



Л.Г. Єрмакова

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Стан гігієни порожнини рота і тканин пародонта у хворих на туберкульоз легень

В останні роки особливої актуальності набуває проблема вивчення туберкульозу як внутрішнього чинника ризику в розвитку стоматологічної патології, виявлення прогностичних факторів ризику і створення індивідуальної програми стоматологічної профілактики для даного контингенту хворих.

Мета роботи — вивчити особливості клінічних виявів і перебігу стоматологічних захворювань у хворих на тлі туберкульозу легень.

Матеріали та методи. Були проведені клініко-лабораторні дослідження в 119 (71 чоловік, 48 жінок) пацієнтів, хворих на туберкульоз легень, віком від 20 до 74 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Київській міській туберкульозній лікарні № 1 з диспансерним відділенням. Одночасно було обстежено 59 осіб аналогічного віку (37 чоловіків, 22 жінок), практично здорових, без патологічних змін в організмі (контрольна група).

Результати та обговорення. Патологічні зміни тканин пародонту були діагностовані у $(99,9 \pm 4,5) \%$ випадків на відміну від контрольної групи — $(23,7 \pm 5,5) \%$. Перебіг патологічних процесів у тканинах пародонта у хворих на туберкульоз легень ускладнює низький рівень гігієнічного догляду за порожниною рота ($2,75 \pm 0,086$; $p < 0,05$) і це підтверджується сукупністю показників оцінки стану гігієни порожнини рота — «незадовільний», «поганий», «дуже поганий» ($79,7 \%$) на відміну від показників контрольної групи ($32,18 \%$).

Висновки. Високі показники індексів гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень пов'язані з недостатньою гігієною порожнини рота та потребують призначення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику та лікування стоматологічних захворювань. Хворі на туберкульоз легень потребують поглибленого навчання навичкам гігієни порожнини рота і регулярного стоматологічного нагляду з проведенням професійної гігієни ротової порожнини.

Ключові слова

Туберкульоз легень, гігієна порожнини рота, стоматологічні захворювання.

Результати досліджень свідчать, що стоматологічні захворювання у хворих на туберкульоз легень характеризуються поширеністю і тенденцією до прогресування, що призводить до втрати зубів і ускладнює перебіг туберкульозного процесу [3, 4, 8]. Наведені дані стосуються переважно результатів досліджень 80–90-х років минулого сторіччя [1, 5].

У літературі недостатньо висвітлено поширеність стоматологічних захворювань у хворих на туберкульоз легень: не вивчено залежності характеру їх від клінічної форми й гостроти туберкульозного процесу, а також впливу лікування й

профілактики стоматологічних захворювань на ефективність лікування основної хвороби.

Широке застосування антибактеріальних комплексів для лікування туберкульозу легень сприяє зростанню питомої ваги антибіотикорезистентних форм хвороби, що перешкоджає ефективній терапії та спричинює напруження колонізаційної резистентності [6, 9, 11, 14].

Вплив несприятливих соціальних, економічних і екологічних чинників зумовлює зміни в традиційному клінічному перебігу як туберкульозної інфекції (збільшення частоти розвитку тяжких форм), так і супутніх форм, зокрема каріозної хвороби. Тому вивчення особливостей клінічних виявів стоматологічних захворювань у хворих на туберкульоз легень сприятиме зниженню поши-

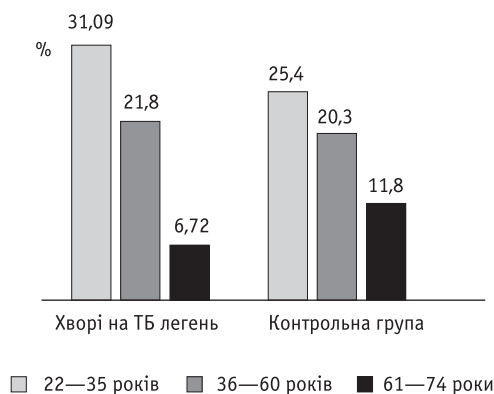


Рис. 1. Характеристика пацієнтів групи спостереження, хворих на туберкульоз легень, і контрольної групи за віком та статтю (чоловіки)

