Наука, 1982. - 200 с.

8. Соколов В.В., Нарциссов Р.П., Иванова Л.А. Цитохимия ферментов в профпатологии. - М.: Медицина, 1975. - 120 с.

9. Чиковани М.И., Арипова П.П., Петрищук С.В., Нарциссов Р.П. Информативность изучения динамики активности сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов у недоношенных детей с внутричерепной родовой травмой // Педиатрия. - 1981. - № 1. - С.17-18.

10. Pollit E., Leibel R.L. Iron Deficiency and Behavior // J.Pediatr. - 1976. - V.88. N 3. - P.372-381.

УДК 616.521+616.516.5-053:616.31

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПРИ ЭКЗЕМЕ И НЕЙРОДЕРМИТЕ

Т.Н.Стати

В последние годы отмечается рост аллергических заболеваний, особенно среди детского населения. Одним из наиболее ранних проявлений аллергии у детей являются поражения кожи. [3,6].

Важная роль в хроническом течении экземы и нейродермита отводится бактериальной сенсибилизации при наличии очагов инфекции, прежде всего, в желудочно-кишечном тракте [3,5,6]. К настоящему времени накоплены многочисленные факты, свидетельствующие о существенной роли одонтогенных очагов инфекции в возникновении и развитии целого ряда системных заболеваний и патологических состояний в организме ребенка [2,4]. В свою очередь висцеральная патология приводит к понижению реактивности организма, отрицательно влияет на обменные процессы, создает предрасположенность к кариесу зубов и усиливает ег активность [1,4].

Сведений о частоте и характере патологических изменений в

полости рта у ребенка при экземе и нейродермите в литературе мы не встретили.

Цель настоящего исследования - определение частоты и характера заболеваний твердых тканей зубов, выявление изменений тканей краевого пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей при экземе и нейродермите в зависимости от длительности и тяжести патологического процесса.

В условиях специализированного отделения больницы для лечения детей, страдающих аллергодерматозами, нами было обследовано 130 детей в возрасте от 2,5 до 14 лет. У 11 из них установлен диагноз истинной детской экземы, 119 детей находились на лечении с различными клиническими формами нейродермита (12 - с ограниченным нейродермитом, 86 с диссеминированным и 21 - с диффузным). У всех детей клинико-лабораторным исследованием была установлена разнообразная, как правило, сочетанная патология желудочно-кишечного тракта. Для изучения распространенности и интенсивности кариозного процесса у всех детей обследовано состояние твердых тканей зубов, проведен подсчет индексов КПУ и кп. Изменения слизистой оболочки полости рта определяли визуально. Для оценки состояния тканей краевого пародонта применена проба Шиллера-Писарева и подсчитан индекс ПМА. Гигиенический индекс определен по Федорову-Володкиной. Полученные данные статистически обработаны (таблица).

В ходе исследования у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза, имеющих сочетанную патологию органов пищеварения, установлена большая распространенность кариеса. Из 130 обследованных здоровых зубы были только у 26 детей.

Как видно из таблицы, наибольшая поражаемость кариозным процессом выявлена у детей в возрасте 7-10 лет. И в 13-14 лет вновь

Показатели распространенности и интенсивности кариозного процесса у детей при экземе и нейродермите в различные возрастные периоды (M±)

Возраст детей (лет)	Число детей	Распространенность кариеса,%	Интенсивность кариозного процесса
2,5-4	24	4I,6±I0,I	5,2±0,98
5 - 6	28	82,I± 7,2	6,08±0,6I
7 - 8	20	95,0± 4,8	5,05±0,34
9 -I0	2I	I00	5,I9±0,43
II -I2	I9	75,4± 9,8	4,73±0,7
I3 -I4	I8	83,3±8,7	3,53±0,37

