

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2023.6.89>

Стоматологический профиль детей с хроническим стоматитом

А.В. Кузьменкова, Е.Г. Асирян

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2023. – Том 22, №6. – С. 89-94.

Dental profile of children with chronic stomatitis

A.V. Kuzmiankova, E.G. Asiryan

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2023;22(6):89-94.

Резюме.

Цель исследования – изучить стоматологический профиль детей с хроническим стоматитом.

Материал и методы. В ходе работы проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов стоматологического исследования 120 пациентов детского возраста (4-18 лет) с хроническим стоматитом.

Результаты. В результате анализа стоматологического профиля детей с хроническим стоматитом выявлены отклонения от нормы в исследуемых показателях.

Заключение. У детей с хроническим стоматитом наблюдалось статистически значимое увеличение показателей интенсивности кариеса зубов и ухудшение показателей уровня гигиены полости рта, что негативно влияет на состояние слизистой полости рта и течение стоматита. У всех детей с хроническим стоматитом выявлен разный уровень интенсивности кариеса зубов. У пациентов во временном прикусе выявлена высокая интенсивность кариеса зубов. У детей в возрасте 6-18 лет, имеющих смешанный и постоянный прикус, установлен средний уровень интенсивности кариеса зубов. У детей всех возрастных групп с хроническим стоматитом интенсивность кариеса зубов статистически значимо выше чем в группе контроля ($p < 0,05$).

При определении уровня гигиены полости рта было выявлено, что у детей в возрасте 4-5 лет (временный прикус) выявлена плохая гигиена полости рта. У детей в возрасте 6-13 лет (смешанный прикус) определена неудовлетворительная гигиена полости рта и в возрасте 13-18 лет (постоянный прикус) плохая гигиена полости рта. У детей в возрасте 4-18 лет с хроническим стоматитом уровень гигиены полости рта статистически значимо выше чем в группе контроля ($p = 0,004$).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, дети, индекс интенсивности кариеса зубов, уровень гигиены полости рта, стоматит.

Abstract.

Objectives. To study the dental profile of children with chronic stomatitis.

Material and methods. During the work, a retrospective and prospective analysis of the results of a dental study of 120 pediatric patients (4-18 years old) with chronic stomatitis was carried out.

Results. As a result of the analysis of the dental profile of children with chronic stomatitis deviations from the norm in the studied parameters were identified.

Conclusions. In children with chronic stomatitis, there was a statistically significant increase in the intensity of dental caries and a deterioration in the level of oral hygiene, which negatively affects the condition of the oral mucosa and the course of stomatitis.

All children with chronic stomatitis had different levels of intensity of dental caries. In patients with temporary bite, a high intensity of dental caries was revealed; in children with mixed and permanent bite, an average level of intensity of dental caries was found, but all of them were statistically significantly higher than in the children from the control group ($p < 0.05$). When determining the level of oral hygiene, it was revealed that children during the period of temporary bite had poor oral hygiene, children during the period of mixed bite had unsatisfactory oral hygiene and children during the

period of permanent bite had poor oral hygiene, which was significantly different from the control group ($p=0.004$).
 Keywords: oral mucosa, children, dental caries intensity index, oral hygiene level, stomatitis.

Введение

Стоматит является заболеванием слизистой оболочки полости рта, протекающим без повреждения или с повреждением целостности эпителия в различных отделах с уточненной или неуточненной этиологией [1]. В детской стоматологии стоматиты встречаются наиболее часто среди иных воспалительных заболеваний полости рта и составляют 70-80% всех заболеваний слизистой оболочки [2].

В настоящее время этиология и патогенез стоматитов остаются до конца не выясненными, а лечение больных представляет определенные трудности.

Одним из самых распространенных заболеваний твердых тканей зубов является кариес, представляющий собой сложный патологический процесс, возникающий в результате сочетанного воздействия общих и местных факторов [1]. Заражение детей кариесогенной микрофлорой происходит сразу после прорезывания зубов, чаще всего при несоблюдении элементарных гигиенических правил (облизывание сосок, ложек, поцелуи в губы). Важными патогенетическими факторами, способствующими развитию кариеса, являются нарушение характера, режима питания и несоблюдение правил по уходу за здоровьем полости рта [3]. Установлена прямая зависимость между длительностью течения рецидивирующего стоматита и количеством вирулентных микроорганизмов, что указывает на снижение резистентности слизистой оболочки рта. Численность микробных ассоциаций на ее поверхности коррелирует также и с тяжестью течения заболевания [4].

Является актуальным изучение стоматологического профиля у детей с хроническим стоматитом в зависимости от стадии формирования слизистой полости рта. Цель исследования – изучить стоматологический профиль детей с хроническим стоматитом.