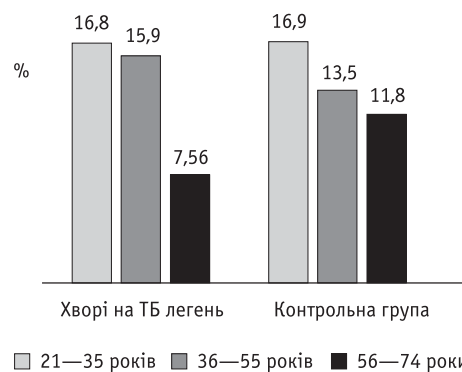


Рис. 2. Характеристика пацієнтів групи спостереження, хворих на туберкульоз легень, і контрольної групи за віком та статтю (жінки)

реності стоматологічних захворювань та підвищенню ефективності протитуберкульозної терапії внаслідок зменшення активізації хронічних одонтогенних осередків інфекції [8, 10, 12, 14–16].

Автори висловлюють подяку адміністрації та медичному персоналу Київської міської туберкульозної лікарні № 1 з диспансерним відділенням за сприяння у проведенні досліджень.

Матеріали та методи

Для вивчення особливостей клінічних виявів та перебігу стоматологічних захворювань на тлі туберкульозу легень проведено клініко-лабораторні дослідження у 119 (71 чоловік і 48 жінок) хворих на туберкульоз легень віком від 20 до 74 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Київській міській туберкульозній лікарні № 1 з диспансерним відділенням. Одночасно обстежено 59 практично здорових осіб аналогічного віку (37 чоловіків і 22 жінок), без патологічних змін у організмі (контрольна група).

Клінічне обстеження пацієнтів розпочинали зі збирання анамнезу основного та супутнього захворювань, анамнезу життя, оцінки загального

соматичного статусу (анкетування). Обстеження проводили за єдиною методикою, що передбачала загальноприйняті основні клінічні методи (огляд, пальпація, перкусія, зондування).

Клінічні та параклінічні дослідження містили: аналіз амнестичних даних, візуальну та індексну оцінку стану тканин пародонта (індекси Федорова–Володкіної, Green–Wermillion, РМА, ІГ, СРІТН). Діагноз захворювань тканин пародонта верифікували з використанням рентгенологічних методів дослідження.

Розподіл групи спостереження за віком і статтю наведено на рис. 1, 2.

Залежно від характеру патології хворих на туберкульоз легень розподілено на три підгрупи (таблиця).

Результати та обговорення

У хворих усіх груп визначали гігієнічний індекс Федорова–Володкіної та спрощений індекс гігієни рота Green–Vermillion (рис. 3, 4).

Загалом у хворих на туберкульоз легень середнє значення індексу Green–Wermillion ОНІ-S становило ($2,01 \pm 0,072$) бала ($p < 0,05$) і було вірогідно вищим, ніж у контрольної групи – ($1,52 \pm 0,097$) бала ($p < 0,05$).

Таблиця. Характеристика пацієнтів груп спостереження, хворих на туберкульоз легень, за характером патології

Підгрупа	Абс.	%
Перша		
ВДТБ (вперше діагностований туберкульоз легень; n = 65)	65	54,6 ± 6,17
Друга		
Хворі з ВДТБ, які закінчили інтенсивну фазу лікування (4–5 антибактеріальних препаратів) протягом 2–3 міс (n = 19)	19	15,9 ± 8,38
Третя		
Хронічна форма туберкульозу легень із резистентністю до антибактеріальних препаратів (n = 35)	35	29,4 ± 7,7
Хворі на туберкульоз легень (n = 119)	119	100

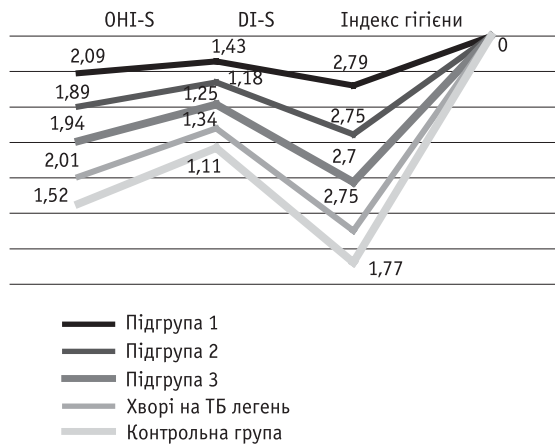


Рис. 3. Оцінка гігієни та стану пародонта в усіх клінічних групах хворих на туберкульоз легень і контрольної групи

