

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.314.18-002.4-036.12:616.995.132-036.2

*Н.Н. Савельева**Харьковский национальный медицинский университет***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЛИЦ С ТОКСОКАРОЗОМ**

Негативная динамика показателей стоматологической заболеваемости в Украине является причиной активизации исследований по изучению факторов, влияющих на состояние пародонта. Выявляемая в настоящее время высокая распространенность и негативное влияние на здоровье человека паразитарных заболеваний вызвали у стоматологов и паразитологов научный интерес к изучению взаимовлияний токсокароза и хронического генерализованного пародонтита. В ходе стоматологических обследований у больных токсокарозом была выявлена значительная распространенность хронического генерализованного пародонтита I–II степени тяжести у больных в молодом возрасте. При этом отмечается быстротечный период перехода хронического генерализованного пародонтита I степени тяжести во II.

Ключевые слова: *хронический генерализованный пародонтит, паразитарные заболевания, токсокароз.*

Среди актуальных проблем современной стоматологии заболевания тканей пародонта занимают одно из ведущих мест.

Несмотря на совершенствование методов диагностики, широкий арсенал методов лечения, возросшее внимание к профилактике заболеваний пародонта, на сегодняшний день сохраняется устойчивая тенденция к высокой распространенности этой патологии, которая в Украине составляет, по данным М.Ю. Антоненко с соавт., 74 % [1].

Генерализованный пародонтит относится к наиболее распространенным и тяжелым заболеваниям пародонта, сопровождается воспалительно-дистрофическим процессом, возникающим вследствие действия местных факторов (различные специфические виды микроорганизмов, их сочетания, а также эндотоксины и продукты их жизнедеятельности, травматическая окклюзия и др.) и общими заболеваниями органов и систем, влиянием климатогеографических и экологических факторов [2].

© Н.В. Савельева, 2014

Из наиболее частых причин резистентности генерализованного пародонтита к местному лечению следует назвать наличие у больных недиагностированной сопутствующей патологии, что значительно снижает эффективность пародонтологического лечения.

Частые стоматологические проявления паразитарных инвазий (слюнотечение [3, 4]; боли в жевательных мышцах и языке [5, 6]; неприятный запах изо рта [7]; бруксизм [8]; поражение красной каймы губ; трещины, заеды, шелушение периоральной зоны [9, 10]; рецидивирующие стоматиты и гингивиты [11]; кровоточивость и болезненность десен [12]) привлекли наше внимание к изучению заболеваний пародонта у инвазированных больных.

Паразитарные инвазии являются одной из возможных причин инвалидности и смертности в мире. По данным ВОЗ (2005), ежегодно от инфекционных и паразитарных инвазий умирает 15–16 миллионов человек.

Детальное изучение механизмов взаимодействия организма паразита с организмом хозяина в последние десятилетия вызывает особый интерес у врачей разных специальностей, в том числе и у стоматологов [13].

В настоящее время известно более 60–65 тысяч видов паразитов, среди которых более 500 – паразиты человека [4]. Особенностью большинства паразитозов является многолетнее присутствие возбудителя в организме больного, что связано с длительным сроком жизни многих паразитов или частой реинвазией.

Сегодня патогенез паразитозов представляется сложным динамическим процессом, при котором повреждения, которые возникают под влиянием паразитов, запускают сложный каскад реакций, в том числе и рефлекторных механизмов, что приводит к последующим нарушениям в организме [14].

В связи с этим паразитозы нельзя считать только местным патологическим явлением, а необходимо рассматривать как заболевание всего организма [15]. Гельминты оказывают крайне неблагоприятное воздействие на организм человека. В первую очередь необходимо отметить механическое действие, конкурентную борьбу с макроорганизмом за питательные вещества, что приводит к развитию полигиповитаминоза со снижением аппетита, массы тела, наконец, это воздействие на иммунную систему. По данным ВОЗ (2008), паразитарные заболевания подавляют иммунный ответ, что приводит к развитию вторичного стойкого иммунодефицита, который проявляется снижением Т-хелперов, нарушением иммунорегуляторного индекса (соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры), снижением секреции IgA. Антигены паразитов во многом сходны с антигенами человеческого организма, что позволяет им «ускользать» от воздействия факторов иммунной защиты. Еще одним исходом влияния гельминтов на иммунную систему является видоизменение иммунного ответа организма хозяина в виде аллергии, что обеспечивает выживание гельминта и обуславливает хронизацию процесса [16].

