

УДК 616-002.5-003.2-06:616.31

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Лунина Н. А., Великая О. В., Ипполитов Ю. А., Кунин В. А.

*ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: mail@vrngmu.ru*

Исследование посвящено изучению стоматологического статуса у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких с различной лекарственной чувствительностью возбудителя. Для оценки стоматологического статуса пациентов использовали основные (сбор анамнеза, выяснение жалоб, объективное состояние полости рта) и дополнительные методы: определялись индексные показатели (индекс кровоточивости, индекс гигиены, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и пародонтальный индекс). Стоматологический статус больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких изучали в начале интенсивной фазы химиотерапии и после её завершения. Доказано, что стоматологический статус пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких характеризуется проявлением основных стоматологических заболеваний таких, как кариес, воспалительные заболевания пародонта, патологическая стираемость зубов, частичное отсутствие зубов.

Ключевые слова: стоматологический статус, туберкулёз, лекарственная чувствительность микобактерии туберкулёза.

## STOMATOLOGICAL STATUS OF NEWLY DIAGNOSED INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

Lunina N. A., Velikaya O. V., Ippolitov Y. A., Kunin V. A.

*Voronezh State Medical University n.a. N. N. Burdenko, Voronezh, e-mail: mail@vrngmu.ru*

The research is devoted to the study of the dental status in patients with newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis with a different drug sensitivity of the pathogen. Stomatological status was assessed by means of basic and additional research methods. Basic methods were history, clarification complains, condition of oral cavity. Additional methods were determination indices: index of hemorrhage, hygienic index, papillary-marginal-alveolar index and periodontal index. Dental status of newly detected infiltrative pulmonary tuberculosis cases were studied at the beginning of intense phase chemotherapy and since its conclusion. It is proved that the dental status of patients with newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis is characterized by the manifestation of major dental diseases such as caries, inflammatory periodontal diseases, pathological teeth abrasion, partial absence of teeth.

Keywords: dental status, tuberculosis, drug susceptibility of Mycobacterium tuberculosis.

В настоящее время наблюдается снижение и стабилизация эпидемиологических показателей по туберкулёзу в России [2,7]. Однако Российская Федерация остаётся в числе 22-х стран мира, несущих основное бремя туберкулёза [4]. Инфекции нижних дыхательных путей и туберкулёз, в том числе представляют собой важнейшие причины обращения за медицинской помощью. Туберкулёз лёгких относится к факторам риска стоматологических заболеваний [5]. Пациент-ориентированный подход в лечении больных туберкулёзом позволяет повысить эффективность терапии, улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в России [2,8].

Стоматологическое здоровье часто отражает не только соматический статус пациентов,

но и их социальный статус и образ жизни [1, 3]. У больных туберкулёзом лёгких наравне со значительными изменениями в организме происходят ощутимые изменения стоматологического статуса. Туберкулёз – медико-социальная проблема, поэтому стоматологический статус у больных туберкулёзом может явиться дополнительным шагом в адаптации пациента [6, 9].

**Цель исследования** – оценить состояние слизистой оболочки, пародонта и твёрдых тканей зубов у больных туберкулёзом лёгких.

### **Материал и методы**

Под наблюдением находилось 84 пациента: 52 мужчины, средний возраст которых составил  $40,2 \pm 13$  лет, и 32 женщины в возрасте  $45 \pm 15$  лет. Пациенты были разделены на три группы. 1-ую группу составил 31 больной с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких с сохранённой чувствительностью возбудителя к основным противотуберкулёзным препаратам – рифампицину и изониазиду. Во 2-ую группу вошло 28 пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулёза. Обследование пациентов 1-ой и 2-ой групп проводили в КУЗ ВОКПТД им. Н. С. Похвисневой г. Воронежа. 3-ю группу (сравнения) составили 25 человек без туберкулёза лёгких, проходившие профилактический стоматологический осмотр 2 раза в год (весной и осенью) на базе стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России. Группы соответствовали друг другу по возрасту и полу. Больные 1-ой группы проходили интенсивную фазу химиотерапии по I режиму (рифампицин, пиперазид, этамбутол, изониазид) в течение 2,5–3 месяцев, пациенты 2-ой группы – по IV режиму химиотерапии (капреомицин, циклосерин, протионамид, левофлоксацин, пиперазид) в течение 8 месяцев.