Найвище середнє значення індексу ОНІ-S визначено у першій підгрупі, де вперше діагностовано туберкульоз легень: $(2,09 \pm 0,104)$ бала ($p < 0,05$). У другій підгрупі він становив $(1,89 \pm 0,15)$ бала ($p < 0,05$). У разі хронічної форми туберкульозу легень (третья підгрупа) середнє значення було $(1,94 \pm 0,129)$ бала ($p < 0,05$).

Середні показники DI-S індексу Green–Wermillion у хворих на туберкульоз легень становили $(1,34 \pm 0,056; p < 0,05)$, у контрольній групі — $(1,11 \pm 0,080; p < 0,05)$, тобто суттєвої різниці між показниками не виявлено.

Підвищений показник DI-S індексу Green–Wermillion спостерігався у першій підгрупі — $(1,43 \pm 0,084; p < 0,05)$. У другій він дорівнював $(1,18 \pm 0,128; p < 0,05)$, а в третій — $(1,25 \pm 0,086; p < 0,05)$.

Наведені дані підтверджують незадовільну оцінку гігієнічного стану порожнини рота та наявність над- і під'ясенних зубних відкладень, що зумовлює ризик захворювань пародонта (рис. 5).

Середньогруповий показник індексу Федорова–Володкіної у хворих на туберкульоз легень дорівнював $(2,75 \pm 0,086)$ бала ($p < 0,05$) та був вірогідно вищим (1,5 разу) від показника контрольної групи — $(1,77 \pm 0,05098)$ бала ($p < 0,05$).

Щодо середніх показників індексу Федорова–Володкіної у підгрупах суттєвої різниці не виявлено: у першій підгрупі він дорівнював $(2,79 \pm 0,126)$ бала ($p < 0,05$), у другій — $(2,75 \pm 0,237)$ бала ($p < 0,05$) та у третій — $(2,70 \pm 0,129)$ бала ($p < 0,05$).

Якісна оцінка гігієнічного стану порожнини рота за індексом Федорова–Володкіної виявила високі показники «поганої» гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень (рис. 6).

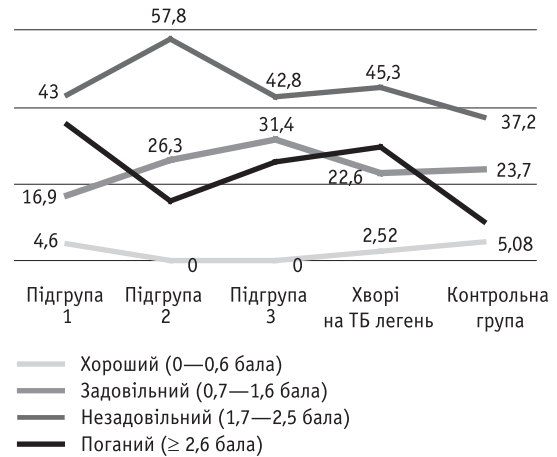


Рис. 4. Оцінка гігієни порожнини рота за показниками індексу ОНІ-S в усіх клінічних групах хворих на туберкульоз легень і контрольної групи

Гігієнічний індекс у них становив $(17,6 \pm 3,49)$ бала ($p < 0,05$), що оцінюється як «дуже поганий» рівень гігієни рота. При цьому у пацієнтів контрольної групи таких показників не встановлено.

У першій підгрупі показник «дуже поганого» рівня гігієни рота становив $(18,4 \pm 4,8)$ бала ($p < 0,05$) і дещо перевищував гігієнічний індекс у пацієнтів другої — $(15,7 \pm 8,3)$ бала ($p < 0,05$) та третьої — $(17,1 \pm 6,36)$ бала ($p < 0,05$) підгруп.

Показники «поганого» рівня гігієни рота у хворих на туберкульоз легень $((25,2 \pm 3,97)$ бала; $p < 0,05$) суттєво (в 7 разів) перевищували контрольні значення $((3,38 \pm 2,35)$ бала; $p < 0,05$).

