

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.24-007.272-036.12:616.31

*Н.Ю. Ємельянова**ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків***ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН**

Подано дані клінічного обстеження пацієнтів при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ). Відомо, що соматичні хвороби, зокрема ХОЗЛ, можуть бути фактором ризику розвитку патологічних змін у порожнині рота. У зв'язку з цим установлювали характерні зміни в ротовій порожнині при ХОЗЛ. Відмічено, що близько 60 % пацієнтів з бронхіальною патологією і 30 % соматично здорових пацієнтів курять від 0,5 до 1,5 пачки в день. Визначено, що пацієнти з ХОЗЛ мають характерні стоматологічні скарги і клінічні прояви, а також зміни в ротовій рідині, пов'язані з систематичним прийомом базисної терапії з приводу соматичної патології.

Ключові слова: куріння, хронічне обструктивне захворювання легень, порожнина рота, пародонт, ротова рідина.

Вступ

Збільшення частоти виникнення стоматологічної захворюваності з віком є серйозною проблемою сучасної стоматології [1]. Відомо, що патологічні зміни в порожнині рота можуть бути викликані різними етіологічними факторами, одним з яких є захворювання внутрішніх органів [2, 3]. Хронічні соматичні захворювання змінюють перебіг фізіологічних і патофізіологічних процесів в організмі в цілому і в порожнині рота зокрема. Дані щодо частоти виникнення й особливостей клінічного прояву в порожнині рота при внутрішніх захворюваннях досить суперечливі, оскільки не завжди враховано медикаментозні препарати, які входять до складу базисної терапії соматичної патології [4, 5]. Предметом дискусії залишається питання впливу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та його медикаментозної терапії на стан тканин порожнини рота.

Терапія направлена на зменшення симптомів, частоти та тяжкості загострень. Перевага віддається інгаляційним препаратам у

вигляді комбінації інгаляційних глюкокортикоїдів і β_2 -агоністів тривалої дії. Однак крім позитивної дії ці препарати чинять і місцеві побічні ефекти, що пов'язано зі шляхом їхнього застосування (інгаляції через рот).

Мета даного дослідження – установлення характерних змін у ротовій порожнині при хронічному обструктивному захворюванні легень.

Матеріал і методи

Дослідження проводили в клініці ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України». До дослідження було залучено 38 пацієнтів з ХОЗЛ (основна група) і 20 соматично здорових пацієнтів (група контролю), що на момент дослідження не приймали ніяких медикаментів. Пацієнти обстежених груп були порівнянні за статтю й віком, у зв'язку з чим стало ймовірним подальше вивчення та порівняння їх.

Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно з Наказом № 555 МОЗ України та положеннями, сформульованими в документі GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease),

© Н.Ю. Ємельянова, 2018

на основі даних анамнезу, частоти загострень, загальноклінічного обстеження, ЕКГ, Ехо-КС, рентгенографії органів грудної клітки та визначення функції зовнішнього дихання [6]. Усі зазначені хворі на момент стоматологічного дослідження отримували базисну й симптоматичну терапію на підставі міжнародних критеріїв і стандартів діагностики та лікування МОЗ України (М-холінолітики або β_2 -агоністи тривалої дії, за необхідності – бронхолітики короткої дії, інгаляційні глюкокортикостероїди).

Стоматологічні скарги і шкідливі звички з'ясовували за допомогою анкетування, клінічний стоматологічний огляд здійснювали стандартними методами з визначенням гігієнічних і пародонтальних індексів. Індуковану кровоточивість вивчали за методикою Muhllemann–Saxer. Ротову рідину збирали на щесерце протягом 10 хв без попередньої стимуляції. З метою отримання однорідності даних хворих попереджали про заборону перед маніпуляцією виконувати гігієнічні процедури порожнини рота, жувати гумки та палити [7].

Статистичний аналіз даних проводили в такі основні етапи: відбір пацієнтів, їхнє обстеження, стратифікація за діагнозом, статтю; опрацювання отриманої інформації та аналіз даних на основі програмного забезпечення «SPSS 21». Оскільки закон розподілу не відповідав нормальному, використовували непараметричні методи статистичного аналізу. Розраховували медіани (Me), інтерквартильний розмах (перший і третій квартилі – Q1, Q3). Для визначення статистичних відмінностей між двома незалежними групами використовували критерій Манна–Уїтні, при порівнянні трьох груп і більше – критерій Крускала–Уолліса. Перевірку статистичної гіпотези про рівність відношення шансів одиниці ($\omega=1$) проводили за допомогою критерію χ^2 . При вивченні кореляцій користувались методом

Спірмена. Кореляційний зв'язок прямий (позитивні значення критерію) і зворотний (негативні значення критерію) оцінювали якісно таким чином: при r від 0,0 до -0,25 і до 0,25 – як слабкий або відсутній; при r від 0,26 до 0,50 (-0,26÷-0,50) – як помірний; при r від 0,51 до 0,75 (-0,51÷-0,75) – як середній; при r з абсолютною величиною більш ніж 0,75 – як сильний.