Наиболее патогенное действие оказывают гельминты в миграционной стадии и тканевые, одним из которых является токсокара. Данное паразитарное заболевание вызывается миграцией личинок аскаридат собак (*Toxocara*

canis) и кошек (*Toxocara mystax*) в различных органах и тканях и характеризуется длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями аллергической природы.

Как биологическая проблема токсокароз известен с 1782 г., когда Р.С. Werner в кишечнике собак обнаружил круглых гельминтов, сходных с аскаридами. В 1916 г. С.В. Stiles впервые в качестве названия возбудителя использовал термин «токсокара». В 1957 г., спустя 35 лет с момента начала дискуссии о предполагаемой роли токсокар в патологии человека, J.F.A. Sprent дал полное описание жизненного цикла гельминта [17].

Токсокароз, в отличие от всех других ларвальных гельминтозов, является массовым заболеванием для Украины, где за последние 10 лет заболеваемость выросла в 80 раз [18]! Объяснением этому может служить недостаточная осведомленность людей о риске этой инвазии.

Заражение человека, являющегося неспецифическим (резервуарным, транспортным) хозяином для токсокар, происходит при проглатывании инвазионных яиц, из которых в проксимальном отделе тонкого кишечника выходят личинки. Проникая через слизистую оболочку, личинки заносятся в печень и правую половину сердца и далее разносятся кровотоком по всем органам и системам человека, поражая мозг, глаза, печень, селезенку, сердце, поджелудочную железу, мышцы и другие органы и системы. Возможно также проникновение токсокар в бронхиолы и ротоглотку (по трахеобронхиальному дереву) [19].

Личинки, осевшие в тканях, не растут, постепенно окружаются гранулемами, что обеспечивает их длительную жизнеспособность в организме человека – до 10 лет.

Патогенез токсокароза сложен, поскольку обусловлен целым рядом факторов. Мигрирующие личинки оказывают механическое воздействие на ткани хозяина, вызывая в них геморрагии, некрозы и другие повреждения.

Однако ведущую роль в патогенезе токсокароза играют иммунологические и иммунопатологические реакции организма в ответ на инвазию [20]. Формирование иммунного ответа, основной защитной реакции организма, является главным механизмом патогенеза гельминтов вообще и токсокароза в частно-

сти. Иммунологические реакции, переходя границы адекватного иммунного ответа, становятся иммунопатологическими и являются причинами формирования патологического процесса [21].

Личинки *T. canis*, длительно мигрирующие в организме человека, в сравнении с личинками других гельминтов являются наиболее иммуногенными. В процессе жизнедеятельности они выделяют экскреторно-секреторные антигены, в результате чего происходит активация ряда иммунологических процессов организма хозяина [22]. При разрушении личинок в организм человека попадают соматические антигены личинок. В результате сенсибилизации метаболическими и соматическими антигенами токсокар развиваются реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, что определяет клинические проявления заболевания [23].

В аллергических реакциях при токсокарозной инвазии принимают участие тучные клетки, базофилы, нейтрофилы, но основную роль играют эозинофилы. Пролиферация эозинофилов регулируется Т-лимфоцитами при участии медиаторов воспалительных реакций, выделяемых сенсибилизированными лимфоцитами, нейтрофилами, базофилами. Образующиеся иммунные комплексы привлекают в очаг поражения эозинофилы. Вокруг личинок токсокар кумулируются сенсибилизированные Т-лимфоциты, привлекаются макрофаги и другие клетки – формируется паразитарная гранулема [24].

Наиболее характерным лабораторным показателем токсокароза является повышенное содержание эозинофилов в периферической крови. Относительный уровень эозинофилии может колебаться в широких пределах, достигая в ряде случаев 70–80 % и более [25].

Клиника токсокароза полиморфна. Дифференциальный диагноз затруднен тем, что инвазии протекают по типу общего алергоза в отсутствии патогномичных симптомов.

Спектр клинических проявлений можно рассматривать как производную от интенсивности заражающей дозы и частоты реинфекции, распространение личинок в тех или иных органах и тканях, а также степени иммунного ответа хозяина [26].

В зависимости от ведущих симптомов различают кожную, висцеральную и глазную формы токсокароза.

Кожная форма токсокароза проявляется различного рода аллергическими реакциями на коже в виде покраснения, зуда, отека и пр.

