

## ПАРОДОНТАЛНИ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕЦА С КИСТОЗНА ФИБРОЗА. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Т. Таргова, М. Гълъбова, Ст. Пеев, Д. Близнакова, С. Ангелова

**Key words:** *cystic fibrosis, gingivitis, periodontal alterations, susceptibility to decay*

### Въведение

Кистозната фиброза е наследствено заболяване, предавано по автозомно-рецесивен път. Генетичната детерминанта CTRF /cystic fibrosis transmembrane conductance regulator/ корелира с продукцията на грешен белтък, отговорен за непълноценното действие на хлорните канали и неправилното овлажняване на секретите в апикалната повърхност на епителни клетки на респираторния, стомашно-чревния тракт и други органи с каналчеста структура (1,2). В норма слезестата субстанция тапицира вътрешността на редица органи, обезпечавайки протекцията им от изсушаване и инфектиране (3).

Неправилно овлажненият и гъст секрет в каналчестите структури намира изява в дихателна обструкция, съпроводена от рекурентни респираторни инфекции, панкреатична инсуфициенция, малабсорбционен синдром и редица други усложнения (6).

Паралелно с комплексната клинична манифестация, с акцент общ соматичен статус, абнормните прояви на мутирания ген рефлектират и върху структури в устната кухина, повлиявайки оралното здраве на пациента.

Цел на настоящата разработка е да се регистрира денталният и пародонтален статус на пациент с диагноза кистозна фиброза, оценявайки степента на влияние

Факултет по дентална медицина  
Медицински Университет-Варна

*Cystic fibrosis is a hereditary disease transmitted in autosomal recessive way. The condition is characterized by complex clinical manifestation, with explicit impact upon common health status. In parallel, abnormal expression of pathologically modified gene affects also oral cavity's structures, influencing oral health of the patient. The aim of this case report is to describe treatment approach by diagnosed periodontal alteration of a patient at the age of 16. Clinical symptoms of the systemic disorder have been dating since the breast-feeding period. Concerning assessment of risk for decay processes there have been registered the indicators of D/DMFS, M/DMFS, F/DMFS. The index of HI by Linde serves for establishment of relation between the oral hygiene status and its pathological impact upon hard teeth tissues and periodontal structures. On the base of conducted investigation, the case has been diagnosed as a slight form of generalized chronically-proceeding gingivitis. In the context of modified explicit and implicit systemic factors the emphasis is put on urgent necessity of preventive measures, correlating with confinement of periodontal disease progression.*

на системното заболяване в качеството на рисков фактор за състоянието на твърдите зъбни тъкани и пародонталното здраве.

### Методи и материали

Касае се за пациент на 16 години с диагноза кистозна фиброза, установена на 3 месечна възраст, потвърдена с генетичен анализ /Δ F508/.

Кистозната фиброза е заболяване, изискващо комплексна и мултидисциплинарна помощ. Този практически подход дава възможност за правилна оценка на соматичния и денталния статус на пациента.

Регистрирахме следните пародонтални показатели: Bleeding on probing /кървене при сондиране/, PPD /Pocket Probing Depth/, дълбочина на джобовете при сондиране/, ниво на марго gingivalis.

С HI по Linde регистрирахме хигиенният статус без оцветяване на съзъбието. Чрез пародонтална сонда-UNC15 с остър гване в цервикалните зони на зъбната корона записахме наличието и липсата на зъбна плака в 6 точки вестибуларно и орално на всеки зъб и данните нанесохме в подготвена за целта пародонтална карта.

Кървене при сондиране – BP, изследвахме с помощта на пародонтална сонда, чрез сондиране на гингивалният сулкус и от четяхме наличие и липса на кървене след сондиране. Данните нанесохме в пародонтална карта.

Чрез PPD измерихме дълбочината на гингивалните джобове с пародонтална сонда. Регистрирахме разстоянието от дъното на гингивалният джоб до марго гингивалис и записахме данните в 6 стойности за всеки зъб. Резултатите нанесохме в пародонталната карта. Установихме и наличие на загуба на ниво на епително прикрепване в 11 пародонтални единици в границите на 1mm. Изследването извършихме с пародонтална сонда, като измерихме разстоянието от емайло-циментовата граница до марго гингивалис и открихме при 11 от зъбите в съзъбието, вестибуларно – наличие на рещесия. Направените измервания нанесохме в пародонталната карта.

С оглед на профилактика на оралната патология, на пациента се приложи хигиенна фаза от пародонтално лечение непосредствено след системна фаза, стабилизираща общото състояние. Пациентът бе

обучен и постигнахме стабилизиране на пародонталното здраве (снимки 1-4).

### Резултати и обсъждане

Съзъбието на пациента е оценено като кариес резистентно на базата на индекси D/DMFS, M/DMFS, F/DMF. Не са диагностицирани ортодонтски аномалии.