Материал и методы

На базе Филиала №1 Детской стоматологической поликлиники г. Витебска было проведено исследование в период 2021-2023 года, в котором приняло участие 120 пациентов детского возраста от четырех до восемнадцати лет, обоих полов. Дети разделены на две группы на основании физиологических изменений, а именно стадии формирования слизистой оболочки полости рта. Группа А ($n=42$) включала пациентов в возрасте от 4 до 7 лет с хроническим стоматитом в стадии первичного формирования слизистой, в группу В ($n=38$) вошли дети в возрасте от 8 до 18 лет с этой же патологией в стадии вторичного формирования слизистой. Контрольную группу составили здоровые дети без заболеваний слизистой оболочки полости рта в анамнезе. В группу С ($n=20$) определили детей от 4 до 7 лет с первичной стадией формирования слизистой, группу D ($n=20$) составили пациенты от 8 до 18 лет с вторичной стадией формирования слизистой. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$, табл. 1).

Клиническое обследование включало:

- осмотр челюстно-лицевой области, изучение состояния кожных покровов с определением физиологической окраски и выявления патологических элементов поражения как первичных (пятно, узелок, узел, бугорок, пузырек, пузырь, гнойник, киста), так и вторичных (эрозия, эксфолиация, афта, язва, трещина, корка, рубец), определение состояния красной каймы губ;

- пальпацию регионарных лимфатических узлов (околоушных, подчелюстных, подбородочных, шейных).

Осмотр мягких тканей ротовой полости проводился двумя зеркалами при широко раскрытой полости рта с оценкой анатомо-топографических зон слизистой полости рта по клиническим критериям: цвет, рельеф, целостность эпителия. Осуществлялся последовательный осмотр губ, ком-

Таблица 1 – Группы детей, включенных в обследование ($n=120$)

Группы исследования	Группа А ($n=42$)	Группа В ($n=38$)	Группа С ($n=20$)	Группа D ($n=20$)
Возраст, г	5 (5; 7)	13 (9; 16)	5 (5; 7)	14 (8; 17)
Пол, м/ж	22/20	17/21	11/9	8/12

мисур, щек, вестибулярной поверхности десны, ротоглотки, небных поверхностей, языка, дна полости рта и язычных поверхностей десны.

Размер очага поражений регистрировали с помощью измерения величины эрозивно-язвенных поражений. Данный метод позволяет определить площадь эрозивной поверхности патологического элемента на слизистой оболочке полости рта с применением метиленового синего и градуированной шкалы, после чего производили подсчеты, по предложенной авторами методике. В данном методе все эрозивные элементы, в зависимости от площади, подразделяются на три категории:

- S% до 30 мм² (до 10%) – I категория;
- S% 31-80 мм² (до 11-25%) – II категория;
- S% свыше 80 мм² (более 25) – III категория

[5].

При осмотре оценивалось состояние твердых тканей зубов, наличие ортодонтических и ортопедических конструкций, регистрировались стоматологические индексы.

Для регистрации стоматологического здоровья пациента, а именно состояния зубов, использовали индекс интенсивности кариеса зубов [1]. Для регистрации уровня гигиены полости рта у детей в возрасте 4-7 лет и 8-18 лет использовали индекс зубного налета PLI Silness-Loe [1, 6].

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета прикладных программ «Statistica 10.0». Для описания признака распределения, которое отличается от нормального, использовали медиану и интерквартильный интервал. Использовались непараметрические методы статистического исследования: критерий Манна-Уитни (для анализа различий в двух независимых группах по количественному признаку).

Результаты и обсуждение

В результате клинического обследования челюстно-лицевой области было выявлено, что кожные покровы у всех обследованных пациентов (группа А и группа В) физиологической окраски. Первичные и вторичные элементы поражения на кожных покровах в области круговой мышцы рта и красной кайме губ наблюдались у 10 (12,5%) детей, одинаково часто в обеих группах.

При пальпации регионарных лимфатических узлов их увеличение наблюдалось у 31 (38,75%)

ребенка с хроническим стоматитом ($p < 0,05$), при этом в группе А количество детей с лимфаденизмом составило 21 (50%) человек ($p < 0,05$), в группе В – 10 (26,32%) пациентов ($p < 0,05$).

Среди пациентов группы А у 16 (76,19%) пациентов наблюдалось одновременное увеличение в двух-трех группах регионарных лимфатических узлов: подчелюстные и подбородочные увеличены у 5 (23,8%) детей, подчелюстные и шейные – у 10 (47,6%) человек, подчелюстные, подбородочные и шейные – у 6 (28,57%) пациентов. В группе В у 6 (60%) детей увеличены подчелюстные лимфоузлы, у 4 (40%) подчелюстные и шейные.

