

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПАЦИЕНТОВ, ЧАСТО ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Саид Омар Абдулрахман Саид, Максимович Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра хирургической стоматологии, г. Минск

Ключевые слова: стоматологический статус; часто длительно болеющие лица.

Резюме: у стоматологических пациентов, состоящих в группе часто длительно болеющих лиц, определены легкая степень поражения болезнями парадонта, средний уровень интенсивности кариеса, удовлетворительный уровень гигиены полости рта, с преобладанием поражений периодонта в 87,0 % наблюдений с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции, что может свидетельствовать о сниженном состоянии иммунной системы.

Resume: dental patients, who are in the group of persons with frequent long-term illnesses have a mild degree of periodontal disease, an average intensity of dental caries, a satisfactory level of oral hygiene, have predominance of periodontal disease in 87.0% of cases with multiple foci of chronic odontogenic infection, which may indicate a weakened immune system.

Актуальность. В Республике Беларусь к категории часто длительно болеющих (ЧДБ) относят пациентов, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания [1, 2]. Преобладающим диагнозом в таких наблюдениях является острая респираторная инфекция (ОРИ), которая составляет до 50 % от всех случаев временной нетрудоспособности. При анализе соматического статуса таких пациентов выявлено, что повторные ОРИ приводят к нарушению функционирования следующих органов и систем: дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы, иммунной системы. Следует также отметить, что в связи с частой заболеваемостью у пациентов также изменяется и режим двигательной активности. При лечении ЧДБ используется большое число лекарственных средств, которые обладают побочным действием и могут приводить к иммуносупрессии. Исходя из вышеперечисленного следует, что в настоящее время частые ОРИ представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, что обуславливает значимые потери по временной нетрудоспособности и вносит весомый вклад в уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

При рассмотрении иммунологических механизмов защиты полости рта человека, следует отметить, что поверхность слизистых оболочек - ворота для многих патогенных микроорганизмов. Однако последние, включая протоки малых экзокринных желез (слюнных, сальных, слезных, потовых), содержат определенное количество иммунных клеток, которые представлены организованными тканевыми структурами и диффузной лимфоидной тканью. Мукоза-ассоциированная лимфоидная ткань (MALT – mucosa-associated lymphoid tissue) и мукоза-ассоциированная иммунная система (MAIS – mucosa-associated immune system) являются важными компонентами защиты организма от действия патогенов

внешней среды. Среди лимфоидных образований слизистой оболочки выделяют следующие анатомически связанные зоны: лимфоидная ткань, ассоциированная с кишечником (GALT); лимфоидная ткань, ассоциированная с носоглоткой (NALT – nasal-associated lymphoid tissue); к ней относят парные лимфоидные образования кольца Пирогова – Вальдейера (O-MALT, organized mucosa-associated lymphatic tissue); лимфоидная ткань, ассоциированная с евстахиевой трубой (TALT-Tube – associated lymphoid tissue); лимфоидная ткань, ассоциированная с гортанью (LALT-larynx-associated lymphoid tissue); лимфоидная ткань, ассоциированная с бронхами (BALT – bronchu-associated lymphoid tissue) [3].

Однако, несмотря на территориальную разобщенность между системным иммунитетом и лимфоидной тканью, ассоциированной со слизистыми, следует отметить, что все основные отделы иммунной системы благодаря способности иммунных клеток к миграции и рециркуляции функционируют как единое целое (концепция иммунной солидарности слизистых) [3, 4].

Слизистая оболочка подъязычной зоны представляет собой тонкий многослойный эпителий толщиной 100–200 мкм, что меньше толщины слизистой оболочки полости рта. Иммунная защита этой слизистой оболочки обеспечивается наличием антиген-представляющих клеток: клеток Лангерганса и дендритных клеток, способных мигрировать к дренирующим лимфатическим узлам, в частности, к шейным лимфатическим узлам. Слизистые оболочки полости рта и подъязычной зоны богаты антиген-представляющими клетками, вызывают интерес в качестве места доставки лекарственных препаратов, здесь не происходит такого распада белков/пептидов, как это бывает при их введении через желудочно-кишечный тракт [3, 4].

При рассмотрении структуры респираторных инфекций исследователи отмечают, что на долю вирусных инфекций приходится до 96 %, бактериальных – 2 %, на прочие возбудители (хламидии, микоплазма) – 2 %. Возбудителями ОРВИ могут быть вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, рео- и риновирусы (В.А. Ревякина и др., 2017). С этими возбудителями связывают частые повторные респираторные инфекции, которые могут быть обусловлены нарушениями в системе иммунитета.

В большинстве случаев нарушения функции иммунной системы не связаны с генетическими дефектами. В норме иммунная система способна распознать чужеродный агент, который попал в организм человека, однако она не способна оценить степень его потенциальной опасности. При попадании патогена в организм последний оказывается в центре внимания врожденной и адаптивной иммунной системы, которые обеспечивают механизм элиминации чужеродных агентов. Противовирусная защита в связи с особенностями вирусов имеет ряд отличий, так как последние имеют исключительно малые размеры, не имеют клеточной стенки и собственной метаболической системы, что делает невозможным их размножение вне клеток организма-хозяина, где и происходит их внутриклеточная репликация.

На ранних стадиях реакции на вирусную инфекцию особую роль играют интерфероны. Предотвращать проникновение вирусов в клетки и их распространение с кровотоком способны антитела, но их защитные свойства

ограничены тем, что многие вирусы в результате мутаций изменяют антигенные детерминанты и таким образом ускользают от защитных эффекторных механизмов.

