

СТАЊЕ ПАРОДОНЦИЈУМА ОБОЛЕЛИХ ОД БОЛЕСТИ ЦРВЕНЕ КРВНЕ ЛОЗЕ

Шехалић М.¹, Кнежевић М.¹, Томић С.², Глигоријевић Н.¹, Столић А.³

¹Стоматолошки одсек, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Интерна клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

³Институт за статистику и информатику, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

PERIODONTAL CONDITION IN PATIENTS WITH RED BLOOD CELLS DISEASE

Шехалић М.¹, Кнежевић М.¹, Томић С.², Глигоријевић Н.¹, Столић А.³

¹Department of Dentistry, Medical Faculty Pristina, Kosovska Mitrovica

²Internal clinic, Medical Faculty Pristina, Kosovska Mitrovica

³Institute of statistics and informatics, Medical Faculty Pristina, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Health of soft oral tissue and periodontium in biggest measure depends as well of oral hygiene. It exists the positive correlation between oral hygiene and periodontal condition. Many systemic disease, as blood disease, change reactivity of organism and also periodontium, and directly take influence at course and difficulty of periodontitis.

Keywords: periodontium; red blood cells disease

САЖЕТАК

Здравље меких оралних ткива и пародонцијума у највећој мери зависи и од оралне хигијене. Бројна истраживања у свету и код нас потврдила су позитивну корелацију између количине денталног плака и стања пародонцијума. Многе системске болести у које спадају и крвне дискразије мењају реактивну способност организма, а самим тим и пародонцијума, те тако директно утичу на ток и тежину пародонтопатија.

Кључне речи: пародонцијум; болести црвене крвне лозе

УВОД

Данас су разјашњени скоро сви проблеми везани за етиопатогенезу пародонтопатије. Главни узроци пародонтопатије су локалне природе, где у први план спада дентални плак, меки скоро невидљиви прекривач, чији најзначајнији део чине микроорганизми. Њихова патогена активност, отпорност организма домаћина, као и локални и општи фактори ризика, значајно утичу на појаву обољења пародонцијума. У суштини, ради се о интеракцији микроорганизама денталног плака и организма домаћина (1). Крвне дискразије, као општи фактори, имају само акцесорну улогу у овим збивањима. Они модификују реакцију гингиве и читавог пародонцијума на штетне утицаје бактеријских продуката пореклом из денталног плака. У таквих болесника обољења пародонцијума лакше настају, а процес деструкције и разарања пародонцијума се одвија знатно брже (2, 3).

Циљ рада је био да се утврди учесталост и тежина промена на пародонцијуму код:

1. сидеропеничне анемије,
2. пернициозне анемије,
3. апластичне анемије и
4. полицитемије

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

У истраживање је укључено 57 пацијената оба пола различите старости. Испитивање је обављено на пацијентима код којих је клиничким прегледом и лабораторијским методама истраживања потврђена дијагноза крвне дискразије (периферни размаз, патохистолошки налаз коштане сржи).

У истраживању стања пародонцијума коришћени су следећи пародонтални индекси: индекс оралне хигијене Silness-Löe, гингивални индекс-Löe Silness; пародонтални индекс - СРITN.

РЕЗУЛТАТИ

Укупан број оболелих од црвене крвне лозе је био 57, од тога 33 пацијената је било мушког пола 57.9% а 24 је било женског пола 42.1%. (табела 1).

Из табеле 2 уочава се да је код обољења црвене крвне лозе присутан дентални плак у танком слоју у 36,84%, умерена количина денталног плака регистрована је у 33,3%, док је велика количина денталног плака установљена у 21,1% испитаника. Само 8,76% испитаника нису имали дентални плак. Највеће количине денталног плака нађене су код пернициозне анемије у 47.2% и

Табела 1. Полна структура оболелих од црвене крвне лозе.

| Обољење црвене крвне лозе | Мушкарци | | Жене | | Укупно | |
|---------------------------|----------|-------|------|------|--------|-------|
| | Број | % | Број | % | Број | % |
| - сидероп. анемија | 4 | 19.0 | 17 | 81.0 | 21 | 100.0 |
| - перниц. анемија | 13 | 76.5 | 4 | 23.5 | 17 | 100.0 |
| - апласт. анемија | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 7 | 100.0 |
| - полицитемија | 12 | 100.0 | 0 | 0.0 | 12 | 100.0 |
| Укупно | 33 | 57.9 | 24 | 42.1 | 57 | 100.0 |

апластичне анемије 57,1% болесника. Умерене количине денталног плака констатоване су код полицитемију 100%, пернициозне анемије у 29,5%, и сидеропеничне анемије 9,5%. Дентални плак у танком слоју налази се у највећем степену код сидеропеничне анемије у 85,7% и у знатно мањем проценту код апластичне анемије 42,9%. Између група постоји статистички значајна разлика према налазу денталног плака ($\chi^2 = 31.264$, $p < 0.001$).

