

Раздел VII

РЕДАКЦИОННЫЙ ПОРТФЕЛЬ

УДК 616.5-001.1

АЛГОРИТМЫ МЕХАНИЗМА ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ АППАРАТУРНОМ ЛЕЧЕНИИ

С.Н. ГОНТАРЕВ*, Ю.А. ЧЕРНЫШОВА**, С.В. КРЮКОВА***, И.С. ГОНТАРЕВА****

Дерматиты (dermatitis) – это воспалительные заболевания кожи, возникающие в результате непосредственного действия на нее агентов внешней среды физической или химической природы. Характерной особенностью заболевания является развитие дерматита на месте воздействия раздражителя и сравнительно быстрое разрешение патологического процесса после прекращения действия причинного фактора. Применительно к красной кайме губ термину «дерматит» соответствует термин «хейлит», к слизистой оболочке рта – «стоматит», а околоротовая область – околоротовой дерматит.

Ключевые слова: контактный дерматит, аллергический дерматит, ортодонтическая аппаратура.

Дерматиты в ортодонтической практике достаточно частое осложнение, возникающее в процессе ношения съемных и несъемных ортодонтических аппаратов. Рост патологии связан с увеличением количества обращающихся детей и подростков за ортодонтической помощью, а также немаловажную роль играет питание пациента в процессе лечения. Увеличение в составе пищи легкоусвояемых углеводов в сочетании с отсутствием адекватных гигиенических навыков ведет к обсеменению микроорганизмами околоротовой области.

Существует несколько видов дерматита околоротовой области: контактный дерматит – воспаление и отек в месте контакта с раздражающим веществом (аллергеном); нейродермит – хроническое заболевание кожи, сопровождающееся зудом. Диффузные формы чаще встречаются у детей и исчезают в 90% к подростковому возрасту, локализованные формы наблюдаются только в определенной четко выраженной области и нередко связаны с психоэмоциональными переживаниями; аллергический дерматит – нередко вызывается косметическими средствами, лекарственными препаратами местного применения, красителями, резиной, пластмассами, растениями, солями некоторых металлов.

Цель исследования – выявление алгоритмов механизма проявления аллергодерматитов у детей и подростков при ортодонтическом аппаратурном лечении.

Материалы и методы исследования. В ортодонтической практике наиболее часто выявлялись контактные дерматиты, их частота при ношении ортодонтической техники составила 30,3% (при обследовании 3339 пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении в МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника»). Съемная ортодонтическая аппаратура чаще всего изготавливается с использованием акриловых пластмасс.

По данным наших исследований, частота повышенной чувствительности к акриловым материалам колеблется от 0,7 до 12,3%. Из них 85-90% составляют девочки и девушки. Определены причины непереносимости акрилатов:

- 1) механическая травма аппаратурой слизистой оболочки полости рта;
- 2) воздействие на слизистую оболочку полости рта микроорганизмов, содержащихся в налете на ортодонтических аппаратах;
- 3) аллергическое и токсико-химическое воздействие веществ, входящих в состав материалов, использующих при изготовлении ортодонтической аппаратуры;
- 4) термоизолирующее воздействие на подлежащие ткани;
- 5) заболевания внутренних органов (анемия, диабет, и др.);
- 6) психогенные факторы.

Результаты и их обсуждение. Механическая травма – одна из основных причин возникновения контактного околоротового

дерматита и дерматитов слизистой оболочки полости рта. Элемент постоянно подвергается механической травме, воздействию широкого спектра температур и значений pH, действию раздражающих и повреждающих веществ. Нарушение барьерной функции эпителия кожи околоротовой области приводит к развитию непереносимости акрилатов. Базис съемного ортодонтического аппарата должен точно воспроизводить микрорельеф тканей ложа, однако иногда сделать это достаточно сложно. В основе травматического воздействия лежит несоответствие между рельефом базиса пластинки и рельефом слизистой оболочки, образующееся от возникающей в процессе полимеризационной усадки пластмассы, которая в лучшем случае достигает 0,4-0,55%.

Шероховатость и пористость, а также плохой уход за съемной ортодонтической аппаратурой, по нашему мнению, способствуют проникновению ротовой жидкости в базис и образованию на его поверхности налета, в котором содержатся углеводы, белки, клетки с лущенного эпителия, лейкоциты и др. Пластинки покрываются отложениями, остатками пищи, слущенными клетками эпителия. Наиболее часто остатки пищи задерживаются под базисами съемных пластиночных аппаратов, особенно верхней челюсти. В результате этого создаются благоприятные условия для жизнедеятельности грибов, особенно рода *Candida albicans*. Продукты метаболизма *Candida albicans* (молочная кислота и др.) вызывают боли в области ложа, жжение и гиперемия слизистой оболочки. Увеличение количества микрофлоры ведет к усилению ферментативных процессов, что способствует повышению интоксикации организма. Раздражающее действие бактериальных токсинов вызывает появление неприятных субъективных ощущений и гиперемия слизистой оболочки у детей и подростков, пользующихся ортодонтической аппаратурой.

Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта детей и подростков аллергические составили 27±8,4%.

Нами установлено, что пластмассы горячего отверждения очень редко вызывают аллергические реакции, которые чаще всего наблюдаются при применении пластмасс холодного отверждения.

Развитию токсических и аллергических реакций на акрилаты способствовали такие факторы, как нарушение барьерной функции тканей полости рта при травмах, заболеваниях внутренних органов (сахарный диабет и др.) ребенка – в 17,6% случаев.

Особые условия среды под съемными аппаратами могут быть обусловлены тем, что пластмасса, являясь плохим проводником тепла, приводила к локальному повышению температуры. Нарушение теплообменных процессов под съемными конструкциями из акриловых пластмасс способствовало разрыхлению и мацерации эпителия слизистой оболочки полости рта, увеличению проницаемости сосудистой стенки, обеспечивая условия для проникновения мономера в кровяное русло. При длительном воздействии температуры свыше 47°C возникали необратимые изменения слизистой оболочки, ускорялись иммунологические процессы, вызывались денатурация белка и изменения антигенной структуры собственных белков.

По результатам наших исследований при различных эндокринопатиях у детей и подростков нередко наблюдались изменения слизистой оболочки полости рта в виде трофических расстройств. Так, у детей, больных сахарным диабетом, в результате уменьшения стойкости капилляров в тканях полости рта и повышения сосудистой проницаемости происходят нарушения в слизистой оболочке, быстро развивались декубитальные язвы. Повышение концентрации глюкозы в слюне способствовало размножению микрофлоры, особенно *Candida albicans*, повышенному образованию налета мягкой консистенции на зубах и ортодонтической аппаратуре.

При тиреотоксикозе выявлялись такие симптомы, как жжение слизистой оболочки, снижение вкусовой чувствительности, глоссит. У детей, страдающих эндокринными заболеваниями и заболеваниями крови, перенесших лечение антибиотиками, на фоне снижения общего и местного иммунитета возникал канди-

* МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Белгород

** Врач-ортодонт МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Белгород

*** Врач дермато-косметолог, г. Москва

**** Студентка НИИ БелГУ

дозный стоматит, являющийся индикатором иммунной недостаточности организма ребенка.

Контактный дерматит околоротовой области проявлялся следующими симптомами: сыпь, болезненные прикосновения к коже, инфицирование кожи (гнойнички), признаки воспаления (покраснение, отек), кожа шелушится и трескается, чувство зуда или жжения.

Заключение. Дерматиты околоротовой области и слизистой оболочки полости рта одни из самых частых осложнений, с которыми сталкиваются врачи-ортодонты. Необходимость ранней диагностики и своевременного лечения оральных дерматитов является залогом успешного ортодонтического лечения. Рекомендуется следующий алгоритм лечения околоротовых дерматитов и дерматитов слизистой оболочки полости рта: устранения фактора, вызвавшего заболевание. Местно использовать чередование примочек из настоев трав (ромашка, шалфей, кора дуба) с аппликациями с применением эпителит-стимулирующих препаратов (масляный витамин А, бальзам Шостаковского, солкосерил). Детям и подросткам с острыми проявлениями аллергического дерматита с локализацией на коже лица назначать наружную монотерапию – элоком в виде 0,1% крема. Крем наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в день. Уже на 1-3 сутки должно наступить резкое уменьшение отека, гиперемии, а на 4-5 сутки – полное выздоровление, что позволит в 2-3 раза сократить сроки лечения околоротовых дерматитов.

TREATMENT ALGORITHMS OF MANIFESTATION OF ALLERGODERMATITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AT ORTHODONTIC APPARATUS

S.N. GONTAREV, YU.A. CHERNYSHOVA, S.V. KRYUKOVA,
I.S. GONTAREVA

Children's Stomatological Polyclinics, Belgorod
Belgorod State University, Research Institute

Dermatitis is a chronic inflammatory disease of the skin, arising as a result of the direct action on her agents of the external environment physical or chemical nature. A characteristic feature of the disease is the development of dermatitis on the site of the impact of the stimulus and the relatively quick resolution of the pathological process after the termination of the causal factor. With regard to the hem of the red lips, the term "dermatitis" corresponds to the term "heilit", and to the mucous membrane of the mouth - "disease".

Key words: contact dermatitis, allergic dermatitis, orthodontic apparatus.

