



Заболеваний пародонта после облучения и химиотерапии у женщин с раком молочной железы

Нурова Шохсанам Норпулатовна

Бухарский государственный медицинский институт Республика Узбекистан, Бухара,

Резюме: у женщин с раком молочной железы в фазе адаптации организма при резком дефиците или полном отсутствии гормона эстрогена после лучевой, химиотерапии и гормонотерапии развитие стоматологических заболеваний на высоком уровне наблюдалось у женщин с ранней менопаузой. Также доказано, что дефицит эстрогена отрицательно сказывается на состоянии твердых тканей зубов и особенно тканей пародонта.

Ключевые слова: зубочелюстные дефекты, пародонт, гормоны, менопауза.

Менопауза является основной причиной хронического генерализованного пародонтита после лучевой и химической терапии у женщин с раком молочной железы. Одним из факторов развития заболевания в период менопаузы являются изменения в системе микроциркуляции. Нарушение микроциркуляции, хроническая гипоксия в тканях пародонта, нарушение питания способствуют разрушению тканей пародонта. С другой стороны, микроциркуляция, в первую очередь обусловлена воспалением тканей их эндотелиальных стенок, ишемией и чрезмерным повреждением в других, что устраняет защитный барьер, помогая периодонту стать одним из патомеханизмов заболевания.

При длительном лечении у пациенток с раком молочной железы появляются большие и малые болевые синдромы позвоночника костей, длительные и непрекращающейся боли в суставах наблюдались при диспансерном контроле. Патогенез развития болевого синдрома у пациентов часто обусловлен остеопорозом (ОП) при РМЖ. Химиотерапия и гормонотерапия являются факторами с выраженным влиянием на метаболический процесс костной структуры. [1,3,5].

Химиотерапия также влияет на минеральную плотность костной ткани, воздействуя на дисфункцию яичников с костной тканью на фоне цитостатической терапии, что в свое время вызывает быстрое развитие ранней менопаузы и остеопороза. При раке молочной железы (РМЖ) препараты, воздействующие на опухоли, которые возникают гормонозависимым образом, влияют на менструальный цикл пациентки, и в то же время происходит изменение плотности костной ткани. Для адъювантного лечения рака молочной железы используются антагонисты гормона тамоксифен или гонодотроп-рилизинговые антагонисты, приводящие к потере костной массы до 7% в течение одного года лечения [9].

Исследование проводилось в 2021-2023 годах в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и в Стоматологическом научно-практическом центре при Бухарском государственном медицинском институте. Общее число обследованных пациентов составило 703, из которых 154 были контрольными пациентами.

Были обследованы и пролечены 154 пациентки в возрасте от 55 до 65 лет с диффузным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, у которых постменопауза длилась не менее 5 лет. Обследованные больные делится на группы:



1-я группа - 55 пациенток с ХДП на фоне общего остеопороза (средний возраст $58,30 \pm 0,65$), возраст менопаузы $49,23 \pm 0,85$, отмечена длительность менопаузы.

2-я группа из 40 пациенток с ХДП на фоне остеопении (средний возраст $57,73 \pm 0,42$ года), возраст менопаузы $48,65 \pm 0,69$, продолжительность менопаузы $9,5 \pm 0,88$.

В сравнительной группе минеральная плотность костной ткани была нормальной (средний возраст $57,92 \pm 0,49$ года) при возрасте менопаузы $48,37 \pm 0,92$ года, при продолжительности менопаузы $9,47 \pm 0,59$ года, у 40 пациенток с умеренно выраженным климактерическим ХДП, а при ХДП средней и тяжелой степени в возрасте от 25 до 45 лет 30 больных находятся в репродуктивном возрасте (средний возраст $39,5 \pm 1,2$ года), у которых не отмечены нарушения костной ткани. 20 женщин репродуктивного возраста из контрольной группы практически здоровы (средний возраст $37,8 \pm 1,1$).

Для участия в исследовании были привлечены пациентки, у которых в течение не менее 5 лет был диагностирован рак молочной железы, женщины в постменопаузе с остеопорозом или ХДП на фоне остеопенического синдрома, и от них было получено согласие на участие в исследовании.

Объективное состояние тканей пародонта изучалось на основании динамики следующих тестов:

- упрощенный гигиенический индекс (ОHI-S);
- определение уровня кровоточивости десен (Cowell I., 1975).
- папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (RMA) (Parma G., 1960);
- пародонтальный индекс (Russel A., 1967);
- измерение глубины пародонтального кармана – (данные ВОЗ, 1989)
- определение степени патологического перемещения зубов (Fleszar T. J. и др., 1980).

Было проведено клиническое обследование полости рта женщин, больных раком молочной железы, с целью определения состояния зубов,

наличия твердых тканей зубов, типа прикуса, выступающей складки, наличия поддесневых и наддесневых твердых кариозных отложений, состояния слизистой оболочки полости рта (отек, гипермия, кровотечение), состояние экссудата, наличие и глубина периодонтальных карманов, определение степени патологической подвижности зубов. Внимание было уделено срокам появления воспалительных изменений в ткани пародонта и их связи с наступлением менопаузы. Результаты обследования представлены в таблице ниже.

