

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.,

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ Резюме

Гельминтозы, как сопутствующая патология ХРАС, оказывают колоссальное воздействие на ротовую полость, усиливая воспалительные процессы в мягких тканях полости рта, усиливают жалобы пациентов с ХРАС и приводят к более частым обострениям. Причем они не, просто учащают обострения, но и увеличивают тяжесть течения обострений.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гельминтозы, слизистая оболочка полости рта.

FEATURES OF THE DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC RECIDIVE APHTHOUS STOMATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF HELMINTHIASIS

Khasanova L. E., Pulatova R. S.,

Tashkent State Dental Institute.

✓ Resume

Helminthiasis, as a concomitant pathology of CRAS, has a huge impact on the oral cavity, increasing inflammatory processes in the soft tissues of the oral cavity, increasing the complaints of patients with CRAS and leading to more frequent exacerbations. And they do not just increase the frequency of exacerbations, but also increase the severity of the course of exacerbations.

Key words: chronic recidive aphthous stomatitis, helminth infection, the mucous membrane of the oral cavity.

ГЕЛМИНТИАЗ ФОНИДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗЛИ СТОМАТИТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ТИШ ҲОЛАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.,

Ташкент давлат стоматология институти.

✓ Резюме

Гельминтиёз, СҚАС касаллигининг ёндош патологияси сифатида оғиз бўшлиғига катта таъсир кўрсатади, оғиз бўшлиғининг юмшоқ тўқималарида яллиғланиш жараёнларини кучайтириб, СҚАС билан оғриган беморларнинг шикоятларини оширади ва тез-тез қайталанишга олиб келади. Улар нафақат қайталаниш частотасини оширмай, балки касаллик кўзиши кечишини зўрайтиради.

Калит сўзлар: сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, гельминтлар, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати.

Актуальность

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - это инфекционная патология, возникающая при взаимодействии трех факторов: окружающей среды, микро- и макро- организмов [8]. Для ХРАС характерно частое рецидивирование афт на СОПР и с нарушением целостности эпителия, местным воспалением и выраженной болью [6, 14].

В XXI веке ученые называют цифру в 20% населения планеты, страдает афтами в какой-то момент жизни, чаще всего с 20 до 40 лет. До полового созревания одинаково часто болеют лица обоих полов, а во взрослом возрасте преобладают женщины [4].

Гельминтозы оказывают крайне негативное воздействие на микробиоценоз кишечника, что не может, не отразится на микробиоценозе слизистой оболочки полости рта, а также на всасывание витаминов, минералов и других необходимых питательных веществ из кишечника, что влияет на организм в целом [1, 5, 15]. Гельминтозы, конечно, не являются истинно аллергическими заболеваниями, но в их па-

тогенезе аллергический компонент присутствует в основном патологическом процессе. Гельминтозы приводят к частым соматическим патологиям и рецидивам хронических заболеваний, влияя на иммунную систему организма хозяина [2, 9, 11].

Отличительная особенность большей части гельминтных инвазий - хроническое, скрытое течение, обусловленное длительным присутствием паразита в организме и повторными неоднократными заражениями [3, 7, 13]. Продукты жизнедеятельности гельминтов и сами гельминты нарушают нормальный биоценоз кишечника, а вследствие поглощения гельминтами ценных питательных веществ: белков, углеводов, жиров, витаминов и минеральных веществ, что нарушает нейрогуморальную регуляцию процессов всасывания пищи, что, несомненно, сказывается на микробиоценозе полости рта, способствует росту долей условно-патогенной и патогенной микрофлоры [2, 10].

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей стоматологического статуса у больных ХРАС на фоне гельминтной инвазии.

Для выполнения поставленных задач нами было обследовано 97 больных ХРАС в возрасте 23 - 46 лет (средний возраст $36,4 \pm 3,3$ лет), из них мужчин было 43, женщин - 54. Средний возраст наблюдаемых мужчин составил $34,7 \pm 3,1$ года, женщин - $39,2 \pm 3,2$ года.

