

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

## Резюме

Бронхиальная астма оказывает выраженное влияние на состояние твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта и ткани пародонта.

Более значимые нарушения в ротовой полости детей на фоне бронхиальной астмы, особенно при тяжелой ее форме, происходят в тканях пародонта. Так, было выявлено, что максимальные значения по исследуемым индексам определялись в полости рта детей с бронхиальной астмой среднетяжелой и тяжелой степеней тяжести.

**Ключевые слова:** кариес, гингивит, бронхиальная астма, дети

## Summary

### CLINICAL FEATURES OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Bronchial asthma has a marked impact on the hard tooth tissues, oral mucosa and periodontal tissue. More significant pathological disorders in the oral cavity of children with asthma, especially in its severe form detected in periodontal tissues. Since it was found that the maximum values of the studied indexes were determined in the oral cavity of children with moderate and severe degrees of asthma severity.

**Keywords:** caries, gingivitis, bronchial asthma, children

Значительный риск повышения частоты встречаемости заболеваний полости рта и формирования при этом острой и хронических форм патологических процессов, чему способствуют как местные (неудовлетворительное гигиеническое состояние, избыточное потребление углеводов), так и общие факторы (снижение иммунологической реактивности и нарушения в гормональной системе), представляет с собой серьезную угрозу состоянию здоровья подрастающего поколения.

Высокий уровень распространенности и интенсивности основных стоматологических патологий, ведущих к значительному снижению функциональных и адаптационных возможностей органов и тканей ротовой полости и являющихся одной из основных причин частичной или полной утраты зубов, свидетельствует о необходимости и актуальности решения проблемы поиска оптимальных патогенетически обоснованных средств, методов их профилактики и лечения.

Результаты проведенных в этой области научных исследований свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между показателями интенсивности поражения населения кариесом и воспалительными заболеваниями пародонта и общесоматическими организменными патологиями, особое место среди которых с точки зрения тяжести течения и выявления серьезных осложнений занимают аллергические заболевания [1,2,5,6,7].

При аллергических заболеваниях в связи с дисфункцией слюнных желез снижается скорость слюноотделения, а изменения параметров ротовой жидкости являются одной из причин снижения иммунологической реактивности организма, нарушения белкового и минерального обмена, что, в конечном счете, очень негативно влияет на состояние зубочелюстной системы и качество жизни больных.

Одной из главных и нерешенных задач современной стоматологии является четкое определение морфофункциональных и иммунных механизмов

Севда Алескерова,  
ассистент

Азербайджанский  
Медицинский  
Университет  
Кафедра  
терапевтической  
стоматологии, Баку

влияния аллергических заболеваний, таких как бронхиальная астма, атопический дерматит, на возникновение и развитие патологических процессов воспалительно-деструктивного характера в тканях полости рта и на увеличение частоты их встречаемости [3,4].

Частые серьезные нарушения в функциональном состоянии зубочелюстной системы у пациентов с бронхиальной астмой требуют назначения общей базовой терапии организменной патологии, определения на фоне указанной патологии патогенетических механизмов развития, обострения и прогрессирования воспалительных заболеваний полости рта, которые в свою очередь могут усугубить течение бронхиальной астмы и устранения факторов риска путем разработки и внедрения необходимых стоматологических лечебно-профилактических средств с учетом степени тяжести соматической патологии.

Вышеизложенное еще раз доказывает актуальность оптимизации методов, средств лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей с аллергической патологией, в частности с бронхиальной астмой, на основе подробного изучения стоматологического статуса.

**Цель исследования:** Изучение корреляционной связи между состоянием стоматологического статуса и характером течения бронхиальной астмы у детей.

#### Материалы и методы исследования.

Было проведено комплексное стоматологическое обследование 150 детей и подростков, больных бронхиальной астмой, проходивших курс базовой терапии в Детской Клинической Больнице № 6 г. Баку, и 20 практически здоровых детей, из которых были составлены контрольная и основные группы исследований, распределенные по степеням тяжести соматической патологии: 1) 65 детей с легкой степенью бронхиальной астмы; 2) 53 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести; 3) 32 больных составили группу с тяжелой степенью бронхиальной астмы.