Результати та їх обговорення

Згідно з даними анкетування більша частина хворих з ХОЗЛ палили (58 %), серед соматично здорових пацієнтів палили лише 6 осіб (30 %).

Відомо, що зазначена пагубна звичка призводить до змін у трофіці тканин дихальної системи й порожнини рота, посилює дію інших патогенних факторів та стимулює прогресування патологічних процесів як у тканинах дихальних шляхів, так і у слизовій оболонці порожнини рота.

Найбільш часто досліджені особи скаржились на відчуття недостатності слини і, як наслідок, на сухість у роті, постійний або періодичний неприємний запах з рота, пекучість спинки язика, зміни смакових відчуттів, а також кровоточивість ясен. Більш детально розподіл зазначених скарг подано в *табл. 1*.

При стоматологічному огляді у 8 пацієнтів з ХОЗЛ спостерігались недостатня зволоженість і набряк слизової оболонки щік та язика з відбитками зубів на бокових поверхнях. Слизова оболонка яскравого відтінка, без блиску. Майже у 20 % пацієнтів даної групи окрім сухості й набряку слизової оболонки щік спостерігалась підвищена кератинізація слизової оболонки, місцями з петехіями. У 30,0 % було діагностовано суху форму ексфолювативного хейліту – сухість і появу лусочок, щільно зв'язаних з поверхнею, у 4 осіб мала місце хронічна тріщина губи.

Таблиця 1. Розподіл основних скарг пацієнтів обстежених груп, Me [Q1; Q3]

Скарга	Група з ХОЗЛ		Контрольна група		χ^2	p
	абс.	%	абс.	%		
Сухість у порожнині рота	30	78,9±6,6	0	0	32,143	0,001
Сухість губ	19	50,0±8,1	3	15,0±9,7	6,700	0,010
Пекучість язика	20	52,6±8,1	0	0	15,789	0,001
Галітоз	27	71,0±7,4	0	0	26,129	0,001
Дисгевзія	21	55,3±8,1	0	0	17,027	0,001
Гіперестезія зубів	23	60,5±7,9	4	20,0±8,9	8,500	0,004
Кровоточивість ясен	20	52,6±8,1	8	40,0±11,0	–	–

Примітка. P – значущість відмінностей від показника контрольної групи.

Суттєві зміни було відмічено при огляді поверхні язика. Так, у 7 хворих групи з ХОЗЛ язик був збільшений у розмірах, з відбитками зубів на бокових поверхнях, порушенням сопочкового апарату – атрофією й місцями гіпертрофією ниткоподібних сосочків. Після огляду хворим встановлено діагноз десквamatивний глосит, фіксована форма. У інших пацієнтів

мативного глоситу ($R=0,451$; $p=0,005$) та між гіперестезією й наявністю рецесії ясен ($R=0,437$; $p=0,006$).

Найчастішими проявами патології пародонта хворих основної групи були захворювання ясен запального та запально-дистрофічного характеру різних клініко-морфологічних груп (табл. 2).

Таблиця 2. Структурний розподіл захворювань пародонта в пацієнтів обстежених груп

Патологія ясен	Група з ХОЗЛ		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Хронічний катаральний гінгівіт	9	23,6±6,9	7	35,0±10,1
Хронічний гіпертрофічний гінгівіт	4	10,5±5,0	0	0
Хронічний локалізований пародонтит	2	5,3±3,6	1	5,0±4,9
Хронічний генералізований пародонтит	17	45,0±8,1	0	0

язик без наявних патологічних змін, нормального розміру, помірної вологості, рухомий, з індивідуальним сосочковим апаратом та вуздечкою, розташування якої – у межах норми.

Крім того, у 5,2 % хворих відмічалась лейкоплакія на слизовій оболонці порожнини щік. Спостерігались малопомітні бляшки білого кольору, що не піднесені над поверхнею, при пальпації неболючі. Висока частота виникнення зазначених змін, мабуть, пов'язана з великим відсотком тих, хто палить.