Значення «поганого» рівня гігієни у пацієнтів першої підгрупи становили $(26,1 \pm 5,44)$ бала, другої — $(21,05 \pm 9,3)$ бала, третьої — $(25,7 \pm 7,38)$ бала. Показники рівня гігієни порожнини рота в підгрупах були вірогідні.

Високі показники за значення «поганий» та «дуже поганий» рівень гігієни рота свідчать про низьку якість гігієнічного догляду за ротовою порожниною хворими на туберкульоз легень.

Показники «незадовільного» рівня гігієни рота у хворих на туберкульоз легень $((36,9 \pm 4,42)$ бала; $p < 0,05$) були дещо вищими та вірогідними порівняно з контрольними $((28,8 \pm 5,89)$ бала; $p < 0,05$).

У підгрупах значення «незадовільного» рівня гігієни відповідно було таким: у першій — $(32,3 \pm 5,82)$ бала, у другій — $(42,1 \pm 11,3)$ бала та третій — $(42,8 \pm 8,36)$ бала.

Показник «задовільного» рівня гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень $((18,4 \pm 3,55)$ бала) був удвічі меншим від контрольного $((37,2 \pm 6,29)$ бала). У першій підгрупі він становив $(20,00 \pm 4,96)$ бала, у другій —

(21,05 ± 9,35) бала. У третій підгрупі був дещо нижчим ((14,2 ± 5,9) бала) порівняно з іншими підгрупами.

Вірогідна різниця спостерігалася щодо показника гігієни рота «хороший»: у хворих на туберкульоз легень індекс становив (1,68 ± 1,17) бала ($p < 0,05$) та був у 18 разів нижчим від контрольного — (30,5 ± 5,99) бала ($p < 0,05$).

«Хорошим» стан гігієни рота визнано тільки у пацієнтів першої підгрупи — (3,07 ± 2,13) бала.

Високі індекси гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень пояснюються недостатньою гігієною. Вони потребують лікувально-профілактичних заходів.

Стан тканин пародонта оцінювали за показниками індексів: ІГ, СРІТН та РМА (рис. 7).

Під час визначення інтенсивності запальних процесів тканин пародонта (ІГ) встановлено, що середній показник ІГ у хворих на туберкульоз легень становив (2,14 ± 0,05) бала та був вірогідно вищим порівняно з контрольним — (1,29 ± 0,085) бала.

Не виявлено суттєвої різниці щодо середніх показників ІГ у підгрупах хворих на туберкульоз легень: у першій він становив (2,17 ± 0,071) бала, у другій — (2,14 ± 0,120) бала, у третій — (2,08 ± 0,088) бала.

Середній індекс ІГ у хворих на туберкульоз легень дає змогу оцінити інтенсивність запальних процесів тканин пародонта як помірно виразний.

Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), за яким визначають поширеність та тяжкість гінгівіту, у хворих на туберкульоз легень становив (1,41 ± 0,052) бала, тобто у 1,6 разу перевищував показник контрольної групи — (0,84 ± 0,099) бала.

Найбільше ураження тканин пародонта спостерігалася у першій підгрупі хворих з уперше діагностованим туберкульозом легень — (1,44 ± 0,072) бала. У другій підгрупі він становив (1,36 ± 0,137), у третій — (1,37 ± 0,092) бала.

Середнє значення індексу РМА у хворих на туберкульоз легень оцінено як показник гінгівіту середньої тяжкості.

Індекс потреби у лікуванні захворювань пародонта (СРІТН) у середньому становив у хворих на туберкульоз легень (1,81 ± 0,065) бала, що вірогідно перевищувало його контрольне значення — (0,94 ± 0,10) бала. Його показник у третій підгрупі (2,17 бала ± 0,064 бала) був дещо вищим, ніж у першій та другій — відповідно (1,64 ± 0,094) і (1,73 ± 0,184) бала.

Індекс потреби у лікуванні захворювань пародонта (СРІТН) у хворих на туберкульоз легень у середньому становив 1–2 бали, що свідчить

про потребу в проведенні професійної гігієни та ліквідації чинників, що сприяють затримці зубного нальоту.