Диагноз «инфильтративный туберкулёз лёгких» и лекарственную устойчивость микобактерии туберкулёза устанавливали на основании стандартизированных клинико-лабораторных и рентгенологических методов обследования согласно приказам № 109 МЗ РФ от 21 марта 2003 г. и № 951 МЗ РФ от 29 декабря 2014 г.

Для оценки стоматологического статуса пациентов использовали основные (сбор анамнеза, выяснение жалоб, объективное состояние полости рта) и дополнительные методы: определялись индексные показатели (индекс кровоточивости (Muhleman H., Son S.), индекс гигиены (O'Leary), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Parma C.) и пародонтальный индекс (Russel A.). Стоматологический статус больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких изучали в начале интенсивной фазы химиотерапии и после её завершения.

Статистическая обработка данных осуществлялась на ЭВМ с помощью статистических программ Statistica 8.0 (Stat Soft, Inc.), Biostatistics 4.03 (Mc Graw Hill) и электронных таблиц Excel 2007 (Microsoft, Corp.) под управлением Windows Vista (Microsoft, Corp.). Различия сравниваемых величин определяли по критерию Стьюдента и считали достоверными при критическом уровне значимости различий (p) менее 0,05.

### Результаты и обсуждение

По данным анамнеза больные туберкулёзом лёгких по сравнению с пациентами без туберкулёза чаще предъявляли жалобы на сухость слизистой оболочки полости рта, кровоточивость дёсен, гиперестезию зубов и неприятный запах изо рта.

В начале химиотерапии клиническая картина у больных 1-ой и 2-ой групп (индексные показатели) была более выражена без достоверных отличий от пациентов 3-ей группы (табл. 1).

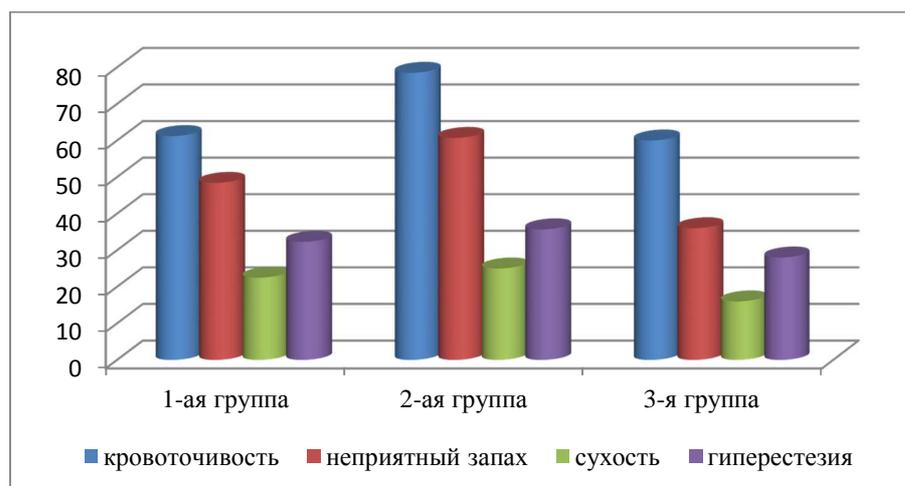
Таблица 1

#### Индексы гигиены и пародонтальные индексы у обследованных лиц

Показатели	Группы пациентов				
	Первая (n=31)		Вторая (n=28)		Третья (n=25)
	при поступлении	после интенс. фазы	при поступлении	после интенс. фазы	
Индекс кровоточивости	1,76±0,12	2,45±0,05*	1,75±0,05	2,44±0,08*	1,72±0,08
Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, %	26,5±0,5	43,9±1,1*	26,7±1,1	42,7±0,05*	26,3±1,31
Индекс гигиены, %	43,5±0,5\$	67,7±0,7*	45,7±1,1# \$	66,2±0,8\$	41,8±0,8
Пародонтальный индекс	0,78±0,06	2,96±0,08\$	0,77±0,04	3,02±0,06# \$	0,74±0,04

Примечание: \* – различия показателей до и после лечения достоверны,  $p < 0,05$ ; # – различия показателей 1-ой и 2-ой группы достоверны,  $p < 0,05$ ; \$ – различия показателей достоверны по сравнению с 3-ей группой,  $p < 0,05$ .