При клінічному стоматологічному дослідженні з визначенням гігієнічного догляду зафіксовано, що найбільше значення індексу гігієни за Грінном–Вермільоном (поганий гігієнічний стан порожнини рота) притаманне хворим з ХОЗЛ, де дорівнювало 3,000 [2,700; 3,200] та статистично значуще перебільшувало показник у групі соматично здорових ($p=0,001$).

При огляді зубів обстежених з'ясовано, що в групі з ХОЗЛ були пацієнти з некаріозними ураженнями тканин зубів у вигляді патологічної стертості, ерозій та некрозів і клиноподібних дефектів (близько 80 %), тоді як у контрольній групі лише 3 пацієнти мали зазначені ураження.

Позитивний кореляційний зв'язок виявлено між пекучістю язика й наявністю десква-

При вивченні індукованої кровоточивості за методикою Muhlleman–Saxer найбільші значення індексу РВІ встановлено в пацієнтів групи з ХОЗЛ, де вони дорівнювали 2,000 [1,000; 2,000] бали та мали статистично значущі відмінності від показників групи контролю. При аналізі значень індексу РМА й КПП встановлено, що в усіх хворих з ХОЗЛ зафіксовано найбільші значення, які з вірогідною значущістю перебільшували результати групи контролю.

За даними сіалометрії, знижена швидкість саливації спостерігалась у хворих, в анамнезі яких було ХОЗЛ (табл. 3). Відмічено, що найменшу швидкість саливації встановлено в групі пацієнтів з ХОЗЛ (межі від 0,188 до 0,300 мл/хв), тоді як у групі здорових кількість змішаної слини в межах норми. Слина хворих на ХОЗЛ білого кольору, тягуча, піняста та недостатньо зволожувала порожнину рота. Механізм виникнення порушень фізичних властивостей ротової рідини складний і пов'язаний з пролонгованим застосуванням базисної терапії ХОЗЛ.

Зменшення саливації й пов'язана з ним недостатня зволоженість порожнини рота, пекучість язика та дисгевзія, ймовірно, виникають як наслідок дії медикаментів, зокрема β_2 -агоністів. При систематичному їхньому за-

Таблиця 3. Рівень властивостей слини у хворих обстежених груп, Ме [Q1; Q3]

Ознака	Група з ХОЗЛ	Контрольна група
Швидкість саливації	0,225 [0,188; 0,300]	0,525 [0,463; 0,600]
В'язкість	5,850 [3,688; 7,000]	2,450 [2,125; 2,675]
pH	6,300 [5,800; 6,600]	6,900 [6,725; 7,00]

Примітка. $P=0,001$ – рівень статистичної значущості відмінностей від показника групи контролю.

стосуванні виникає толерантність до їхньої дії, змінюється чутливість рецепторів слинних залоз, що проявляється пригніченням слиновиділення, збільшенням в'язкості та зміною показника рН. Зсув водневого показника у кисле середовище перетворює нестимульовану слину на демінералізуючу речовину, проявляється й збільшеною болючою чутливістю зубів.

Висновки та перспективи дослідження

Превалуюча більшість хворих на хронічні обструктивні захворювання легень мають стоматологічні порушення. Зазначені хворі вірогідно частіше згадують характерні скар-

ги (сухість у роті, сухість губ, пекучість язика, збільшену чутливість зубів, неприємний запах у роті та кровоточивість ясен). Крім того, хворі з бронхіальною патологією мають значні відмінності в кількісних показниках ротової рідини. Значуща складова зазначених порушень належить препаратам, що застосовуються як базисна терапія при хронічних обструктивних захворюваннях легень. У зв'язку з цим поглиблене дослідження з урахуванням усіх факторів впливу на тканини й органи порожнини рота можуть бути корисними для розробки адекватних методів лікування та профілактики.

Список літератури

1. Малий Д. Ю. Епідеміологія захворювань пародонта: віковий аспект / Д. Ю. Малий, М. Ю. Антоненко // Укр. наук.-мед. молодіж. журн. – 2013. – № 4. – С. 41–43.
2. Relationship between psychological factors and oral health status and behaviours / A. Alkan, O. Cakmak, S. Yilmaz, C. Gurgan // *Oral Health Prev. Dent.* – 2015. – Vol. 13 (4). – P. 331–339.
3. Fernandez-Solari J. Periodontal disease and its systemic associated diseases / J. Fernandez-Solari, P. Barrionuevo, C. A. Mastronardi // *Mediators of Inflamm.* – 2015. – Vol. 2015. – Article ID 153074. – DOI : 10.1155/2015/153074.
4. Багишева Н. В. Ингаляционные глюкокортикоиды как фактор риска поражения слизистых полости рта / Н. В. Багишева, Е. В. Ивашук, О. Ю. Федотова // *Справочник врача общей практики.* – 2015. – № 8. – С. 7–10.
5. Drug related hyposalivation: a review of physiology and sites of drug action / G. B. Proctor, S. Osailan, R. Pramanik [et al.] // *Oral Diseases.* – 2010. – Vol. 16, issue 6. – P. 505.
6. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): Updated 2016. – Retrieved from : www.goldcopd.com.
7. Пожарицкая М. М. Роль слюны в развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта: ксеростомия : методическое пособие / М. М. Пожарицкая. – М. : ГОВ ВУМНУ, 2001. – 48 с.