Таким чином, у хворих на туберкульоз легень поширені хвороби пародонта, передусім гінгівіт і пародонтит. У більшості випадків гінгівіт мав катаральну форму з хронічним перебігом та загостренням процесу (рис. 8–10).

За даними клінічного обстеження та індексної оцінки у хворих на туберкульоз легень діагностовано 100 % поширеність патології тканин пародонта, на відміну від контрольної групи — (13,5 ± 4,44).

Найчастіше спостерігаються захворювання тканин пародонта у хворих третьої підгрупи (хронічна форма туберкульозу легень) (рис. 11).

За тяжкістю перебігу у хворих на туберкульоз легень превалює середній ступінь ураження — (39,4 ± 4,47) %, у контрольній групі — (5,08 ± 2,8) %. Різниця між показниками сягала 7,7 разу (рис. 12).

Поширеність ураження середнього ступеня тяжкості у пацієнтів другої підгрупи (42,1 ± 11,3) % була дещо вищою, ніж у першій і другій — відповідно (38,4 ± 6,03) % та (40,0 ± 8,28) %, та вірогідно перевищувала показники контрольної групи (у 8,2 разу).

Поширеність захворювання тканин пародонта легкого ступеня тяжкості у хворих на туберкульоз легень становила (28,5 ± 4,13) % та вірогідно перевищувала таку в контрольній групі (6,77 ± 3,27) % у 4 рази (рис. 13).

У третій підгрупі показник легкого ступеня тяжкості (8,57 ± 4,7) % був вірогідно найнижчим, різниця щодо першої підгрупи (32,3 ± 5,82) % становила в 3 рази, а стосовно другої (52,6 ± 11,4) % — в 6 разів, що характерно для перебігу захворювань тканин пародонта у хворих з хронічною формою туберкульозу легень.

Суттєвою особливістю у хворих на туберкульоз легень є значне поширення тяжкого ступеня тяжкості захворювання тканин пародонта (17,6 ± 3,49) %, чого не спостерігалася у хворих другої підгрупи, в яких уперше діагностовано туберкульоз легень і які закінчили інтенсивну фазу лікування, та у контрольній групі.

Перша група мала показник поширеності важкого ступеня тяжкості (13,8 ± 4,27) %, третя — (17,1 ± 6,36) % (рис. 14).

У хворих на туберкульоз легень показник загострення хронічного перебігу захворювань тканин пародонта становив (13,4 ± 3,12) %, у контрольній групі він був вірогідно нижчий (1,69 ± 1,67) %. Різниця між ними сягнула 7,9 разу.

Найчастіше загострення хронічного процесу спостерігалася у третій підгрупі (хронічна фор-



Рис. 5. Наявність над- та підясеневих зубних відкладень

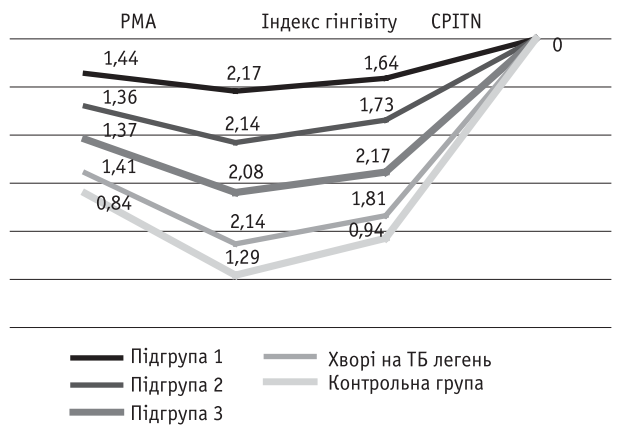
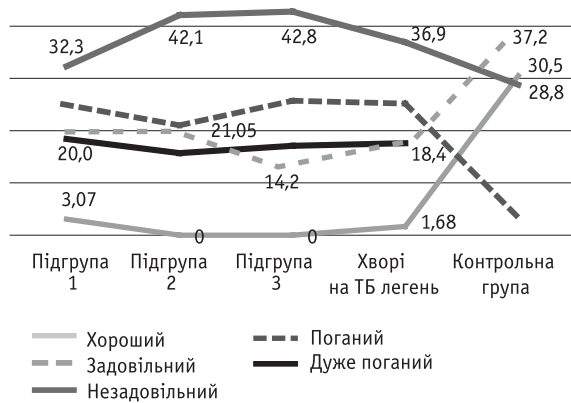


