

А.З. Исамулаева^{1,3}, Т.Ф. Данилина², О.А. Башкина³, Д.Ф. Сергиенко³

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

¹МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2», г. Астрахань

²ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России

³ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В ходе исследования у детей с бронхиальной астмой с постоянным прикусом (в возрасте от 9 до 12 лет) выявлена высокая распространенность и интенсивность заболеваний пародонта, прогрессирующих по мере утяжеления аллергического недуга. Полученные результаты указывают на необходимость проведения регулярных стоматологических осмотров и разработку профилактических программ для данной категории больных.

Ключевые слова: пародонт, бронхиальная астма, дети.

A.Z. Isamulaeva, T.F. Danilina, O.A. Bashkina, D.F. Sergienko

THE CHANGES OF PARADONTOSIS TISSUE CONDITION IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

The investigation gave the result of high distribution and intensity of paradontosis in children with bronchial asthma and with constant occlusion (at the age from 9 to 12), these data became worse because of allergic ailment. The results proved the necessity of rendering regular stomatologic examinations and working-out prophylactic programs for such category of patients.

Key words: paradontosis, bronchial asthma, children.

Для изучения показателей стоматологического здоровья в ключевых возрастных группах населения, в том числе у детей, находящихся в периоде наиболее интенсивного развития и становления зубочелюстной системы, необходимо планирование и реализация профилактических программ [1, 2, 3].

Риск возникновения и развития стоматологических осложнений проявляется у детей с различными заболеваниями внутренних органов. Это должно быть учтено при планировании программ профилактики.

В частности, к группе риска относятся дети, страдающие бронхиальной астмой (БА) [4, 12]. У детей с БА выявляются уменьшение скорости слюноотделения, изменение параметров ротовой жидкости, снижение местного иммунитета полости рта, нарушение процессов регионарной гемодинамики в тканях, что может способствовать прогрессированию поражения органов полости рта, в частности пародонта [5, 6, 9, 10, 11].

Цель исследования: определить степень изменения тканей пародонта у детей с бронхиальной астмой с постоянным прикусом.

Материалы и методы исследования: Для реализации поставленной цели проведено стоматологическое обследование 103 детей с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 9 до 12 лет, получавших лечение в пульмонологическом отделении МУЗ «Городская детская клиническая больниц № 2» г. Астрахани с 2008 по 2009 гг.

При анализе гендерных показателей отмечено преобладание мальчиков (n=57; 55,4%) над девочками (n=46; 44,6%).

Согласно дизайну исследования пациенты были разделены на группы согласно степени тяжести БА. Оценка степени тяжести бронхиальной астмы осуществлялась на основании критериев, изложенных в национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008 г.). Согласно указанной классификации у 18 (17,5%) больных была диагностирована легкая форма заболевания, у 52 (50,5%) – среднетяжелая, у 34 (32,0%) пациентов верифицирована тяжелая форма недуга.

Для проведения сравнительного анализа состояния тканей пародонта обследовано 64 ребенка без аллергической патологии, составивших контрольную группу условно здоровых детей.

Стоматологическое обследование проводили с помощью набора стоматологических инструментов при искусственном освещении.

Для оценки степени распространенности гингивита определяли папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА %) с предварительным окрашиванием десны раствором Шиллера-Писарева [7, 8].

Сумма баллов определялась сложением наивысших баллов, характеризующих состояние пародонта у каждого зуба. Воспаление десневого края оценивали визуально.

Для оценки полученных результатов использовали следующую формулу:

$$РМА = \frac{\text{сумма баллов} \times 100}{n \times 3}, \text{ где}$$

«п» – количество зубов;

1 балл – воспаление десневого сосочка (Р);

2 балла – воспаление маргинальной десны (М);

3 балла – воспаление альвеолярной десны (А).

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования: Заболевания пародонта в группе детей, страдающих БА, встречались в 82,1% случаев, в том числе кровоточивость десен выявлена у 57,2%, зубной камень – у 15,1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта составляло 3,1, с кровоточивостью – 2,2, с зубным камнем – 0,7.

Поражение пародонта выявлено у 48,0% детей контрольной группы, в том числе кровоточивость десен выявлена у 39,1%, а зубной камень – у 9,38%. Интенсивность поражения тканей пародонта была равна 1,8 секстантам, из них секстантов с кровоточивостью было 1,5, с зубным камнем 0,3. Количество здоровых секстантов составляло в среднем 4,2.

В ходе исследования было выявлено, что индекс РМА прогрессивно ухудшался по мере нарастания тяжести бронхиальной астмы: при тяжелом течении бронхиальной астмы он был максимальным и составлял $81,1 \pm 2,64\%$. У больных со среднетяжелой формой бронхиальной астмы индекс РМА колебался в пределах $68,4 \pm 1,53\%$, с легкой формой – $51,3 \pm 1,96\%$, тогда как в контроле он составил $47,5 \pm 1,51$ ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p > 0,05$, соответственно) (табл.).