На кровоточивость дёсен жаловалось 61,2 % больных 1-ой группы, 78,5 % пациентов 2-ой группы и 60 % больных 3-ей группы, на неприятный запах изо рта – 48,4 %, 60,7% и 36 % соответственно, на сухость полости рта – 22,5 % больных 1-ой группы, 25 % пациентов 2-ой группы и 16 % больных 3-ей группы, на гиперестезию – 32,3 %, 35,7 % и 28 % соответственно (рисунок).



*Жалобы, предъявляемые пациентами при первичном осмотре*

18 (58 %) пациентов 1-ой группы и 10 (35,7 %) больных 2-ой группы проводили индивидуальную гигиену полости рта не реже 1 раза в день, 9 (29 %) и 9 (32,1 %) соответственно – 2 раза в день, не соблюдали гигиену полости рта – 4 (12,9 %) больных 1-ой группы и 9 (32,1 %) пациентов 2-ой группы. Среди пациентов 1-ой и 2-ой групп не посещали или не помнили, когда последний раз посещали врача-стоматолога 64,4 %, 35,6 % – посещали 1 раз в год. В 3-ей группе все пациенты посещали врача-стоматолога 1–2 раза в год и соблюдали индивидуальную гигиену полости рта. Гигиеническая культура пациентов может быть связана с их социальным статусом и образом жизни. 64,5 % пациентов 1-ой группы, 57,1 % больных 2-ой группы и 72 % пациентов 3-ей группы являлись городскими жителями. 66,1 % больных туберкулёзом лёгких имели среднее и средне-специальное образование и 33,9 % – высшее. В группе сравнения преобладали пациенты с высшим образованием. Работающих пациентов в 1-ой группе было 70,9 %, во 2-ой группе – 78,6 %, в 3-ей группе 88 %. Курящих пациентов в 1-ой группе наблюдалось 80,6 %, во 2-ой группе – 75 %, в 3-ей группе – 36 %. Злоупотребляло алкоголем 22 % пациентов 1-ой и 2-ой группы, достоверных различий между группами не было. В группе сравнения пациенты отрицали злоупотребление алкоголем.

Выявлено, что у всех пациентов с инфильтративным туберкулёзом лёгких и у больных без сочетанной патологии наблюдались гингивит и хронический генерализованный пародонтит разной степени выраженности. У пациентов 1-ой группы гингивит выявлялся в 35,5% случаев, пародонтит – 29 %, у больных 2-ой группы гингивит – 35,7 %, пародонтит – 32,1 % соответственно. У 48 % пациентов 3-ей группы обнаружили гингивит, пародонтит – у 36 %. В том числе отмечались и кариозные поражения твёрдых тканей зубов. У 76,3 % больных 1-ой и

2-ой групп выявили патологическую стираемость зубов и отсутствие зубов в количестве от 1 до 15 и выше.

По числу кариозных поражений достоверных отличий между группами пациентов не было (табл. 2).

Таблица 2

**Частота стоматологических заболеваний**

Показатели	Группы пациентов				
	Первая (n=31)		Вторая (n=28)		Третья (n=25)
	при поступлении	после интенс. фазы	при поступлении	после интенс. фазы	при поступлении
КПУ, %	80,6	80,6	78,5	78,5	60
Гингивит, %	35,5	70,9	35,7	71,4	48
Пародонтит,%	29	48,4	32,1	57,1	36

После проведения интенсивной фазы химиотерапии наблюдалось достоверное ухудшение клинических признаков пародонтита ( $p < 0,05$ ): увеличение папиллярно-маргинально-альвеолярного и пародонтального индексов, индекса кровоточивости, повышение индекса гигиены в 1-ой и 2-ой группах. У больных 2-ой группы значения пародонтального индекса были достоверно выше после завершения интенсивной фазы химиотерапии по сравнению с показателем 1-ой группы (табл. 1).