Все больные были разделены на I и II группы (49 и 48 человек соответственно). К первой группе мы отнесли больных, у которых во время исследования было выявлено наличие гельминтозов. Распределение по видам было следующим: Энтеробиоз был выявлен у 27 человек, что составило 55,1%, аскаридоз - у 15 (30,6%) пациентов, лямблиоз констатировали у 7 (14,3%) больных. Также у 8 обследуемых выявлено наличие двух паразитов, и у двоих больных выявили сочетание всех представленных паразитов.

Если детально рассмотреть длительность заболевания ХРАС среди обследуемых пациентов, то можно заметить, что пациенты I группы (доказано наличие гельминтозов) имели более достоверно ($P < 0,05$) более длительное течение болезни, нежели обследуемые II группы. Средняя длительность ХРАС в I группе составила $3,2 \pm 1,1$ года, а в II группе - $2,5 \pm 0,9$ год. Таким образом мы можем с полной уверенностью сказать, что длительно текущий ХРАС (более 5 лет) предполагает наличие гельминтной инвазии у пациента. Следовательно, пациенту с длительно текущим ХРАС (более 1 года) стоматологу необходимо назначить лабораторное исследование для выявления или опровержения наличия гельминтной инвазии.

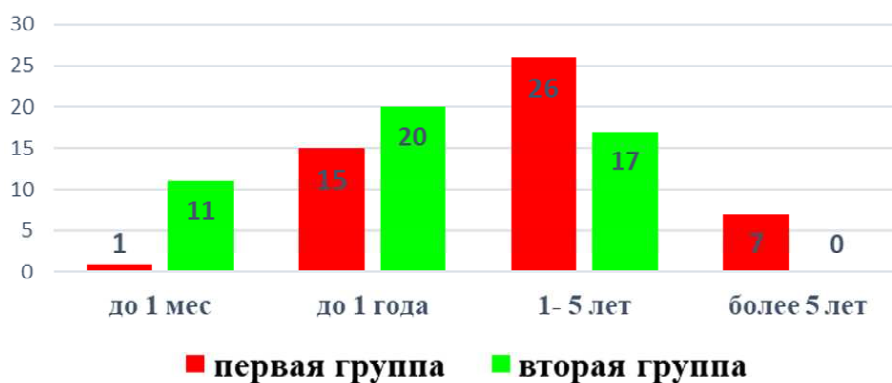


Рис.3. Длительность ХРАС по группам.

При наличии гельминтозов тяжесть течения ХРАС увеличивается, так у пациентов с гельминтозами 85% имеют среднее и тяжелое течение, причем тяжелое течение отмечается у 34,7% больных, в то время как

у пациентов без гельминтозов 62,5% имеют легкое течение, а тяжелое течение констатировано только у 10,4%.

Встречаемость жалоб больных и индексы во ХРАС II группе в зависимости от длительности заболевания

Параметры	Длительность ХРАС							
	До 1 мес (n=11)		1-12 мес (n=20)		1-5 лет (n=17)		Всего (n=48)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
дискомфорт, боль при приеме пищи	11	100	20	100	17	100	48	100
наличие «язв» в полости рта	10	90,91	17	85,0	16	94,12	43	89,58
сухость в полости рта	1	9,09	1	5,0	1	5,88	3	6,25
отечность СО полости рта	1	9,09	4	20,0	6	35,29	11	22,92
повышенное слюноотделение	1	9,09	1	5,0	1	5,88	3	6,25
Жалобы впервые	5	45,45	10	50,0	11	64,71	26	54,17
Те же жалобы в анамнезе	6	54,55	10	50,0	6	35,29	22	45,83
WTC INDEX (M±σ)	6,6 ± 0,6		7,8 ± 0,8		8,6 ± 0,7		8,2 ± 0,7	
OHI-S INDEX (M±σ)	0,8 ± 0,07		1,2 ± 0,05		1,6 ± 0,08		1,5 ± 0,06	
Индексная оценка тяжести (ИОТ) ХРАС (M±σ)	0,8 ± 0,04		1,2 ± 0,08		1,8 ± 0,07		1,4 ± 0,07	

Из таблиц 2 и 3 наглядно прослеживается динамика жалоб и их преобладание в зависимости от наличия гельминтов в организме и длительности ХРАС.