Незадоволителната орална хигиена, преваляващо в интерденталните пространства, релативно коренспондираща с обилна акумулация на зъбна плака и зъбен камък, директно се асоциира с възпалителен процес, поразяващ пародонталния комплекс на фона на значително потисната инфламаторна реакция от страна на гингивалните тъкани.

Установихме HI по Linde – наличие на зъбна плака с числов еквивалент 65.47%, Bleeding on probing /кървене при сондиране/ 1.19%, PPD /Pocket Probing Depth/, дълбочина на джобовете при сондиране/ - 1.67 (средна стойност), загуба на ниво на епително прикрепване: 1mm на 11 пародонтални единици. Хигиенният индекс е под нормата, характеризираща състояние, което граничи със здрав пародонт. Но, въпреки това стойността на индекса: VI граничи с нормата. Тези данни ни разкриват наличие на хронично, протрахирано и вяло протичащо гингивално възпаление, но с активност на възпалителен процес в гингивалният сулкус, която установяваме клинично с наличие на слаб оток в марго гингивалис, ливидно променен цвят в тази област, с линеарен ход и чрез изследване с BP. Наличие на провокирано кървене, което не е в корелация с хигиенният статус.

Прецизният числов израз на индикаторите на пародонталното здраве насочва към диагностициране на конкретният клиничен случай като лека форма на генерализиран хронично протичащ гингивит, но при наличие на редукция на пародонт /1mm/.

Относителната устойчивост на твърдите зъбни тъкани към агресивно действащите кариесогенни фактори би могла да

се обясни със спецификите на общото заболяване по отношение на буферния капацитет на секретирания слюнка, както и на високата средна стойност на рН в устната кухина. Пациентите с кистозна фиброза се отличават с изменени нива на калциеви и фосфорни йони в слюнката, имащи отношение към интензитета на образуване на зъбна плака и зъбен камък (4).

Продължителният и чест прием на антибиотици с оглед копиране на симптоматичните изяви от общ характер влияе върху микробното число на *Streptococcus mutans* с доказаната си кариезогенна динамика, както и към потискане на активността на нормално наличните в устна кухина пародонтопатогени (9).

Предвид на протрахирания ход на кистичната фиброза се очакват нови патологични изменения и в пародонта, в аспект загуба на пародонтални тъкани, което само по себе си се превръща във фокус на персистираща инфекция (10).

### Заклучение

Демонстрираният клиничен случай показва генерализиран гингивит при пациент на 16 години с кистозна фиброза. Установихме хроничен силно потиснат ход на налично възпалително заболяване на пародонта и загуба на ниво на епително прикрепване до 1mm на фона на акумулирана в интерденталните участъци обилна зъбна плака. Установената находка е нетипична и липсва връзка между хигиенният статус и реакцията на гингивата, както и между гингивалният отговор на възпалението и възрастта на пациента. Находката дава основание да препоръчаме мерки целящи превенция на прогресията.

### Книгопис

1. Шмилев Т., *Клинична пулмология в детската възраст*, Медицинско издателство „Райков“, 2013: 519-537.
2. *Българско дружество по белодробни болести*, *Кратки препоръки за диагностика, лечение и превенция*

на ХОББ, издателство „Анкос“, София, 2010.

3. Light Michael J., C. Blaisdell, D. N. Homnick, et al., *Pediatric Pulmology*, 2011: 717-740.
4. A. Narang, A. Maguire, J. H. Nunn, A. Bush, “Oral health and related factors in cystic fibrosis and other chronic respiratory disorders”, *Arch. Dis. Child* 2003, 88: 702-707.
5. Martens L. C., Aps. JKM, Van Maele Gog, “Is oral health at risk in people with cystic fibrosis?”, *Eur. J. Pediatr Dent* 2001; 2: 21-27.
6. Davis J. C., Alton E. W., Bush A., “Cystic fibrosis”, *BMJ*, 2007; 335 (7632): 1255-1259.
7. Konstan M. W., Butler S. M., Schidlow D. V., Morgan W. J., Julius J. R., Johnson C. A., “Patterns of medical practice in cystic fibrosis, part 1: evaluation and monitoring of health status of patients. Investigators and Coordinators of the Epidemiologic Study of Cystic Fibrosis”, *Pediatr. Pulmonol* 1999; 28: 242-247;
8. Wotman S., J. Mercadante, I. D. Mande, et al., “The Occurrence of Calculus in Normal Children with Cystic Fibrosis and Children with Asthma”, *Journal of Periodontology*, May 1973; 44, №5, p. 278-280;
9. Kinirons M. J. *The effect of antibiotic therapy on the oral health of cystic fibrosis children. Volume 2, Issue 3, 1992*, p. 139-143;
10. Ferrazzano G. F., Orlando S., Sangiantoni G et al., *Dental and periodontal health status in children affected by cystic fibrosis in a Southern Italian region. European Journal of Pediatric Dentistry*, 2010; 10(2): 65-68.

#### Адрес за кореспонденция:

д-р Теодора Таргова  
Факултет по дентална медицина  
Медицински Университет-Варна  
e-mail: d\_r\_targova.t@abv.bg