

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИКЛИЧЕСКОЙ НЕЙТРОПЕНИИ

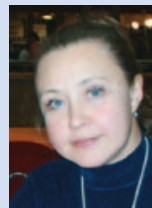
Наследственная хроническая и циклическая нейтропения (код по МКБ 10-D 70.X1) – генетическое заболевание, относящееся к так называемым «синдромам костномозговой недостаточности», для которых характерны блок дифференцировки нейтрофилов в костном мозге на уровне промиелоцитов-миелоцитов и значительное снижение абсолютного количества нейтрофилов в периферической крови, что клинически проявляется повторными бактериальными инфекциями с первых месяцев жизни. Циклическая нейтропения – более благоприятно протекающая разновидность тяжелых врожденных нейтропений, причиной развития которой являются мутации гена ELA2. Циклическая нейтропения наследуется по ауто-сомно-доминантному типу, для нее не характерна злокачественная трансформация в миелодиспластический синдром и/или острый миелобластный лейкоз [1, 2, 6].

В период нейтропенических кризов (1 раз в 15-30 дней) ткани пародонта подвергаются незамедлительной атаке со стороны микроорганизмов и вирусов биопленки пародонтальных карманов как области наибольшего ее скопления. Это прямое воздействие биопленки на ткани поддерживающего аппарата зуба на фоне резкого падения неспецифической резистентности организма [6, 7]. У больных циклической нейтропенией в полости рта наблюдается значительный отек, изъязвления и гиперемия десны, а также генерализованная деструкция костной ткани. Заболевание пародонта при циклической нейтропении классифицируется по МКБ 10 как пародонтальный синдром и имеет код K05.5. Период нейтропенических кризов, кроме поражения тканей пародонта, сопровождается инфекционными поражениями кожи, отитами, лимфаденитами, ларингитами. В этот период увеличиваются регионарные лимфоузлы, повышается температура. Возможны бактеремия и сепсис. К 12-14 годам у таких пациентов возможна полная потеря постоянных зубов. После этого воспалительный процесс в десне и деструкция альвеолярной кости прекращаются [1, 2]. Лечение больных с пародонтальным



**Еловикова Т.М.**

д.м.н., профессор  
кафедры терапевтической  
стоматологии ГБОУ ВПО  
УГМА, г. Екатеринбург,  
ugma-elovik@yandex.ru



**Уварова Л.В.**

к.м.н., врач-стоматолог  
многопрофильной  
стоматологической  
клиники ГБОУ ВПО УГМА,  
г. Екатеринбург

### Резюме

В статье описаны клинические проявления пародонтального синдрома при циклической нейтропении. Проведено диагностическое обследование больного и предложен комплекс местной и системной медикаментозной терапии. Подчеркнута необходимость регулярного лечения у гематолога.

*Ключевые слова:* циклическая нейтропения, пародонтальный синдром.

### CASE REPORT OF THE PATIENT WITH CYCLIC NEUTROPENIA AND PERIODONTAL SINDROM

Elovikova T.M., Uvarova L.V.

### The summary

The case report of the patient with cyclic neutropenia and periodontal sindrom. Examination and treatment of periodontal sindrom.

*Keywords:* cyclic neutropenia, periodontal sindrom.

синдромом на фоне наследственной хронической и циклической нейтропении проводится совместно с гематологом. Определяется целесообразность назначения антибиотикотерапии пациенту, а также комплекс сопутствующих фармакологических препаратов [1, 2, 3].

Пародонтологическая помощь таким пациентам включает в себя все аспекты лечения, начиная с многократного в течение года поддерживающего пародонтологического лечения, по мере необходимости хирургического и ортопедического вмешательства [1, 2].

### Описание клинического случая

Больной Т., 22 лет, был направлен в многопрофильную стоматологическую поликлинику УГМА с диагнозом пародонтопатия. Лечение у пародонтолога по месту жительства (г. Первоуральск) не привело к положительной динамике заболевания. Пациента беспокоит резкая подвижность зубов, болезненность при приеме пищи, периодическое обострение воспаления десны. Периодически больной отмечал самопроизвольную кровоточивость десны, подвижность зубов, запах изо рта. Находится на диспансерном учете у гематолога по месту жительства с диагнозом наследственная хроническая и циклическая нейтропения. Пациент с раннего возраста страдает воспалительными процессами различной локализации. Перенес сепсис три года назад. Имеет «медотвод» от всех прививок с рождения.