Что касается оценочных индексов, то их динамика, конечно, связана с увеличением длительности ХРАС, однако стоит обратить внимание на более высокие показатели всех индексов в I группе пациен-

тов ХРАС с гельминтозами. Это тоже подтверждает влияние гельминтозов на состояние СО полости рта, течение и тяжесть обострений ХРАС у пациентов.

Все вышесказанное невольно наталкивает нас на вывод об отягощении течения ХРАС при наличии гельминтной инвазии.

Из таблиц 2 и 3 наглядно прослеживается динамика жалоб и их преобладание в зависимости от наличия гельминтов в организме и длительности ХРАС.

Что касается оценочных индексов, то их динамика, конечно, связана с увеличением длительности ХРАС, однако стоит обратить внимание на более высокие показатели всех индексов в I группе пациентов ХРАС с гельминтозами. Это тоже подтверждает влияние гельминтозов на состояние СО полости рта, течение и тяжесть обострений ХРАС у пациентов.

Все вышесказанное невольно наталкивает нас на вывод об отягощении течения ХРАС при наличии гельминтозной инвазии.

В I группе пациентов среднее число обострений составило $6,2 \pm 0,9$ раз в год, медианой признано 6 раз в год, в то время как во II группе средняя частота обострений зафиксирована как $3,8 \pm 0,7$ в год, а медиана равна 3 раза в год (таблица 4). Соответственно мы можем сделать вывод о более тяжелом течении ХРАС в I группе и сопоставить эти данные с высчитываемым индексом тяжести ХРАС, представленным ниже.

Таблица 4

Частота обострений ХРАС в год по группам пациентов

Параметры	Частота обострений ХРАС							
	1-2		3-5		6-8		9-12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
I (n=49)	7	14,29	14	28,6	17	34,69	11	22,4
II (n=48)	16	33,33	17	35,4	11	22,92	4	8,33
Всего (n=97)	23	23,71	31	32	28	28,87	15	15,5

Причем, следует отметить, что в обеих исследуемых группах частота обострений зависела от длительности ХРАС, но в I группе частота обострений среди больных с сопоставимой длительностью заболевания

была достоверно выше по сравнению со II группой. Причиной этого факта мы также склонны считать наличие гельминтной инвазии у больных I группы (табл. 5).

Таблица 5

Частота обострений ХРАС в год по группам пациентов в зависимости от длительности ХРАС

Подгруппы	Частота обострений ХРАС в год	Длительность ХРАС				
		До 1 мес (n=12)	1-12 мес (n=35)	1-5 лет (n=43)	Более 5 лет (n=7)	Всего (n=97)
I (n=49)	1-2	1	0	0	0	1
	3-5	0	7	8	0	15
	6-8	0	6	11	2	19
	9-12	0	2	7	5	14
II (n=48)	1-2	11	2	1	0	14
	3-5	0	11	5	0	16
	6-8	0	7	7	0	14
	9-12	0	0	4	0	4
Всего (n=97)	1-2	12	2	1	0	15
	3-5	0	18	13	0	31
	6-8	0	13	18	2	33
	9-12	0	2	11	5	18

Исходя из полученных результатов, мы пришли к выводу, что частота обострений ХРАС выше у пациентов с наличием гельминтозов, а ниже - у больных без гельминтов и растет с увеличением длительности заболевания.

Следует отметить, что WTC INDEX и ИОТ был достоверно выше у пациентов с длительным течением заболевания и большей частотой обострений.

Установлено, больные ХРАС, имели ту или иную степень дисбактериоза ротовой полости; дисбактериоз кишечника установлен у 36 (75%) пациентов во II группе и 48 (97,96%) больных в I группе.

Установлено, что степень дисбиотических изменений кишечника также была выше у обследуемых I группы. Так, нормальное соотношение микроорганизмов в кишечнике зарегистрировано у 11 больных

(22,91%) II группы, в I группе таких пациентов зарегистрировано не было; дисбиотический сдвиг имели 19 пациентов (39,58%) II группы и 4 больных (8,16%) I группы; частота встречаемости дисбактериоза I и II степени была 13 больных (27,08%) во II группе и 14 пациентов (28,57%) в I группе, а частота дисбактериоза III степени в I группе - 19 человек (38,77%) и 5 (10,41%) больных во II группе, при этом в I группе у 12 (24,48%) пациентов обнаруживался дисбактериоз IV степени (рис.3.7.).