Группу сравнения составили 20 практически здоровых детей, обратившихся на кафедру для консультации и лечения по поводу воспалительных заболеваний тканей пародонта. Возраст обследованных составлял 6–15 лет.

Для регистрации патологических изменений в органах и тканях полости рта обследуемых была разработана специальная карта, в которую заносились результаты осмотра полости рта пациентов до лечения, в течение проводимых лечебных мероприятий и в более отдаленных исследованиях.

Гигиеническое состояние полости рта у детей дошкольного (5 и 6 лет) и школьного (7–15 лет) возрастов оценивали с помощью индекса Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной (1971) и упрощен-

ного гигиенического индекса ОНІ-S (Green J.S., Vermillion J.K., 1964).

#### Результаты исследований и их обсуждение.

Немаловажное значение в частоте встречаемости и развитии основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов, пародонтита и т.д. имеет недостаточный уровень гигиены полости рта. Как показали результаты проведенных нами исследований, у детей и подростков с аллергической патологией уровень гигиены во всех обследуемых основных группах был ниже, чем у здоровых детей.

Так, средняя величина гигиенического индекса по Федорову–Володкиной у детей, страдающих бронхиальной астмой легкой степени, оказалась равной  $3,21 \pm 0,082$ , тогда как в контрольной группе из практически здоровых детей показатель данного индекса был значительно ниже и составил всего  $1,96 \pm 0,085$ . У здоровых детей в тех же возрастных группах индекс гигиены значительно уступал по полученным показателям второй основной группе, гигиеническое состояние полости рта продолжало ухудшаться —  $3,47 \pm 0,114$ .

Максимально высокие данные по индексу Федорова–Володкиной определялись при обследовании полости рта детей и подростков, больных бронхиальной астмой тяжелой степени. Так, в этой группе больных исследуемый индекс гигиены повысился и составлял уже  $3,85 \pm 0,119$  против  $1,96 \pm 0,085$  практически здоровых детей, т.е. был почти в два раза больше значений, полученных в контрольной группе (таб. 1).

**Таблица 1.** Состояние гигиены полости рта у детей с бронхиальной астмой

Группы обследованных детей	Число обл.	Индекс гигиены по Федорову–Володкиной
Дети с БА легкой ст.	65	$3,21 \pm 0,082$
Дети с БА ср. тяжелой ст.	53	$3,47 \pm 0,114$
Дети с БА тяжелой ст.	32	$3,85 \pm 0,119$
Итого:	150	$3,44 \pm 0,062$
Здоровые	20	$1,96 \pm 0,085$

Неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у детей с аллергической патологией обусловлено не только неудовлетворительным гигиеническим уходом, но и связано со снижением скорости слюноотделения, изменением параметров и нарушением защитных свойств ротовой жидкости, что создает благоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры в полости рта.

У детей 12 лет и 15-летних подростков, чаще всего страдающих аллергической патологией тяжелой и среднетяжелой форм и незначительно

при легкой форме, наряду с обильными зубными отложениями стал выявляться зубной камень.

На фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта у подавляющего большинства детей и подростков с аллергической патологией выявлены воспалительные заболевания мягких тканей пародонта. Особенно выраженные воспалительно-деструктивные изменения в тканях пародонта отмечались у детей, страдающих тяжелой формой бронхиальной астмы и среднетяжелой степенью аллергической патологии (таб.2).

Немаловажное значение придается также проводимой базисной терапии, включающей длительный прием кортикостероидов.

