.

Обследовано 80 людей молодого возраста (18-25 лет). Молекулярно-генетический анализ полиморфизма G308A гена TNF-а проводился в несколько этапов, которые включали выделение ДНК из Buccального соскоба, постановку полимеразно-цепной реакции с последующим анализом полиморфизма длины рестрикционных фрагментов и анализа полученных результатов в 3 % агарозном геле.

При оценке влияния генетической детерминанты на риск развития заболеваний пародонта установлено, что риск возрастает почти в 6 раз при наличии полиморфного варианта G308A гена TNF-а. Протектирующее действие оказывает полиморфный вариант G308G как на риск развития генерализованного пародонтита, так и на риск развития хронического катарального гингивита. В ходе исследования было определено, что полиморфный вариант G308A гена TNF-а может рассматриваться как фактор риска возникновения заболеваний тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хронический катаральный гингивит, TNF-а, полиморфизм.

© Белоклицкая Г. Ф., Горголь К. О., Кирьяченко С. П., 2018.