Према налазу денталног плака статистички значајна разлика постоји између сидеропеничне анемије и пернициозне анемије ($\chi^2 = 5.0$, $p < 0.001$), између сидеропеничне анемије и апластичне анемије ($\chi^2 = 33.0$, $p < 0.01$), између сидеропеничне анемије и полицитемије ($\chi^2 = 8.0$, $p < 0.001$), између пернициозне анемије и апластичне анемије ($\chi^2 = 20.0$, $p < 0.01$).

Степен инфламације гингиве зависи од количине денталног плака, па је блага инфламација код свих обољења црвене крвне лозе утврђена у 24,5% болесника, умерена у 32,7%, а јака инфламација у 42,9% прегледаних. Најтеже форме инфламације установљене су код пернициозне анемије 69,2%, апластичне 57,1% и полицитемије 100%. Умерена инфламација најизраженија је код сидеропеничне анемије 57,1% и пернициозне анемије 30,8%. Блага инфламација констатована је код сидеропеничне анемије у 42,9%. Према томе инфламација гингиве је регистрована у свим облицима анемија. Статистичком анализом утврђена је значајна разлика у степену инфламације гингиве у свим групама испитаника ($\chi^2 = 26.847$, $p < 0.001$).

Запаљенске промене на гингиви показују статистички значајну разлику између сидеропеничне и пернициозне анемије ($\chi^2 = 24.0$, $p < 0.001$), као и између апластичне анемије и полицитемије ($\chi^2 = 16.0$, $p < 0.05$) (табела 3).

Оштећења дубљих пародонталних структура регистрована су код сви испитаника са обољењима елемената црвене крвне лозе. Само пацијенти са најнижим вредностима СРПН индекса били су оболели од сидеропеничне анемије. Најтежа оштећења констатована су код полицитемије 100%, пернициозне анемије у 53,4% и апластичне анемије 57,1%. Нешто блаже промене у дубљим структурама пародонцијума нађене су код сидеропеничне анемије 57,1% и пернициозне анемије

Табела 2. Утврђивање оралне хигијене применом плак индекса по Silness-Лђе.

| Обољење црвене крвне лозе | Silness- Лђе- плак индекс | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------|------|--------------------------------------|-------|----------------------------------|-------|---------------------------------|------|--------|-------|
| | Нема плака | | Плак у танком слоју уз ивицу гингиве | | Умерена количина денталног плака | | Велика количина денталног плака | | Укупно | |
| | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % |
| - сидеропенијска анемија | 1 | 4.8 | 18 | 85.7 | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 | 21 | 100.0 |
| - пернициозна анемија | 4 | 23.3 | 0 | 0.0 | 5 | 29.5 | 8 | 47.2 | 17 | 100.0 |
| - апластична анемија | 0 | 0.0 | 3 | 42.9 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 7 | 100.0 |
| - полицитемија | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 100.0 | 0 | 0.0 | 12 | 100.0 |
| Укупно | 5 | 8.76 | 21 | 36.84 | 19 | 33.3 | 12 | 21.1 | 57 | 100.0 |

Табела 3. Утврђивање степена инфламације гингиве применом Лђе- Silness гингивалног индекса

| Обољење црвене крвне лозе | Лђе- Silness гингивални индекс | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------|---------------------|------|------------------|-------|--------|-------|
| | Блага инфламација | | Умерена инфламација | | Јака инфламација | | Укупно | |
| | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % |
| - сидеропенијска анемија | 9 | 42.9 | 12 | 57.1 | 0 | 0.0 | 21 | 100.0 |
| - пернициозна анемија | 0 | 0.0 | 8 | 30.8 | 9 | 69.2 | 17 | 100.0 |
| - апластична анемија | 3 | 42.9 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 7 | 100.0 |
| - полицитемија | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 |
| Укупно | 12 | 24.5 | 20 | 32.7 | 25 | 42.9 | 57 | 100.0 |

Табела 4. Утврђивање тежине патолошких промена у пародонцијуму применом CPITN индекса.

| Обољење црвене крвне лозе | CPITN индекс | | | | | | | | Укупно | |
|---------------------------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|--------|-------|
| | 1,00 | | 2,00 | | 3,00 | | 4,00 | | | |
| | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % |
| - сидеропенијска анемија | 5 | 23.8 | 4 | 19.1 | 12 | 57.1 | 0 | 0.0 | 21 | 100.0 |
| - пернициозна анемија | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 46.6 | 9 | 53.4 | 17 | 100.0 |
| - апластична анемија | 0 | 0.0 | 3 | 42.9 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 7 | 100.0 |
| - полицитемија | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 100 | 12 | 100.0 |
| Укупно | 5 | 10.2 | 7 | 14.3 | 20 | 34.7 | 25 | 40.8 | 57 | 100.0 |

Табела 5. Број захваћених секстаната утврђен CPITN индексом.