**Таблица 2.** Уровень гигиены полости рта у детей с бронхиальной астмой по Грин–Вермильону (ОНИ–S)

Группы обследованных детей	Число obs.	Индекс гигиены		
		Зубной налет (DI)	Зубной камень (CI)	ОНИ–S
Дети с БА легкой ст.	65	2,14 ± 0,068	0,31 ± 0,021	2,44 ± 0,086
Дети с БА ср. тяжелой ст.	53	2,31 ± 0,061	0,43 ± 0,019	2,75 ± 0,071
Дети с БА тяжелой ст.	32	2,56 ± 0,052	0,59 ± 0,022	3,15 ± 0,062
Итого:	150	2,29 ± 0,040	0,41 ± 0,015	2,70 ± 0,052
Здоровые	20	0,76 ± 0,049	0,19 ± 0,037	0,95 ± 0,078

В процессе обследования, в основном, встречались различные формы гингивита: катаральный, гипертрофический, язвенно-некротический. По распространенности процесса чаще выявлялся генерализованный гингивит, а в редких случаях — локальный.

С тяжестью течения соматической патологии интенсивность и распространенность воспалительной реакции в околозубных тканях нарастали. Так, если в первой основной группе с аллергической патологией легкой степени показатель исследуемого индекса составил 2,44±0,086, то при среднетяжелой и тяжелой формах бронхиальной астмы индекс гигиены по Грин–Вермильону был выявлен в более высоких значениях 2,75±0,071 и 3,15±0,062 соответственно (p<0,001).

А в контрольной группе, которую составили практически здоровые лица, индексные показатели были почти в 2,5 ниже, чем в основных группах — 0,95±0,078. При этом необходимо отметить

рост индексных данных по встречаемости зубного камня на фоне заболеваемости бронхиальной астмой наиболее тяжелой формы.

В этой группе наблюдений показатель индекса ОНИ–S по частоте выявления зубного камня был максимальным именно в третьей основной группе — 0,59±0,022, тогда как в других группах чаще обнаруживался зубной налет.

По всем полученным показателям наиболее благоприятные результаты выявлялись в контрольной группе.

**Заключение**

Состояние твердых и мягких тканей временных и постоянных зубов у детей с бронхиальной астмой находилось в прямой зависимости от длительности и тяжести течения сопутствующей соматической патологии. По результатам проведенных нами исследований четко прослеживалась тенденция к ухудшению гигиенического состояния полости рта и нарастанию тяжести и глубины поражения тканей пародонта на увеличение длительности и тяжести течения аллергической патологии,

У детей и подростков с бронхиальной астмой различной степени тяжести состояние полости рта во всех обследуемых группах расценивалось как неудовлетворительное и было хуже, чем у практически здоровых детей контрольной группы, что обусловлено, по нашему мнению, недостаточно удовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта, снижением скорости слюноотделения и нарушением защитных свойств слюны у детей с аллергической патологией.

**Список литературы**

1. Джамолова Р.Д. Особенности клинического течения и функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных с бронхиальной астмой. Автореф. дис. ... канд.мед.наук, Душанбе — 2010, 24с.
2. Ежова Г. Ю. Оценка качества жизни у больных бронхиальной астмой в процессе стационарного лечения. Автореф. дис. ...канд.мед.наук, Уфа — 2010, 23 с.
3. Крылова В.Ю. Особенности течения заболеваний пародонта у больных бронхиальной астмой // Пародонтология. — 2007. — № 2 (43). —С. 41–43.
4. Супатаева Т.У. Клинико-фармакологическое обоснование применения антиоксидантов природного происхождения при лечении заболеваний полости рта у детей с аллергическими болезнями. Автореф. дис. ...канд.мед.наук., Бишкек 2009, с28.
5. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В., Смирнов Н.А., Алексеева Я.Г. Факторы, влияющие на качество жизни больных с бронхиальной астмой. //Пульмонология, 2004. — № 1. — С. 67 — 83.
6. Jenson R., Boman G. Inflammation and lung damage. // Eur. Respir. Mon. — 2000. — Vol. 15. — P. 272–287.
7. Jutel M., Blaser K., Akdis C.A. Histamine in allergic inflammation and immune modulation. // Int. Arch. Allergy Immunol., 2005. — Vol. 137. — P. 82–92.