Необходимо отметить, независимо от степени тяжести, уровень РМА-индекса при комбинированной аллергопатологии (сочетание атопической бронхиальной астмы с атопическим дерматитом и /или малыми формами респираторных аллергозов) был высок и сопоставим с показателями при тяжелой формой БА ($78,9 \pm 2,36$ и $81,1 \pm 2,64$, соответственно; $p > 0,05$).

Таблица

**Показатели папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)
у детей с бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения**

Степень тяжести	Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), %
Легкая (n=18)	$51,3 \pm 1,96$
Средняя (n=52)	$68,4 \pm 1,53^{**}$
Тяжелая (n=34)	$81,1 \pm 2,64^{***}$
БА+АД (и/или АР)	$78,9 \pm 2,36^{***}$
Контрольная группа	$47,5 \pm 1,51$

Примечание: $***p < 0,01$ достоверность различий с контрольными показателями

$**p < 0,01$ достоверность различий с контрольными показателями

$*p < 0,05$ достоверность различий с контрольными показателями

В основной группе отмечались различные формы гингивита: катаральный (89,3%), гипертрофический (10,7%), язвенно-некротический не был выявлен ни у одного больного. Чаще встречался генерализованный гингивит (63,2%), реже – локальный (36,8%). В контрольной группе гингивиты диагностированы в 43,7% и были представлены в 85,7% случаев катаральной формой, в 14,3% – гипертрофической. У 32,6% детей наблюдался генерализованный гингивит, у 67,4% – локальный.

Высокая распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта у детей, страдающих бронхиальной астмой, может быть ассоциирована не только с наличием БА, но и с отсутствием проведения необходимых плановых лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта у этих детей, что было установлено в ходе исследования. Как выявлено в ходе работы, у большинства больных (62,1%) полость рта была не санирована. Полученные результаты указывают на высокую потребность больных с респираторными аллергозами в проведении стоматологической помощи.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволили сделать вывод о высокой распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у детей с бронхиальной астмой, прогрессирующие по мере утяжеления заболевания. Полученные результаты указывают на высокую потребность больных с бронхиальной астмой в проведении стоматологической помощи и разработке стоматологических профилактических программ для данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Кондратов А.И. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта у населения г. Екатеринбурга и Свердловской области // Организация и профилактика в стоматологии. Материалы конференции стоматологов. – Екатеринбург, 1998. – С. 46-48.
- Копылов А.Н. Диагностика и терапия нарушений гемостаза при бронхиальной астме у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1988. – 18 с.

3. Костромская Н.Н. Пути повышения эффективности лечения кариеса зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 1997. – 18 с.
4. Кочетова Л.И. Иммунный статус у детей с различной интенсивностью кариеса и хронического гингивита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 23 с.
5. Крылова В.Ю. Оценка состояния полости рта у больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 37 с.
6. Кузнецова О.Н., Гилятуллин И.И. Профилактика кариеса зубов и иммунологические показатели у больных аллергическими заболеваниями // Казанский мед. журнал. – 1997. – № 2. – С. 117-119.
7. Мачулина Н.А. Клиническая картина и методы диагностики изменения органов полости рта у детей с респираторными аллергиями: дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2001. – 139 с.
8. Федоров Ю.А., Леонова Е.А., Дрожжина В.Л., Русак М.К. Особенности клиники и диагностики заболеваний пародонта и краевой каймы губ у детей // Стоматология. – 1991. – № 4. – С. 94-96.
9. Шилова М.А. Клиническое и функциональное состояние органов полости рта у детей с пищевой аллергией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2000. – 19 с.
10. Beltrani V.S., Boguniewicz M. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – Vol. 49, № 6. – P. 1-9.
11. Fox P.C. Systemic therapy of salivary gland hypofunction // J dent Res. – 1987, Feb, 66 – S. 689-692.
12. Herrstrom P., Hogstedt B. Allergic diseases, dental health and socioeconomic situation of Swedish teenagers: Allergy, dental health, and social situation // Scand. J. Prim. Health. Care. – 1994. – Vol. 12, № 1. – P. 57-61.

Исамулаева Альфия Зинулгабделовна, заведующая терапевтическим отделением, врач-стоматолог-терапевт высшей категории МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2», Россия, 414000, г. Астрахань, пер. Театральный, 3, тел. (8512) 22-02-01, e-mail: gazken@rambler.ru, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Данилина Татьяна Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Башкина Ольга Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Сергиенко Диана Фикретовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 61-01-84