| Обољење црвене крвне лозе | CPITN индекс - Број захваћених секстаната | | | | | | | | | | | | Укупно | |
|---------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|-------|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | | |
| | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % | Број | % |
| - сидеропенијска анемија | 0 | 0.0 | 4 | 19.0 | 7 | 33.3 | 5 | 23.8 | 0 | 0.0 | 5 | 23.8 | 21 | 100.0 |
| - пернициозна анемија | 4 | 23.6 | 2 | 11.8 | 1 | 5.9 | 8 | 47.0 | 1 | 5.9 | 1 | 5.9 | 17 | 100.0 |
| - апластична анемија | 0 | 0.0 | 3 | 42.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 0 | 0.0 | 7 | 100.0 |
| - полицитемија | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 41.6 | 5 | 41.6 | 2 | 16.8 | 12 | 100.0 |
| Укупно | 4 | 7.0 | 9 | 15.8 | 8 | 14.0 | 18 | 31.7 | 10 | 17.5 | 8 | 14.0 | 57 | 100.0 |

46,6%. Резултати испитивања показују статистички значајну разлику у вредностима CPITN индекса. ($\chi^2=28.559, p<0.001$) (табела 4).

Тежина промена осим величине вредности CPITN индекса мери се и бројем захваћених секстаната. На табели 5 види се да су патолошким процесом захваћени сви секстанти. Код највећег броја пацијената захваћено је 4 и више секстаната. Један до три секстанта било је захваћено у знатно мањем броју пацијената. Између посматраних група не постоји статистички значајна разлика у односу на захваћеност секстаната патолошким процесом ($\chi^2=4.126, p=0.248$).

ДИСКУСИЈА

Наши резултати су показали да је дентални плак регистрован у свим облицима анемија, у танком слоју највише је био заступљен у испитаника са сидеропеничном анемијом у 83,7%, умерене количине су утврђене у 100% испитаника са полицитемијом, док су дебели слојеви учесталији у пацијената са пернициозном и апластичном анемијом (4).

У току истраживања пародонцијума утврђене морфолошке промене гингиве, установљене клиничким прегледом и гингивалним индексом, указују на присуство инфламације, различитог типа и интензитета, и најизраженије су код пернициозне и апластичне анемије и полицитемије, док се блага и умерена инфламација истиче код сидеропеничне анемије. Одсуство клиничких знакова запаљења гингиве је елемент који гарантује здравље и дубљих пародонталних структура (5). Степен

инфламације гингиве и стање пародонцијума утврђени су применом CPITN индекса. Анализа података добијених овим индексом показала је карактеристичну дистрибуцију испитаника према вредностима (6).

У односу на испитиване варијабле, утврђено је да су варијабле 3 и 4 које се односе на присуство пародонталних џепова дубине 4mm и више, и указују на тешка разарања у пародонцијуму, превалентније код испитаника код којих су утврђене и највеће количине денталног плака и тежи степен инфламације гингиве, односно код пернициозне и апластичне анемије и полицитемије у 100% испитаника. Варијабле 2 и 3 указују на присуство средње тешке пародонтопатије, која је присутна код сидеропеничне анемије у 57,1%. Такође је нађено да је велики број прегледаних секстаната вилица био захваћен пародонтопатијом, а да је захваћеност по четири секстаната највише заступљена. Резултати наших истраживања потврдили су наводе већине аутора да се патолошки процеси на пародонцијуму јављају као пропратни симптоми хематопоезних обољења, где је квалитет изражености условљен локалним или фаворизујућим и системским или модифицирајућим факторима (5,7,8).

ЗАКЉУЧЦИ

У свих оболелих регистрована су оштећења пародонцијума, почев од инфламације гингиве, до разарања дубљих пародонталних ткива.

У највећем броју случајева постоји корелација између тежине инфламације гингиве, лезија осталих структурних елемената пародонцијума и количине ден-

талног плака. Међутим, постоје и испитаници код којих су забележена изразито тешка оштећења упркос доброј оралној хигијени и незнатној количини денталног плака, што упућује да обољења хематопоезних органа директно учествују како у настанку болести пародонцијума, тако и њиховом току и последицама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ivanović M, Vulović M, Ivanović Vladimir. Faktori rizika za nastanak oboljenja parodonticijuma. Stom. Glas. S. 1995; vol. 42: 199-204.
2. Caranza F. A, Newman M.G. Clinical periodontology. 9th Ed, W.B. Saunders Co. Philadelphia, 2002, pp.111-122.
3. Porter SR. Gingival and periodontal aspects of disease of blood and blood-forming organs and malignancy. Periodontology 2000; 18: 102-110.
4. Vinckier F, Declerck D. Mucous lesions associated with hematologic disease. Rev Belge Med Dent. 1995;50(1):69-80.
5. Đajic D, Orlov S, Mirkovic B. Oboljenja mekih tkiva. Decje novine Beograd, 1987.
6. Cutress T, Ainamo J, Sardo-Inffiri J. The Community Periodontal Index Of Treatment Needs (CPITN) procedures for population groups and individual. Int Dent J 1987;37:223-33.
7. Oyaizu K, Mineshiba F, Mineshiba J, Takaya H, nishimura F, Tanimoto I, Arai H, Takashiba S. Periodontal treatment in severe aplastic anemia. J Periodontol. 2005 Jul; 76(7):1211-6.
8. Zelić O., Đukanović D.: Klasifikacija i dijagnoza oboljenja parodonticijuma. Stom. Glas. S., 1996;vol 43:111-116.