Рис. 6. Оцінка гігієни порожнини рота за показниками індексу Федорова—Володкіної в усіх клінічних групах хворих на туберкульоз легень і контрольної групи

Рис. 7. Оцінка стану пародонта в усіх клінічних групах хворих на туберкульоз легень і контрольної групи



Рис. 8. Катаральна форма гінгівіту хронічного перебігу



Рис. 9. Загострення хронічного гінгівіту

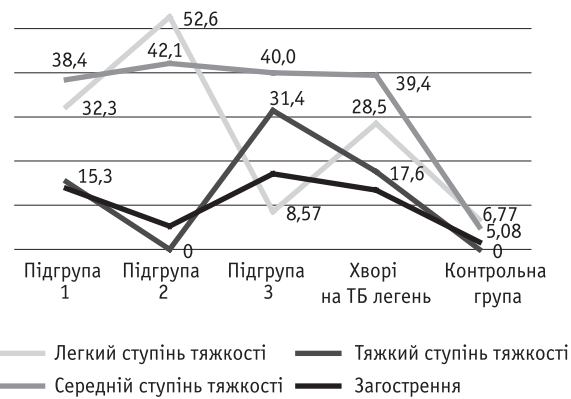


Рис. 10. Частота виявлення хронічного катарального та загострення хронічного гінгівіту у хворих на туберкульоз легень та контрольної групи



Рис. 11. Хронічний гінгівіт середнього ступеня тяжкості



Рис. 12. Хронічний гінгівіт середнього ступеня тяжкості



Рис. 13. Хронічний гінгівіт легкого ступеня тяжкості



Рис. 14. Хронічний гінгівіт важкого ступеня тяжкості



Рис. 15. Загострення хронічного гінгівіту

ма туберкульозу легень) – $(17,15 \pm 6,36)$ %, де показник другої підгрупи $(5,26 \pm 5,12)$ % переважав відповідно у 3 та 10 разів порівняно з контрольною групою (рис. 15).

Висновки

1. У хворих на туберкульоз легень перебіг патологічних процесів у тканинах пародонта ускладнює низький рівень гігієнічного догляду за порожниною рота $(2,75 \pm 0,086; p < 0,05)$, на відміну від контрольної групи $(1,77 \pm 0,05098)$.

2. Це підтверджується сукупністю показників $(79,7 \%)$ оцінки стану гігієни порожнини рота – «незадовільний», «поганий», «дуже поганий» на відміну від контрольної групи $(32,18 \%)$.

3. Показник «поганого» рівня гігієни рота у хворих на туберкульоз легень $((25,2 \pm 3,97)$ бала; $p < 0,05$) у 7 разів перевищував показник контрольної групи $((3,38 \pm 2,35)$ бала; $p < 0,05$).

4. Незадовільна оцінка гігієнічного стану порожнини рота з над- і під'ясенними зубними відкладеннями, що підтверджується структурними показниками (ОHI-S) індексу Green–Wermillion, спостерігалася у $74,7 \%$ хворих на туберкульоз легень і $47,3 \%$ з контрольної групи, що

зумовлює поширеність та поглиблює патологічні зміни у тканинах пародонта.

5. Вірогідно суттєва різниця спостерігалася щодо оцінки гігієни рота «хороша», у групі хворих на туберкульоз легень індекс досягнув $(1,68 \pm 1,17)$ бала ($p < 0,05$) і був значно нижчим, ніж у контрольній групі $((30,5 \pm 5,99)$ бала; $p < 0,05$), у 18 разів.

6. Високі індекси гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень пов'язані з недостатньою гігієною. Пацієнти потребують призначення лікувально-профілактичних заходів.

7. На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що у хворих на туберкульоз легень спостерігаються характерні ознаки перебігу запальних захворювань пародонта, що треба враховувати лікарю-стоматологу під час діагностики.

8. У хворих на туберкульоз легень загострення хронічного перебігу захворювань тканин пародонта становить $(13,4 \pm 3,12) \%$. У контрольній групі цей показник був вірогідно меншим – $(1,69 \pm 1,67) \%$. Різниця між показниками становила 7,9 разу.