отмечается значительный рост распространенности кариеса. Необходимо отметить, что нейродермит, характеризующийся упорным и длительным течением, в возрасте 7-8 и I2-I4 лет, как правило, дает обострения. Наши наблюдения показали, что именно в периоды обострения нейродермита у детей отмечался рост распространенности кариеса. Прямая зависимость прослеживается также между распространенностью кариозного процесса и тяжестью дерматоза и сопровождающих его заболеваний органов пищеварения. Так, у детей с истинной экземой распространенность кариеса составила 45,4%, а при нейродермите этот показатель возрос почти вдвое - 84,2%. Соответственно возросла интенсивность от 4,0 до 5,5. Необходимо отметить, что 90,I% детей госпитализируется для проведения планового лечения с несанированной полостью рта. Помимо кариеса при исследовании твердых тканей зубов у I7,4% больных выявлена системная гипоплазия эмали. Элементы гипоплазии в виде чашеобразных углублений встречались в области бугров первых постоянных моляров, а также на резцах в виде небольших углублений и бороздок, расположенных ближе к режущему краю зубов.

Заболевания пародонта установлены у детей школьного возраста (12-14 лет) - у 17 из 25 больных диагностирован хронический катаральный гингивит легкой степени (показатели индекса ПМА - от 7,0% до 29,7%). При исследовании состояния полости рта нами обнаружено большое количество мягкого налета на зубах. Среднее значение гигиенического индекса составило 3,1 балла, что указывает на плохое состояние гигиены полости рта. Последнее, в свою очередь, связано с нерегулярным и неправильным уходом за зубами, а также наличием заболеваний пищеварения.

Нами выявлены разнообразные изменения слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и языка у всех 130 больных.

Отечность и иктеричность слизистой оболочки полости рта различной степени встречалась у всех больных. При обследовании языка только у 9 детей не было видимых патологических изменений. У 100 больных язык был обложен налетом. Изменения сосочкового аппарата языка в виде десквамации нитевидных сосочков и гиперплазии грибовидных сосочков выявлены в 87 случаях. Необходимо отметить, что изменения сосочкового аппарата языка наиболее часто встречались у детей с гастропатиями, дисбактериозом, глистной инвазией, лямблиозом.

Почти у половины обследованных детей диагностирован хейлит. Заболевание проявлялось сухостью, шелушением, нередко трещинами, корочками и расходящимися в виде лучиков складками. Поражены были красная кайма губ и кожа приротовой области. Хейлит нередко встречался у детей с дисбактериозом, энтеробиозом, лямблиозом. Наиболее часто он диагностировался при диссеминированном нейродермите у детей школьного возраста (7-14 лет). Можно предположить, что развитие хейлита в значительной степени обусловлено длительностью и тяжестью патологического процесса в организме больных детей.

Таким образом, на фоне тяжелого аллергического заболевания кожи и патологии со стороны органов пищеварения у детей выявлены значительные изменения со стороны полости рта, особенно в двух возрастных периодах: младшем школьном и подростковом. Выявленные одонтогенные очаги инфекции являются постоянным источником микробных и тканевых токсинов, которые воздействуют на процессы обмена и, безусловно, усугубляют течение основного заболевания.

Выявленные изменения со стороны слизистой оболочки полости рта и языка могут также свидетельствовать о степени и, возможно, уровне поражения желудочно-кишечного тракта при аллергодерматозах, подлежат обязательному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т.Ф. и др. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. - М.: Медицина, 1983. - 208 с.

2. Емельяненко Н.В. Состояние зубов, тканей пародонта и организация стоматологической помощи у детей с хроническими заболеваниями почек: Автореф.дис.канд.мед.наук. - Львов, 1984. - 15 с.

3. Зеленцова Б.Л. Особенности функционального состояния кишечника у детей с кожными проявлениями аллергического диатеза: Автореф.дис....канд.мед.наук. Свердловск, - 1983. 22 с.

4. Максимова О.А. и др. Клиническое значение и диагностика хронических одонтогенных очагов у детей: Автореф.дис....канд.мед. наук. - М., 1970. - 22 с.

5. Синявская О.А. и др. Аллергические заболевания у детей. Свердловск, 1980.

6. Торопова Н.П. и др. Экзема и нейродермит у детей. - Иркутск: Изд-во Иркут.ун-та, 1986. - с.288.