Изменения в полости рта при ХДП у пациенток с раком молочной железы

Показатели	Группа больных	
	Женщины с раком молочной железы в перименопаузе n=57	Женщины с раком молочной железы в постменопаузе n= 39
Индекс гигиены (ОHI-S)	$2,27 \pm 0,05$ $2,18 \pm 0,05$	$2,55 \pm 0,07^*$ $2,32 \pm 0,04^*$
Степень кровоточивости	$2,29 \pm 0,07$ $2,52 \pm 0,08\#$	$2,45 \pm 0,04^*$ $2,88 \pm 0,06^*\#$



РМА	$50,32 \pm 1,79$ $55,43 \pm 2,15$ #	$61,68 \pm 1,93^*$ $69,88 \pm 2,17^* \#$
ПИ	$4,82 \pm 0,15$ $4,56 \pm 0,18$ #	$6,12 \pm 0,13^*$ $5,87 \pm 0,15^* \#$
Глубина пародонтального кармана, мм	$5,22 \pm 0,21$ $4,75 \pm 0,15$	$6,75 \pm 0,44^*$ $5,49 \pm 0,27^*$
Индекс Фукса для верхней челюсти	$0,58 \pm 0,06$ $0,60 \pm 0,03$	$0,45 \pm 0,04^*$ $0,48 \pm 0,03^*$
Индекс Фукса для нижней челюсти	$0,60 \pm 0,04$ $0,62 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,03^*$ $0,50 \pm 0,03^*$
Кортикальный индекс	$4,68 \pm 0,03$ $4,70 \pm 0,05$	$4,40 \pm 0,03^*$ $4,55 \pm 0,04^*$

Ортопантомография использовалась для рентгенологического исследования десен у пациенток с раком молочной железы. Он оценивает скорость резорбции альвеолярного барьера относительно длины корня зуба в соответствии с балльным индексом Fuxa - 4: : 4 балла - отсутствие резорбции в альвеолярного отростка; 3 балла - резорбция на 1/3 длины корня кости; 2 балла - резорбция на 2/3 длины корня кости; 1 балл - резорбция более чем на 2/3 альвеолярной кости; 0 – исходя из патологии пародонта, полная резорбция альвеолярного отростка.

Расчет индекса Фукса осуществляется по следующей формуле:

$(n \times 0) + (n \times 1) + (n \times 2) + (n \times 3) + (n \times 4)$ количество зубов

Индекс характеристики кортикального слоя нижней челюсти Klemetti E. И др. был осуществлен на основе индекса MCI. Его оценивали в соответствии с морфологическими характеристиками кости. В зависимости от ее морфологических характеристик было выделено 3 вида: С1 - внутренняя граница нормального кортикального слоя четкая, область коры неизвестна без изменений. С2 - одна сторона кортикальной пластинки имеет форму полумесяца и значительно повреждена кортикально. С3-кортикальный край неровный, кортикальная пластинка многослойная с большим количеством дефектных участков. Исходные ортопантограммы также были проанализированы через 2 года после лечения.

Хронический диффузный периодонтит у пациенток с раком молочной железы (%)

Характеристика поврежденной ткани пародонта у пациенток с раком молочной железы	Группа больных		
	здоровые n=40(%)	остеопения, n=40(%)	Остеопороз n=60(%)
Хронический диффузный периодонтит средней формы	23 (57,5)	26 (65,0)	36 (60,0)
Хронический диффузный периодонтит тяжелой формы	17 (42,5)	14 (35,0)	24 (40,0)

Среди пациентов с хроническим диффузным пародонтом и остеопорозом в постменопаузе, по клиническим и рентгенологическим данным, у 60% были заболевания пародонта средней степени тяжести, а у 40% - тяжелые заболевания пародонта. Среди обследованных пациентов при среднем пародонте ХДП 65% на фоне



остеопении был диагностирован пародонт тяжелой степени у 35%. При статистическом сравнении пациентов по группам существенной разницы не было выявлено.

Адабиётлар:

1. Nurova Sh.N. Treatment and Prevention of Dental Deformities in Women in Early Menopause, MEDICAL AND NATURAL SCIENCES Volume: 03 Issue: 03 | May- Jun 2022 ISSN: 2660-4159

2.Нурова Ш.Н. Обзорный характеристика об этиологии, диагностики, лечение и профилактики зубочелюстных деформаций у женщин в ранней менопаузы. Oral medicine and craniofacial research Volume: 03 Issue: 1| 2022 ISSN: 2181-096623-26

3. Nurova Sh.N. Prediction and Prevention of the Development of Partial and Complete Defects of the Dentition in Women in Early Menopause. MIDDLE EUROPEAN SCIENTIFIC BULLETIN Volume: 28, ISSN 2694-9970 11-15

4.Нурова Ш.Н. Аёлларда эстроген етишмовчилиги оқибатида тиш-жағ тизимидаги ўзгаришлар бўйича умумий тавсиф. Oral medicine and craniofacial research Volume: 4 Issue: 2| 2023 ISSN: 2181-0966. Б. 53-56

5. Nurova Sh.N. General Description of Changes in the Gums in Women with Breast Cancer / RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES Volume: 2, ISSN 2720-6866 220-224

6.Scardina, G.A. Oral microcirculation in post-menopause: a possible correlation with periodontitis / G.A. Scardina, P. Messina // Gerodontology. - 2012. -Vol.29(2). - P.e1045-1051.

6.Ramya, K.S.Expression of VEGF in Periodontal Tissues of Type II Diabetes Mellitus Patients with Chronic Periodontitis -an Immunohistochemical Study / K.S. Ramya // J Clin Diagn Res. - 2014. - Vol.8(8). - P. ZC01-3.