Воздействие неблагоприятных факторов (экзогенных и эндогенных) на иммунную систему (даже здорового человека) может приводить к нарушению функционирования иммунной системы, что чаще носит обратимый характер. Однако частые эпизоды острой респираторной вирусной инфекции могут привести к депрессии иммунной системы и, как следствие, к нарушениям компенсаторно-адаптационных механизмов.

Выше перечисленные факты относятся и к состоянию зубочелюстной системы, что отражается на состоянии твердых тканей зуба и периодонта и слизистой оболочки полости рта.

Цель: проанализировать дентальный статус ЧДБ лиц.

Задачи: 1. У стоматологических пациентов из группы ЧДБ лиц определить: уровень интенсивности кариеса зубов, степень поражения болезнями пародонта, гигиенические стоматологические индексы. 2. Выявить долю лиц с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции; проанализировать возраст, пол пациентов, наличие сопутствующей соматической патологии.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе кафедры хирургической стоматологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» в учреждении здравоохранения «5-ая городская клиническая поликлиника» г. Минска. Были проанализированы 73 амбулаторные карты стоматологических пациентов, которые находятся на диспансерном наблюдении у врачей общей врачебной практики в группе ЧДБ лиц. Критерием включения в группу исследования было: возраст старше 18 лет, временная нетрудоспособность исследуемых лиц была обусловлена ОРИ, критерий исключения: возраст до 18 лет, временная нетрудоспособность лиц, состоящих на диспансерном наблюдении как ЧДБ обусловлена хроническими соматическими заболеваниями, беременность у женщин.

Проведен статистический анализ числовых значений с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0», выявлено распределение признака, отличное от нормального, соответственно применялись непараметрические методы статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. У 46 лиц из 73 наблюдений отсутствовали сопутствующие хронические соматические заболевания. Данные лица и составили группу исследования. Средний возраст лиц группы исследования составил 36,5 (20,0 – 47,0) лет. Мужчин было 50,0 % (23), женщин – 50,0 % (23), соответственно различий по половому признаку не определялось.

У 87,0 % (40) лиц из группы исследования были выявлены множественные очаги хронической одонтогенной инфекции (ОХОИ) от 2 до 28. Среднее число очагов ОХОИ составило 7,5 (4,0 – 12,0). При анализе фактов кариеса зубов выявлено, что их среднее число составило 2,5 (1,0 – 3,5). Среднее число выявленных фактов периодонтитов (зубов ранее эндодонтически пролеченных и/или удаленных) составило 6,0 (3,5 – 12,0). При сопоставлении среднего числа кариеса зубов и среднего числа периодонтитов зубов выявлено, что инфекционно-воспалительные

процессы в костной ткани и периодонте преобладают над кариозными поражениями. Следует также отметить, что наличие очагов хронической одонтогенной инфекции является фактором сенсibilизации организма пациента, что снижает его иммунологическую защиту и может способствовать развитию побочных реакций, в том числе и аллергических, при проведении местного инъекционного обезболивания и непосредственно стоматологического лечения, и развитии тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений.

Среднее значение индекса КПУ у лиц исследуемой группы равнялось 12,0 (9,0-16,0), что соответствует среднему уровню интенсивности кариеса (УИК). Анализ упрощенного индекса OHIS продемонстрировал среднее значение 1,9 (1,2-2,1), что характеризует уровень гигиены полости рта пациентов как удовлетворительный. Среднее значение комплексного периодонтального индекса (КПИ) составило 1,6 (1,3-3,0), что соответствует легкой степени поражения пародонта. Следует также отметить, что у 32,6% (14) лиц в анамнезе были отмечены стоматиты и гингивиты, что согласуется с данными, опубликованными Rui-Qing W et al. (2014) [4].

Выводы: 1. В результате исследования можно сделать вывод, что по стоматологическим индексам у пациентов, относящихся к группе ЧДБ лиц определен средний уровень интенсивности кариеса зубов, легкая степень поражения болезнями пародонта, удовлетворительный уровень гигиены полости рта. 2. Множественные очаги хронической одонтогенной инфекции, в структуре которых преобладают поражения костной ткани и периодонта, выявлены у 87,0 % исследуемых лиц, что может свидетельствовать о сниженном состоянии иммунной системы данной группы пациентов и развитии бактериальных инфекций на фоне предшествующих вирусных.

Литература

1. Гуляева, С.Ф. Диспансеризация часто и длительно болеющих эффективный путь снижения потерь по временной нетрудоспособности в рамках российского национального проекта «Здоровье» / С.Ф. Гуляева, А.С. Ценеков, Е.В. Шихова // Вятский медицинский вестник. – Киров, 2011. - №1 – С. 45-48.

2. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21631254>. Дата доступа : 24.02.2020.

3. Савичук Н.О. Слизистая оболочка полости рта как часть лимфатической ткани, связанной со слизистыми оболочками: Факторы локального (клеточного) иммунитета / Н.О. Савичук, О.Е. Олейник, О.В. Назар // Актуальні проблеми сучасної медицини. - Киев, 2009. - Том 9. - Выпуск 3. - С. 211-215.

4. Rui-Qing Wu, Dun-Fang Zhang, Eric Tu, Qian-Ming Chen, Wan Jun Chen. The mucosal immune system in the oral cavity—an orchestra of T cell diversity // Int J Oral Sci. 2014 Sep; 6(3): 125–132. doi: 10.1038/ijos.2014.48.