В анамнезе ежемесячные герпетические высыпания в полости рта – в области дна полости рта и в области слизистой оболочки щек.

В последний год продолжительность ремиссии циклической нейтропении достигала 3-4 месяцев, повышения температуры не отмечено.

*При осмотре:* общее состояние больного удовлетворительное. Лицо пациента симметричное, региональные лимфатические узлы не пальпируются

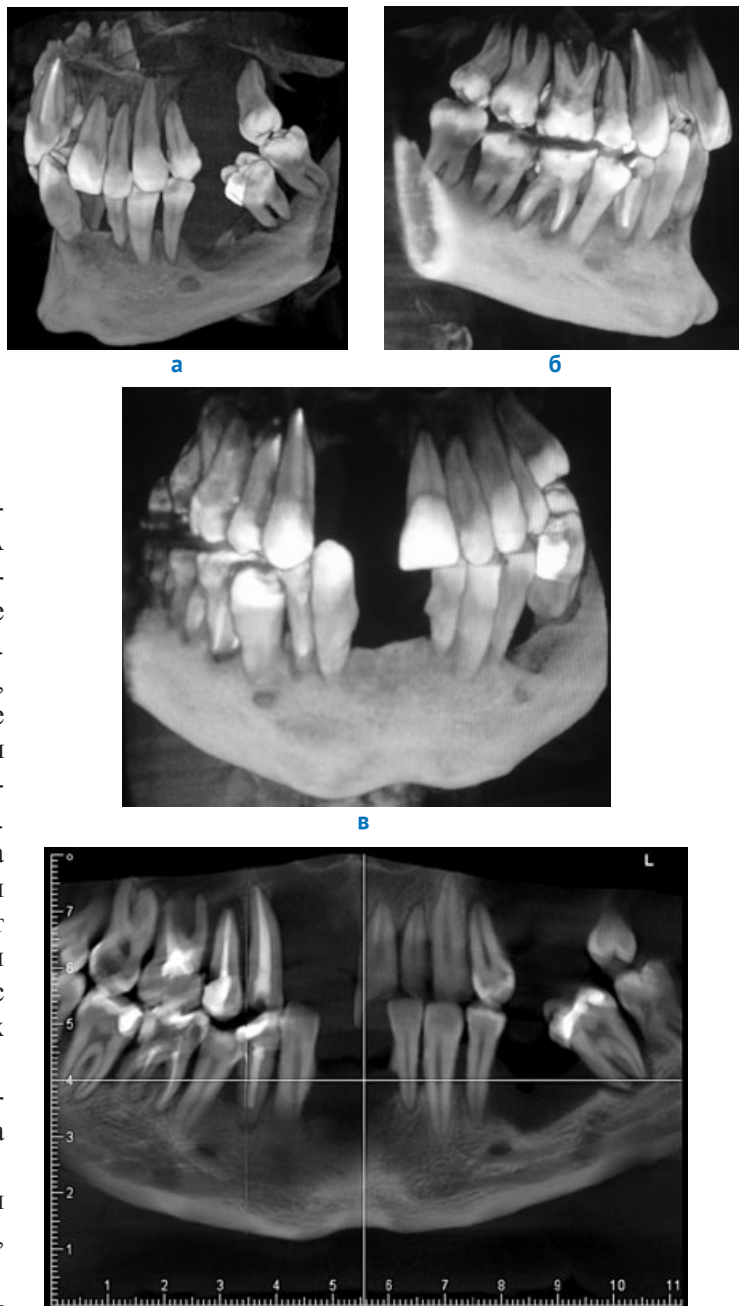


Рис. 1. Компьютерные томограммы пациента (а, б, в, г)