9. Найбільший показник загострення хронічного процесу спостерігався у третій підгрупі

(хронічна форма туберкульозу легень) — $(17,1 \pm 6,36) \%$, тобто був утричі вищим, ніж у другій підгрупі — $(5,26 \pm 5,12) \%$, та у 10 разів вірогідно вищим порівняно з контролем.

10. Із хвороб пародонта домінували гінгівіт та пародонтит. Найчастіше виявляли хронічний катаральний гінгівіт — $(31,9 \pm 4,27) \%$ порівняно з $(6,77 \pm 3,27) \%$ контрольної групи. Різниця становила 4,7 разу.

11. Гінгівіт діагностували у хворих на туберкульоз легень у формі хронічного $(85,6 \%; p < 0,05)$ і загострення хронічного процесу $(13,4 \pm 3,12) \%$, тобто відповідно у 7,2 та 7,9 разів вірогідно більше порівняно з контрольною групою.

12. У хворих на туберкульоз легень зазвичай не буває суб'єктивних відчуттів, і вони не звертаються по допомогу. Не буває спонтанної кро-

воточивості ясен і яскраво виразної гіперемії, характерним є посилення судинного малюнка в ділянці альвеолярних ясен.

13. Інтенсивніше ураження тканин пародонта спостерігалось у хворих з хронічною формою туберкульозу легень з резистентністю до АПБ. Середній та тяжкий ступені тяжкості перебігу хронічного гінгівіту при цьому виявлено у 53,7 % хворих ($p < 0,05$), на відміну від контрольної групи, де «тяжкий ступінь» перебігу не спостерігався взагалі, а «середній» діагностовано лише у 5,08 % ($p < 0,05$).

14. Хворі на туберкульоз легень потребують поглибленого навчання навичок гігієни порожнини рота і регулярного стоматологічного нагляду з проведенням професійної гігієни ротової порожнини.

Список літератури

1. Безрукова И.В. Новые подходы лечения воспалительных заболеваний пародонта // Новое в стоматологии.— 2001.— Вып. 94.— № 4.— С. 55—57.
2. Бекметов З.М. Зубные отложения и совершенствование способов их профилактики и удаления: автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Ташкент, 2003.— 14 с.
3. Вайндинер И.М. Влияние устранения одонтогенного очага на течение туберкулеза легких // Казанский мед. журн.— 1998.— Т. 69.— № 2.— С. 107—108.
4. Демнер Л.М. Состояние полости рта при туберкулезе // Казанский мед. журн.— 1975.— № 3.— С. 9—11.
5. Мельник В.М. Проблеми епідеміології та профілактики туберкульозу // Медичні вісті.— 1997.— № 1.— С. 10—13.
6. Москаленко В.Ф., Феценко Ю.І Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років // Укр. пульмонол. журн.— 2001.— № 3.— С. 5—7.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.00 № 344 «Про затвердження методичних рекомендацій з удосконалення медичної допомоги дорослим, хворим на ВІЛ-інфекцію» (розділ «Профілактика туберкульозу») зі змінами від 15.12.04.
8. Овезов Э.С. Оценка результатов санации ротовой полости у больных туберкулезом // Здравоохр. Туркменистана.— 1987.— № 5.— С. 34—36.
9. Леус Л.И. Хронический оральный сепсис как фактор риска системных болезней // Здравоохранение.— 2002.— № 2.— С. 26—29.
10. Удовиченко Н.Н. Социальные и стоматологические проблемы туберкулеза // Стоматология.— 2003.— № 11.— С. 50—52.
11. Alfieri N., Fleury R.N., Opromolla D.V.A. et al. Oral lesions in borderline and reactional tuberculoid leprosy // Oral. Surg.— 1983.— N 1.— P. 52—57.
12. Carneilo S., Rodrigues G. Primarylingualtuberculosis: A casere portwithreviewof literature // J. OralSci.— 2002.— N 44.— P. 55—57.
13. Fourth meeting of national tuberculosis programme managers: Report on a WHO meeting.— Helsinki, 2000.— 24 p.
14. Kechagia A., Kakisi O., Kakisis I., Falagas M. Tuberculosis int heoral cavity: a system aticre viewofthe publis hedevidence.— Helsinki, Finland, 16—19 May, 2009.
15. Von Arx D.P, Husain A. Oral tuberculosis // Br. Dent. J.— 2001.— Vol. 190 (8)— P. 420—422.
16. WHO/IUATLD. Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance intheworld.— Geneva, 2006.— 217 p.