Частота встречаемости дисбиотических изменений ротовой полости выше у I группы: в ротовой полости дисбиотический сдвиг отмечен у 16 (33,33%) больных II группы и у 5 (10,2%) пациентов I группы, а частота встречаемости дисбактериоза I-II степеней составила соответственно 25 (52,08%) и 13 (26,53%) человек; а

III степени - у 7 (14,58%) и у 28 (57,14%) больных соответственно; при этом в I группе у 3 (6,12%) пациентов выявлен дисбактериоз IV степени - не зарегистрированный пациентов II группы (рис.7).

Выводы

1. Гельминтозы, как сопутствующая патология ХРАС, оказывают колоссальное воздействие на СО ротовой полости, усиливая воспалительные процессы в мягких тканях полости рта, усиливают жалобы пациентов с ХРАС и приводят к более частым обострениям. Причем они не просто учащают обострения, но и увеличивают тяжесть течения обострений как субъективно, так и объективно по индексу ИОТ.

2. Наличие гельминтной инвазии у пациентов с ХРАС достоверно ухудшает микробиоценоз слизистой оболочки полости рта еще более, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, при этом у 90% пациентов ХРАС с гельминтозами и у 67% без гельминтозов констатирован дисбактериоз той или иной степени, то же касается и дисбактериоза кишечника.

3. У больных ХРАС на фоне гельминтозов, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, достоверно значительно более снижены такие показатели местной неспецифической резистентности как IgA и IgG, sIgA, Ксб и лизоцима, а уровни сиаловых кислот, щелочной и кислой фосфатаз достоверно более высоки. Также все эти показатели имеют идентичную тенденцию изменений относительно здоровых людей контрольной группы у всех пациентов ХРАС, более выраженную у пациентов с гельминтозами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиев Ф.Т. Коррекция состояния иммунитета при гельминтозах // Вестник врача. Самарканд, 2007. № 1. С. 76-78.
2. Авдюхина Т.И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения. // Лечащий врач, 2004. № 1. С. 14-18.

3. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Курманбеков Н.О. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением синего света. // Вестник ОшГУ, 2015. № 3. С. 120-123.
4. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит - классификации, клинические формы и лечение (часть II) // Стоматология, 2010. № 3. С. 76-80
5. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. 3-е изд. Санкт-Петербург: Фолиант; 2016. 592с.
6. Трегубов В.Н., Арутюнов С.Д. Стоматология - М., 2003. -576с.
7. Улмасов М.М. Эпидемиологические особенности некоторых гельминтозов и организация борьбы с ними в Ташкентской области. Дис. канд. мед. наук. Т., 2007. С. 116.
8. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: Автореф. дис....док. мед.наук. - Нижний Новгород.: 2015. - 36 с.
9. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С., Тютюк С.Ю. Состояние тканей полости рта у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Институт стоматологии. - 2012. - № 1.-С. 88-89.
10. Beiraghi S., Myers S.L., Regelman W.E., Baker S. Oral manifestations of a possible new periodic fever syndrome // Pediatr. Dent. - 2007. - № 4. - P.323-326.
11. Lipsker D., Chosidow O. White lesions of the oral mucosa // Rev. Prat. -2002. -№2, - P:389-393.
12. Mora J. R., U. H. von Andrian Role of retinoic acid in the imprinting of gut-homing IgA secreting cells // Seminars in Immunology. - 2019. - Vol. 21, №1.-P. 28-35.
13. Mora J.R., U.H. von Andrian Differentiation and homing of IgA-secreting cells // Mucosal Immunol. - 2018. - Vol. 1, № 2. - P. 96-109.
14. Patil C.S., Kirkwood K.L. MAPK signaling in oral-related diseases // J Dent. Res.- 2007, - № 9, - P.812-825.
15. W. van 't Hof, Veerman E.C., Nieuw Amerongen A.V., Ligtenberg A.J. Antimicrobial defense systems in saliva // Monogr Oral Sci. - 2014. - Vol. 24. - P. 40-51

Поступила 09.11. 2020