Рис. 2. Состояние тканей пародонта до (а) и после (б) курса лечения

(не увеличены, безболезненны при пальпации). Функция жевания нарушена. Уздечки верхней губы, языка, нижней губы средние. Преддверие полости рта средней глубины. Слизистая оболочка полости рта: губ, щек, языка ярко-розового цвета. Выражена гиперемия, отек и рецессия десны, гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 2,5 единицы. Индекс РМА = 100% (Рампа). Имеются значительные отложения над- и поддесневого зубного камня (рис. 2а). Наддесневой камень темно-желтого цвета, поддесневой – темно-коричневого цвета. Определяется частичная потеря зубов; преждевременные контакты (суперконтакты), деформация окклюзионной поверхности; подвижность 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 2.1, 2.2, 2.4, 4.8, 4.7, 4.6, 3.8, 3.4, 3.2 зубов II-й степени, 2.8, 3.7 зубов – III-й степени по шкале Миллера, в модификации Флехера. Зубы 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 устойчивы. Глубина пародонтальных карманов – 5-7 мм. Индекс Рассела (ПИ) = 6,5.

Проведена компьютерная томография на аппарате Planmeca. Рентгенологически определяются деструктивные изменения на всем протяжении длины альвеолярного отростка с признаками активности воспалительного процесса – резорбция межальвеолярной перегородки зубов более одной второй ее длины (рис. 1).

После обследования был поставлен диагноз: пародонтальный синдром на фоне циклической нейтропении. Совместно с гематологом подобран комплекс фармакологических препаратов, включающий антибактериальную, противовирусную, иммунокорректирующую и ферментативную терапию, в дальнейшем эубиотик.

Пациенту проведена профессиональная гигиена полости рта как первичный этап комплексной терапии, обучение и подбор средств по уходу за полостью рта. Был проведен курс местной антимикробной терапии, включающий аппликации адгезивного бальзама Асепта и геля для десен Асепта (по схеме) [4,5]. Даны рекомендации по гигиене полости рта и местному применению антисептических средств в домашних условиях.

Через 3 дня состояние пародонта улучшилось, это позволило провести снятие зубных отложений и лечение кариеса зубов. Однако курс лечения был прерван пациентом. Повторно пациент обратился к пародонтологу через четыре месяца в связи с обострением пародонтита на фоне очередного «нейтропенического криза». Клиническая картина соответствовала таковой при первичном обращении. Уровень гигиены полости рта пациента был неудовлетворительным. В результате местного противовоспалительного лечения, проведенного

в течение 5 дней, обострение пародонтита было устранено.

Пациент был направлен на консультацию к стоматологу-ортопеду для проведения рационального протезирования, а также на консультацию к стоматологу-хирургу для удаления зубов с подвижностью III-й степени. Состояние тканей пародонта к завершению курса лечения показано на фото (рис. 2б). Была подчеркнута необходимость регулярного лечения у гематолога. Важно, что быстрая ликвидация обострения процесса способствует сохранению костной составляющей пародонтального комплекса тканей.

Пародонтологическая помощь таким пациентам включает традиционные этапы лечения. Прежде всего проведение профессиональной гигиены рта: обучение и контроль индивидуальной гигиены, удаление над- и поддесневых зубных отложений; коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте в связи с прикреплением биопленки, таких как нависающие края пломб, кариозные полости; устранение суперконтактов – функциональное избирательное пришлифовывание зубов; проведение противомикробной и противовоспалительной терапии.

Важнейшим аспектом клинической тактики лечения является регулярное проведение поддерживающей терапии и быстрая ликвидация обострений процесса, в целях сохранения костного субстрата [3-6]. Нельзя допускать так называемый «эпизодический характер» лечения и обращение к пародонтологу только в периоды обострения. Недопустим такой подход и к лечению у гематолога. Поскольку поражения пародонта у больных циклической нейтропенией связаны с дефицитом гигиены полости рта и прямым патогенным действием микрофлоры зубного налета на ткани пародонта (на фоне резкого падения неспецифической резистентности организма), особый акцент был сделан на необходимость проведения регулярной гигиены полости рта. Рекомендовано включение пациента в программу поддерживающей терапии с частотой осмотра 1 раз в 3 недели [3-7].