УДК 616-036.86

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.И. ГРИГОРЬЕВ*, А.В. ЕРШОВ**

В статье представлены результаты изучения первичной инвалидности детского населения Калужской области в возрасте до 18 лет за пятилетний период. На областном и районном уровне среди детей выявлены первичные случаи, распространенность, динамика, структура и особенности её показателей по всем в целом и отдельным классам болезней. Рассчитаны показатели первичной инвалидности у детей в зависимости от пола и возраста. Проведен их сравнительный анализ. Установлено, что первичная инвалидность детского населения имеет отчетливую тенденцию к росту, особенно среди подростков.

Ключевые слова: первичная инвалидность, структура, динамика, дети, население, показатель, Калужская область.

Проблема инвалидности детского населения является довольно актуальной. По международной классификации геронтологов и с учетом наступления трудовой деятельности в Российской Федерации к детскому населению относятся лица в возрасте до 18 лет [6].

Одним из неблагоприятных факторов существующего в последнее время в нашей стране социально-экономического положения является ситуация с инвалидностью населения, особенно в некоторых её регионах. В настоящее время этот показатель характеризуется довольно высоким его уровнем в различных возрастных группах, что негативно отражается на состоянии здоро-

вья граждан и приводит к значительному экономическому ущербу их благосостояния, а также к уменьшению трудового потенциала молодого поколения [1,4,5,9,10].

В системе социальной защиты принято понятие «первичная инвалидность» как инвалидность, признанная в результате впервые проведенного освидетельствования граждан в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Следовательно, первичная инвалидность – это число лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) по социальным причинам, в том числе по заболеваемости, в БМСЭ в течение года [6,8].

Ряд авторов считает, что инвалидность у лиц молодого возраста в настоящее время является довольно значимой, но пока неразрешимой проблемой для системы здравоохранения и социальной защиты. По их мнению, в последние десятилетия (конец XX – начало XXI века) отмечался рост числа лиц, впервые признанных инвалидами и состоящих на учете в органах социальной защиты, что свидетельствует об ухудшении здоровья населения. На современном этапе развития общества решение проблемы снижения уровня инвалидности населения отнесено к одному из приоритетных направлений не только в деятельности здравоохранения, но и в целом социальной политики, проводимой государством [3,7,8,9]. Однако для эффективного осуществления практических мероприятий по решению этой проблемы необходима комплексная, более углубленная научно-исследовательская проработка на региональном уровне вопроса о состоянии первичной инвалидности населения, особенно детей и подростков [3,10]. Следовательно, проблема инвалидности детей является довольно значимой не только для страны в целом, но и на региональном уровне, в том числе и для Калужской области.

Цель исследования – изучение состояния, структуры, динамики и особенностей первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет – жителей Калужской области, с установлением основных причин её возникновения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стало детское население Калужской области в возрасте до 18 лет. Исследование ВПИ детского населения Калужской области осуществлено за период с 2005 г. по 2009 г. Для изучения ВПИ проведены анализ и оценка основных показателей её впервые признанных случаев, динамики и структуры по классам и нозологическим формам болезней (с учетом и в соответствии с МКБ-10) в целом среди всех детей до 18 лет, а также по их возрасту и полу.

В ходе работы использованы, как источники информации, статистические сборники и материалы Росстата и Калугастата, БМСЭ по Калужской области, федеральных и региональных органов управления здравоохранением и социальным обеспечением, в том числе по форме № 7-Д (собес) [1,2,4,5]. Показатели инвалидности рассчитывались на 10000 соответствующего населения.

Результаты и их обсуждение. Результаты первичного освидетельствования жителей области в возрасте до 18 лет, проведенного для установления им инвалидности в 2005-2009 гг., представлены в табл. 1.

Таблица 1

Численность детей, освидетельствованных впервые для определения инвалидности и признанных инвалидами с 2005 по 2009 г. (в абс. ед., % и на 10 тыс. детского населения)

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009	В среднем за 2005-2009 гг.
Освидетельствовано, всего (чел.):	421	494	464	473	502	Σ = 2354
- из расчета на 10 тыс. детей	23,4	28,5	27,5	28,5	30,5	470,8 27,7
Установлена категория «ребенок-инвалид» всего (чел.):						Σ = 1854
% от общего числа освидетельствованных для получения группы инвалидности:	327	387	345	377	418	370,8
- из расчета на 10 тыс. детей:	77,7 18,1	78,3 22,3	74,3 20,4	79,7 22,7	83,3 25,4	78,7 21,8
Не признано инвалидами среди освидетельствованных, всего (абс./%):	94/22,3	107/21,7	119/25,6	96/20,3	84/16,7	Σ = 500 100/21,3

Выяснено, что в 2006 г. было 494 случая освидетельствования детей. В 2007 г. количество освидетельствований детского населения несколько уменьшилось (464 случая), а затем стало происходить увеличение их числа (2008 г. – 473; 2009 г. – 502

* Тульский государственный педагогический университет имени Л.Н.Толстого, 300026, пр-т Ленина, 125

** Калужский филиал Московского гуманитарно-экономического института, 248001, г. Калуга, ул. Кирова, 29