References

1. Malyi D.Yu., Antonenko M.Yu. (2013). Epidemiology of the periodontal disease: age aspect [Epidemiology of the periodontal disease: age aspect]. *Ukrainskyi naukovo-medychnyi molodizhnyi zhurnal – Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*, № 4, pp. 41–43 [in Ukrainian].
2. Alkan A., Cakmak O., Yilmaz S., Gurgan C. (2015). Relationship between psychological factors and oral health status and behaviours. *Oral Health Prev. Dent.*, vol. 13 (4), pp. 331–339.
3. Fernandez-Solari J., Barrionuevo P., Mastronardi C.A. (2015). Periodontal disease and its systemic associated diseases. *Mediators of Inflamm.*, vol. 2015, article ID 153074, DOI 10.1155/2015/153074.
4. Bahisheva N.V., Ivashchuk Ye.V., Fedotova O.Yu. (2015). Inhaliatsyonnyie hliukokortikoidy kak faktor riska porazheniia slizistykh polosti rta [Inhaled glucocorticoids as a risk factor for lesions of the oral mucosa]. *Spravochnik vracha obshchei praktiki – Directory of General Practitioner*, № 8, pp. 7–10 [in Russian].
5. Proctor G.B., Osailan S., Pramanik R., Shirlaw P.J., Challacombe S.J. (2010). Drug related hyposalivation: a review of physiology and sites of drug action. *Oral Diseases*, vol. 16, issue 6, pp. 505.
6. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): Updated 2016. Retrieved from: www.goldcopd.com.
7. Pozharitskaia M.M. (2001). *Rol sliuny v razvitii patolohicheskoho protsessa v tverdykh i miahkikh tkaniakh polosti rta: kserostomiia: metodicheskoe posobiie* [The role of saliva in the development of the pathological process in the hard and soft tissues of the oral cavity: xerostomia: a methodological guide]. Moscow: GOU VUNMU, 48 p. [in Russian].

Н.Ю. Емельянова

ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Представлены данные клинического обследования пациентов при хронических обструктивных заболеваниях легких (ХОЗЛ). Известно, что соматические болезни, в частности ХОЗЛ, могут служить фактором риска развития патологических изменений в полости рта. В связи с этим устанавливали характерные изменения в ротовой полости при ХОЗЛ. Отмечено, что около 60 % пациентов с бронхиальной патологией и 30 % соматически здоровых пациентов курят от 0,5 до 1,5 пачки в день. Определено, что пациенты с ХОЗЛ имеют характерные стоматологические жалобы и клинические проявления, а также изменения ротовой жидкости, связанные с систематическим приемом базисной терапии по поводу соматической патологии.

Ключевые слова: курение, хроническое обструктивное заболевание легких, полость рта, пародонт, ротовая жидкость.

N.Yu. Emelyanova

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AS A RISK FACTOR OF DENTAL CHANGES

The data of clinical examination in patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) have been presented. It is known that somatic diseases, particularly COPD, can be a risk factor for pathological changes progression in oral cavity. In connection with this, specific changes in the oral cavity in patients with COPD were established. It is noted that about 60 % of patients with bronchial pathology and 30 % of somatically healthy patients smoke from 0.5 to 1.5 packs per day. It is found that patients with COPD have specific dental complaints, clinical symptoms, and changes in oral fluid associated with long-term basic therapy for somatic pathology.

Keywords: smoking, chronic obstructive pulmonary disease, oral cavity, parodontium, oral fluid.

Надійшла 19.12.18

Відомості про автора

Емельянова Наталія Юрївна – лікар-стоматолог, кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу комплексного зниження ризику ХНІЗ ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України».

Адреса: 61039, м. Харків, пр. Любові Малої, 2-а, ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМНУ».

Тел.: +38(097)834-24-29.

E-mail: natadenta@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6089-6206>.