Л.Г. Ермакова

Институт стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

Состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у больных туберкулезом легких

В последние годы особую актуальность приобретает проблема изучения туберкулеза как внутреннего фактора риска в развитии стоматологической патологии, выявление прогностических факторов риска и создания индивидуальной программы стоматологической профилактики для данного контингента больных.

Цель работы — изучить особенности клинических проявлений и течения стоматологических заболеваний у больных на фоне туберкулеза легких.

Материалы и методы. Были проведены клинико-лабораторные исследования в 119 (71 мужчин, 48 женщин) пациентов, больных туберкулезом легких, в возрасте от 20 до 74 лет, которые находились на стационарном лечении в Киевской городской туберкулезной больнице № 1 с диспансерным отделением. Одновременно было обследовано 59 человек аналогичного возраста

(37 мужчин, 22 жінки), практично здорових, без патологічних змін в організмі (контрольна група).

Результати та обговорення. Патологічні зміни тканин пародонта були діагностовані у $(99,9 \pm 4,5) \%$ випадків в порівнянні з контрольною групою – $(23,7 \pm 5,5) \%$. Течение патологічних процесів в тканинах пародонта у хворих туберкульозом легких ускладнює низький рівень гігієни рота $(2,75 \pm 0,086; p < 0,05)$ і це підтверджується сукупністю показників оцінки стану гігієни порожнини рота – «неудовлетворительное», «плохое», «очень плохое» $(79,7 \%)$ в порівнянні з показниками контрольною групою $(32,18 \%)$.

Висновки. Високі показники індексів гігієни порожнини рота у хворих туберкульозом легких пов'язані з недостатньою гігієною порожнини рота і вимагають призначення лікувально-профілактичних заходів, направлених на профілактику і лікування стоматологічних захворювань. Хворі туберкульозом легких потребують поглибленого навчання навичкам гігієни порожнини рота і регулярного стоматологічного нагляду з проведенням професійної гігієни порожнини рота.

Ключові слова: туберкульоз легких, гігієна порожнини рота, стоматологічні захворювання.

L.G. Ermakova

Institute of Stomatology of P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Oral hygiene and periodontitis in patients with tuberculosis

Studying of tuberculosis as an internal risk factor in the development of dental disease, identification of prognostic risk factors and individual program of dental prophylaxis for this group of patients becomes particularly urgent problem during recent years.

Objective – to study the clinical manifestations and course of dental diseases the patients have pulmonary tuberculosis.

Materials and methods. The study included clinical and laboratory research in 119 (71 men, 48 women) patients with pulmonary tuberculosis at the age of 20 to 74 years who were hospitalized at the Kyiv City Tuberculosis Hospital N 1 with dispensary department. The control group included 59 persons of similar age (37 males, 22 females) healthy, with no pathological changes.

Results and discussion. Lesions in periodontal tissues were found $(99.9 \pm 4.5) \%$ patients with pulmonary tuberculosis in comparison to the control group – $(23.7 \pm 5.5) \%$. Course of pathological process in periodontal tissues in patients with pulmonary tuberculosis is complicated by low level of oral hygiene $(2.75 \pm 0.086, p < 0.05)$ and a set of indicators to assess the state of oral health – «poor», «bad», «very bad» (79.7%) compared to the control group (32.18%) .

Conclusions. High performance indices of oral hygiene in patients with pulmonary tuberculosis was associated with inadequate oral hygiene and requires the appointment of therapeutic and preventive measures aimed at prevention and treatment of dental diseases. Patients with pulmonary tuberculosis require in-depth skills training of oral hygiene and regular dental supervision conducting professional oral hygiene.

Key words: pulmonary tuberculosis, oral hygiene, dental disease.

Контактна інформація:

Ермакова Людмила Георгіївна, доц. кафедри стоматології дитячого віку
01025, м. Київ, вул. Стрітенська, 7/9. Тел. (044) 272-40-96
E-mail: ermakova67@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 21 жовтня 2014 р.