По нашему мнению, заслуживает внимания клинический опыт местного применения адгезивного бальзама Асепта, содержащего хлоргексидин и метронидазол, мукопротектора Тизоль и геля для десен Асепта с прополисом [3, 4]. Концентрация препаратов, систем локальной доставки лекарственных веществ, вследствие адгезии и мукопротекторного эффекта, позволила практически устранить обострение пародонтального синдрома в период «криза» без побочных эффектов [3, 4].

Особое значение при лечении воспалительных заболеваний пародонта отводится гигиенической мотивации пациента и проведению поддерживающей терапии. Это имеет определяющее значение в прогнозе заболевания, что важно при значительном и регулярном, циклическом, падении неспецифической резистентности [3, 4, 6].

Кроме того, в связи с интенсивной реакцией в тканях пародонта и их стремительной деструкцией, больные с циклической нейтропенией, часто первоначально не зная о своем общем заболевании крови, или периодически забывая о нем, обращаются к стоматологу. На основании анализа исследований состава крови на протяжении месяца и клинических наблюдений, именно стоматолог бывает первым специалистом, определяющим болезнь крови.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И. Пародонтальный синдром на фоне тяжелой формы циклической нейтропении. Клиническое наблюдение / А.И.Грудянов, Н.А.Ильина // Стоматология, 2010. – №5. – С. 27-30.
2. Динова Е.А., Щербина А.Ю., Румянцев А.Г. Тяжелая врожденная нейтропения (обзор литературы). Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2011. Т.10. – №3. – С. 5-10.
3. Еловикова Т.М. Болезни пародонта у подростков / Т.М.Еловицова. – М.: «ЛогосМед-информ», 2007. – 84 с.
4. Еловицова Т.М., Ронь Г.И., Емельянов А.С. Опыт применения Тизоля как системы локальной доставки лекарственных веществ в лечении пародонтита / «Новые технологии в медицине и фармации». Тизоль. Сборник научных статей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Екатеринбург, 2010. – С. 26-36.
5. Еловицова Т.М., Уварова Л.В. Применение бальзама «Асепта» в лечении пациентов молодого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта / Тезисы докладов XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». Санкт-Петербург. Под редакцией проф. Козлова А.И. – СПб., 2010. – С. 77-78.
6. Мюллер Х. Пародонтология / Х.Мюллер. – М.: ГалДент, 2004. – 255 с.
7. Уварова Л.В., Еловицова Т.М., Боронина Л.Г. Микробный фактор в этиологии заболеваний пародонта / Материалы Всероссийского конгресса «Профилактика и лечение заболеваний пародонта. Проблемы стоматологии и их решения с помощью современных технологий». – Екатеринбург, 2008. – С. 34-36.

## ЛАЗЕРНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АППАРАТ АЛСТ-01 ОПТОДАН

### ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- Кариеса в стадии деминерализации и мелового пятна
- Пульпитов и периодонитов
- Заболеваний пародонта
- Заболеваний слизистой оболочки полости рта
- Воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны
- Наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии
- Стимуляция регенерации костных тканей в дентальной имплантологии
- Альвеолитов
- Периоститов и др.

### НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «ВЕНД»

410033, г. Саратов, пр-т 50 лет Октября, 101  
 тел./факс: (8452) 63-37-59, тел.: (8452) 79-71-69  
 Медицинский соисполнитель: ФГБУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»  
 119982, г. Москва, ул. Фрунзе, 16  
 e-mail: npp\_vend@mail.ru www.npp-vend.ru  
 www.optodan.rusmed.ru

Сертифицирован Госстандартом России (№РОСС RU М004.В01609).  
 Зарегистрирован в Государственном реестре медицинских изделий



[WWW.NPP-VEND.RU](http://WWW.NPP-VEND.RU)

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Источник излучения — диод лазерный полупроводниковый  
 Длина волны, мкм.....0.85-0.98  
 Импульсная мощность, Вт.....5  
 Частота следования импульсов, Гц  
 режим I ..... 80-100  
 режим II ..... 2000-3000  
 Длительность импульса, нс ..... 40-100  
 Потребляемая мощность, Вт, max .... 10  
 Масса, г ..... 600  
 Габаритные размеры, мм. 60x120x180  
 Питание, В/Гц ..... 220/50