Обычно заболевание начинается постепенно, с умеренного интоксикационного синдрома, дискомфорта в желудке, кишечнике. Позднее появляется симптоматика со стороны пораженных органов. Довольно часто при токсокарозе обнаруживаются признаки поражения ЦНС, сопровождаемые нарушением сна, раздражительностью, расстройством поведения; могут развиваться эпилептиформные припадки, парезы, параличи [27].

Диагностическую ценность при токсокарозе представляют показатели клинических и лабораторных исследований, свидетельствующие о том, что у пациентов с висцеральной формой токсокароза отмечаются их значительные изменения: развитие эозинофилии, снижение содержания гемоглобина, эритроцитов; повышение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение щелочной фосфатазы, гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия, увеличение общего белка в сыворотке крови [28]. Инвазия токсокарами вызывает нарушение состава нормальной микрофлоры кишечника [29], снижение концентрации витаминов С, А, Е, В₁ и В₁₂ [30].

При токсокарозе может отмечаться бессимптомное течение заболевания, что нередко приводит к позднему его диагностированию и вызывает трудности в терапии.

В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют данные об исследованиях пародонтопатий у людей, инвазированных токсокарами, хотя распространенность данной инвазии и тяжесть вызываемой ею внутриорганной и системной патологии значительна.

В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение характера клинического течения хронического генерализованного пародонтита у пациентов, инвазированных токсокарами.

Материал и методы. Исследования, проводимые кафедрой стоматологии ХНМУ совместно с кафедрой паразитарных и тропических болезней ХМАПО, осуществлялись с добровольного информированного согласия больных.

С целью оценки состояния органов ротовой полости проведено клинико-инструментальное обследование 270 больных токсикарозом. В ходе исследования были отобраны 180 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (ХГП I–II степени тяжести), которые составили основную группу обследования. Группа сравнения была сформирована из пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта без инвазии токсикарами в количестве 90 человек. Возраст обследованных в обеих группах колебался в пределах от 20 до 40 лет.

Для постановки диагноза использовалась классификация заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского (1994).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследований установлено, что в основной группе процент больных ХГП в возрасте 20–30 лет составляет 28,8 %, тогда как в группе сравнения всего лишь 11 % (табл. 1).

При сравнении групп по тяжести заболеваний видно, что в основной группе число больных с ХГП II степени тяжести заболевания на 33,2 % больше, чем в группе сравнения, где больных с этой степенью тяжести оказалось 33,3 %.

В ходе исследований было установлено, что ХГП II степени тяжести чаще отмечается у лиц молодого возраста (20–30 лет) основной группы, чем группы сравнения, – соответственно у 17,7 и 2,2 % пациентов. Распределение больных в зависимости от длительности и тяжести течения ХГП приведены в табл. 2. Как видно из представленных данных, в группе сравнения большинство пациентов (67,7 %) болели ХГП более 8 лет.

Иная картина наблюдалась у больных ХГП с токсикарозом. По сравнению с больными группы сравнения, в основной группе наблюдалось существенное (более чем в 2 раза) увеличение числа больных ХГП I–

Таблица 1. Распределение больных основной группы и группы сравнения

Группа	Возраст, лет								Всего	
	20–25		26–30		31–35		36–40		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
ХГП + токсикароз (основная группа)										
I степень	5	2,7	15	8,3	21	11,6	19	10,5	60	33,4
II степень	11	6,1	21	11,6	46	25,5	42	23,3	120	66,5
всего	16	8,8	36	20,0	67	37,2	61	33,8	180	100
ХГП (группа сравнения)										
I степень	4	4,4	4	4,4	21	23,3	31	34,4	60	66,6
II степень	–	–	2	2,2	8	8,8	20	22,2	30	33,3
всего	4	4,4	6	6,6	29	32,2	51	56,6	90	100

Таблица 2. Длительность и тяжесть течения ХГП у больных основной группы и группы сравнения

Группа	Продолжительность заболевания, лет						Всего	
	1–3		4–7		8–15		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
ХГП + токсикароз (основная группа)								
I степень	27	15	19	10,5	14	7,7	60	33,4
II степень	24	13,3	56	31,3	40	22,2	120	66,5
всего	51	28,3	75	41,6	54	30	180	100
ХГП (группа сравнения)								
I степень	11	12,2	14	15,5	35	38,8	60	66,6
II степень	–	–	4	4,4	26	28,8	30	33,3
всего	11	12,2	18	20,0	61	67,7	90	100

II степени тяжести с коротким сроком заболевания (1–3 года), а также числа больных с продолжительностью заболевания 4–7 лет.