Число пациентов первых двух групп по показателям КПУ осталось неизменным после проведения интенсивной фазы химиотерапии. Но возросло количество случаев гингивита в 1-ой группе до 70,9 %, во 2-ой группе до 71,4 % и пародонтита до 48,4 % и 57,1 % соответственно.

Уровень интенсивности кариозных поражений, патологической стираемости зубов, отсутствия зубов у пациентов с инфильтративным туберкулёзом лёгких следует оценить как очень неблагоприятный.

У пациентов с инфильтративным туберкулёзом лёгких значительные изменения в ротовой полости происходили в тканях пародонта. Течение воспалительных заболеваний пародонта у больных 1-ой и 2-ой групп характеризовалось более частыми обострениями процесса до 5–6 раз в год, по данным систематического диспансерного наблюдения, в отличие

от пациентов без туберкулёза лёгких, у которых выявлялась сезонность обострения 1–2 раза в год в весенне-осенний период. Это может быть обусловлено увеличением продуктов распада микроорганизмов и уменьшением активности защитных факторов от них при ухудшении соматического здоровья пациентов вследствие инфильтративного туберкулёза лёгких. Так же у больных инфильтративным туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулёза отмечались значительные изменения индексных показателей. Это может быть связано с более продолжительной интенсивной фазой химиотерапии у данных пациентов и длительностью течения данной формы туберкулёза лёгких, приёмом большего количества лекарственных препаратов, отсюда и длительная интоксикация, нарушение клеточного и гуморального иммунитета.

### **Выводы**

Стоматологический статус пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких характеризуется проявлением основных стоматологических заболеваний таких, как кариес, воспалительные заболевания пародонта, патологическая стираемость зубов, частичное отсутствие зубов.

У больных инфильтративным туберкулёзом лёгких чаще выявляются основные стоматологические заболевания, чем у пациентов, свободных от туберкулёза.

У пациентов с инфильтративным туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза на фоне химиотерапии отмечалось значительное ухудшение индексных показателей. Вероятно, это обусловлено длительностью интенсивной фазой химиотерапии, особенностями течения формы туберкулёза лёгких у данных больных, приёмом большего количества лекарственных препаратов.

Среди больных туберкулёзом чаще отмечались безработица, курение, злоупотребление алкоголем. Это, безусловно, отразилось на отсутствии гигиенической грамотности: редком посещении врачей-стоматологов, плохой индивидуальной гигиене полости рта и отсутствии желания следить за состоянием стоматологического статуса.

Необходимо обучать пациентов с туберкулёзом лёгких не только правилам инфекционного контроля, но и правилам индивидуальной гигиены полости рта, стимулировать их регулярно проходить стоматологические осмотры, своевременно лечиться и протезироваться у стоматолога.

## Список литературы

1. Булгакова А. И. Состояние местного иммунитета ротовой полости в условиях комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита // Башкирский медицинский вестник. – 2007. – № 2. – С. 83-86.
2. Великая О. В. Проект «Сопровождение» в лечении больных туберкулёзом в Воронежской области // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20165>.
3. Ипполитов Ю. А., Коровкин В. В., Коровкина А. Н. Клинико-функциональная оценка состояния тканей пародонта при наличии острого и хронического воспаления // Пародонтология. – 2015. – Т. XX. № 2(75). – С. 19-23.
4. Леликова В. Д. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в г. Воронеже в настоящее время // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 996-999.
5. Лунина Н. А., Великая О. В., Кунин В. А. Состояние полости рта у больных туберкулёзом лёгких // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 630-633.
6. Орехова Л. Ю., Шапорова Н. А., Косова Е. В. Динамика состояния тканей пародонта у курящих пациентов на фоне лечения ХОБЛ // Пародонтология. – 2011. – № 2(59). – С. 22-24.
7. Туберкулез в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015 г. – 310 с.
8. Хорошилова Н. Е. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу с лекарственной устойчивостью возбудителя в Воронежской области // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 197-199.
9. Umadevi M., Adeyemi O., Patel M., Reichart P. A., Robinson P. G. Periodontal diseases and other bacterial infections // Adv Dent Res. – 2006. – Vol.1, № 19. – P. 139-45.