Следует отметить, что в группе сравнения больные с ХГП II степени тяжести сроком 1–3 года совсем отсутствовали, процент больных этой категории в основной группе составлял 28,3 %.

Анализ полученных данных показал, что в основной группе число больных ХГП со II степенью тяжести сроком 4–7 лет превышало число аналогичных больных в группе сравнения в 7,11 раза.

Список литературы

1. Антоненко М. Ю. Эффективность включения этиотропных препаратов в комплексную гигиену полости рта на ранних этапах развития заболеваний пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова, М. О. Дудникова // Современная стоматология. – 2009. – № 1. – С. 49–52.
2. Борисенко А. В. Зависимость между составом микрофлоры пародонтальных карманов и характером течения генерализованного пародонтита / А. В. Борисенко, Л. И. Тивоненко, Н. В. Ахрамеева // Современная стоматология. – 2005. – № 3 (31). – С. 50–52.
3. Азимова Н. М. Диагностические критерии неврологических осложнений у детей с гельминтной и протозойной инвазией и пути их коррекции : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / Н. М. Азимова. – Ташкент, 2011. – 18 с.
4. Бодня Е. И. Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения / Е. И. Бодня // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 3 (29). – С. 56–62.
5. Лаврентьева Н. Н. Гельминтозы : учеб. пособие / Н. Н. Лаврентьева. – Челябинск : Челябинская государственная медицинская академия, 2011. – 64 с.
6. Зрячкин Н. И. Гельминтозы / Н. И. Зрячкин. – Саратов : Изд-во СГМУ, 2006. – 21 с.
7. Гунякова В. К. Токсокароз: проблемы диагностики и терапии / В. К. Гунякова, Е. В. Кутенкова // Естествознание и гуманизм. – 2005. – Т. 2, № 3. – С. 72–73.
8. Кононец Е. В. Сочетание аллергической патологии и лямблиоза у детей в разные возрастные периоды / Е. В. Кононец, А. П. Муратова, А. А. Карпунов // Циркумпулярная медицина: влияние факторов окружающей среды на формирование здоровья человека : науч.-практ. конф., 27–29 июня 2011 г., г. Архангельск : материалы конф. – Архангельск, 2011. – С. 160.
9. Кушнир И. Э. Паразитарные инвазии в практике гастроэнтеролога / И. Э. Кушнир // Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 40–42.
10. Бандурина Т. Ю. Лечение лямблиоза и его возможных аллергических проявлений у детей / Т. Ю. Бандурина, Г. Ю. Кнорринг // Аллергология. – 2004. – № 2. – С. 24–29.
11. Марушко Ю. В. Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения / Ю. В. Марушко, М. Г. Грачева // Современная педиатрия. – 2012. – № 3 (43). – С. 1–5.
12. Денисов М. Ю. Лямблиоз у детей: клиника и реабилитация / М. Ю. Денисов. – Новосибирск, 2007. – 30 с.
13. Исаева Н. С. Вивчення стоматологічної захворюваності в дітей з аскаридозом / Н. С. Исаева // Современная стоматология. – 2011. – № 5. – С. 45–48.
14. Чебышев Н. В. Гельминтозы: органно-системные процессы в их патогенезе и лечении / Н. В. Чебышев, Ю. К. Богоявленский, Е. А. Гришина. – М. : Медицина, 1998. – 240 с.
15. Бодня Е. И. Клинико-иммунологические аспекты паразитарных болезней / Е. И. Бодня, И. П. Бодня // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2007. – № 8. – С. 18–24.

Полученные данные указывают на то, что токсокароз относится к факторам, приводящим к развитию хронического генерализованного пародонтита в молодом возрасте и быстрому переходу I степени тяжести во II (1–3 года).

Полученные результаты являются основой для дальнейших исследований по изучению патогенетических взаимовлияний токсокароза и хронического генерализованного пародонтита, что представляется актуальной проблемой как для стоматологии, так и для паразитологии.

16. Бут Г. Гельминтозы в Украине: современное состояние проблемы / Г. Бут // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 10 (416). – Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/30576>.
17. Проблема токсокароза в современных условиях и совершенствование подходов к его профилактике / Н. С. Малышева, Н. А. Самофалова, Д. Г. Григорьев [и др.] // Ученые записки : электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2013. – № 1 (25). – Режим доступа : <http://scientific-notes.ru/pdf/029-002.pdf>.
18. Бодня Е. И. Токсокароз – паразитарное заболевание животных и человека / Е. И. Бодня, Т. Н. Замазий // Мистецтво лікування. – 2006. – № 6. – С. 57–59.
19. Гунякова В. К. Токсокароз: проблемы диагностики и терапии / В. К. Гунякова, Е. В. Кутенкова // Естествознание и гуманизм. – 2005. – Т. 2, № 3. – С. 72–73.
20. Kayes S. G. Human toxocariasis and the visceral larva migrans syndrome: correlative immunopathology / S. G. Kayes // Chem. Immunol. – 1997. – V. 66. – P. 99–124.
21. Токсокароз / А. Я. Лысенко, М. Г. Владимова, А. В. Кондрашин, Дж. Майори // Клиническая паразитология. – Женева : ВОЗ, 2002. – 734 с.
22. Игнашенкова Г. В. Биохимическое изучение антигенной структуры *T. canis* : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. биол. наук : спец. 03.00.19 «Паразитология» / Г. В. Игнашенкова. – М., 1985. – 16 с.
23. Лысенко А. Я. Влияние инвазированности детей нематодами на поствакцинальный иммунитет / А. Я. Лысенко, Э. В. Фельдман, Е. А. Рыбак // Мед. паразитология. – 1991. – № 5. – С. 34–36.
24. Тумольская Н. И. Токсокароз: современный подход / Н. И. Тумольская // Врач. – 1997. – № 9. – С. 11–13.
25. Бабак О. Я. Роль и место тканевых паразитов в патологии человека / О. Я. Бабак // Здоров'я України. – 2007. – № 9. – С. 46.
26. Охотникова Е. Н. Гельминтозы у детей / Е. Н. Охотникова, Т. Н. Ткачева // Мистецтво лікування. – 2011. – № 3 (79). – С. 32–41.
27. Адаменко Г. П. Токсокароз – актуальная проблема здравоохранения / Г. П. Адаменко, Ю. Т. Никулин // Медицинские новости. – 2004. – № 2. – С. 31–36.
28. Миропольская Н. Ю. Токсокароз как причина эозинофилии у детей / Н. Ю. Миропольская, В. П. Молочный, Г. М. Воронкова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 24–26.
29. Принципы лечения и профилактики цестодозов человека / О. Я. Бекиш, В. Я. Бекиш, В. В. Побаржин [и др.] // Достижения медицинской науки Беларуси. – 2009. – Версия 1.02. Режим доступа : http://med.by/dmn/book.php?book=09-14_01.
30. Hassan A. T. Experimental murine toxocariasis histopathological study of chronic renal infection, transplacental transmission and ultrastructural study of egg shell / A. T. Hassan, N. H. el-Manawaty // J. Egypt. Soc.-Parasitol. – 1994. – Aug., v. 24 (2). – P. 333–339.

Н.М. Савельєва

ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ З ТОКСОКАРОЗОМ

Негативна динаміка показників стоматологічної захворюваності в Україні є причиною активізації досліджень з вивчення чинників, що впливають на стан пародонта. Висока поширеність, що виявляється нині, і негативний вплив на здоров'я людини паразитарних захворювань викликали у стоматологів і паразитологів науковий інтерес до вивчення взаємовпливу токсокарозу і хронічного генералізованого пародонтиту. В ході стоматологічних обстежень у хворих на токсокароз була виявлена значна поширеність хронічного генералізованого пародонтиту I–II ступеня тяжкості у хворих у молодому віці. При цьому відмічається швидкоплинний період переходу хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня тяжкості у II.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, паразитарні захворювання, токсокароз.

N.N. Saveleva

PREVALENCE OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AT PATIENTS WITH TOXOCARIASIS

The negative dynamics of dental disease in the Ukraine is the cause of increased research on the study of factors affecting the periodontal condition. Revealed currently high prevalence and negative effects on human health of parasitic diseases have caused dentists and parasitology research interest in the study of the interrelation toxocariasis and chronic generalized periodontitis in the course of dental examinations in patients with toxocariasis was revealed a significant prevalence of chronic generalized periodontitis I–II severity patients at a young age. In this case, there is a transient period of transition of chronic generalized periodontitis I severity of grade II severity.

Key words: *chronic generalized periodontitis, parasitic diseases, toxocariasis.*

Поступила 30.04.14