Учитывая возрастные особенности лимфоидной ткани в детском возрасте больший процент пациентов, имеющий данный симптом, характерен для младшей возрастной группы. В то же время, у большинства детей этого возраста увеличение лимфатических узлов наблюдалось в двух-трех группах регионарных лимфатических узлов, что может говорить о длительности процесса, а также о его хроническом течении, длительной персистенции микроорганизмов. Следует обязательно обращать внимание на характер регионарных лимфатических узлов для пациентов с хронической патологией ротовой полости [7].

При осмотре слизистой оболочки полости рта в обеих группах с хроническим стоматитом (А и В) выявлено, что патологические элементы поражения имеют различную локализацию. На слизистой оболочке преддверия полости рта установлены патологические элементы поражения у 13 (16,25%) пациентов. Элементы поражения, локализующиеся на слизистой щек, наблюдались у 22 (27,5%) детей. Слизистая оболочка прикрепленной десны в области конкретных зубов поражена у 12 (15%) детей. Патологические элементы обнаруживались на твердом небе у 2 (2,5%) пациентов, на спинке языка – у 3 (3,75%) детей. Дно полости рта имело патологические элементы поражения у 2 (2,5%) пациентов из всех случаев. В преобладающем большинстве патологические элементы поражения локализовались на всей слизистой оболочке полости рта у 26 (32,5%) детей. При изучении частоты распространения данных симптомов статистически значимых различий между группами А и В не выявлено ($p > 0,05$), элементы поражения одинаково часто встречались в обеих возрастных группах.

На момент обращения за квалифицированной стоматологической помощью проводилась

регистрация величины эрозивно-язвенных поражений [5].

Первая категория, при которой наблюдаются эрозивно-язвенные поражения меньшего диаметра, чаще выявлялись у детей младшей возрастной группы ($p < 0,05$), тогда как элементы третьей категории достоверно чаще выявлялись у детей группы В ($p < 0,05$). Вторая категория эрозивно-язвенных поражений одинаково часто выявлялась у детей обеих групп ($p > 0,05$). В то же время, самые значительные по категории поражения статистически значимо чаще установлены у детей в возрасте от 8 до 18 лет ($p < 0,05$, табл. 2).

Учитывая, что наличие кариозных полостей, неудовлетворительный уровень гигиены, наличие ортодонтических и ортопедических конструкций отрицательно влияют на микробиоценоз ротовой полости, данная ситуация благоприятствует формированию хронического воспалительного процесса. Основываясь на этих данных, следует пристально следить за состоянием полости рта, регулярно проводить первичную и вторичную медицинскую профилактику стоматологических заболеваний.

В ходе проведения исследования в отношении стоматологического здоровья пациенты с хроническим стоматитом были разделены на группы в соответствии с видом прикуса (временный, смешанный, постоянный). Количество детей в возрасте 4-5 лет в первой группе с временным прикусом (группа К) составило 18 человек, в возрасте 6-13 лет со смешанным прикусом (группа L) – 36 человек, дети с постоянным прикусом (группа М) – 26 человек (табл. 3).

Группы контроля также разделили по возрасту и виду прикуса: группа N – 13 детей в возрасте 4-5 лет с временным прикусом, группа O – 19 детей в возрасте 7-13 лет, имеющая смешанный вид прикуса, и группа P – 8 человек старше 13 лет с постоянным видом прикуса.

Установлено, что в группе К уровень интенсивности кариеса зубов составил $8,23 \pm 6,13$, что соответствует высокой интенсивности кариеса зубов и является декомпенсированной формой течения кариеса. Согласно полученному результату, детям, имеющим такую активность, показана санация полости рта не менее шести раз в год.

В группе L данный индекс составил $5,72 \pm 3,48$, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса зубов и является субкомпенсированной формой активности кариеса. Согласно полученному результату, детям, имеющим такую активность, показана санация полости рта не менее трех раз в год.

Интенсивность кариеса зубов у пациентов в группе М составила $6,45 \pm 4,26$, что говорит о высоком уровне интенсивности кариеса зубов и соответствует субкомпенсированной форме активности кариеса зубов в соответствии с возрастом пациентов. Данная группа детей нуждается в осмотре и санации не менее шести раз в год.

Показатели статистически значимо отличались у детей с хроническим стоматитом и детьми контрольных групп ($p < 0,05$). В группе N этот показатель

Таблица 2 – Результаты оценки эрозивно-язвенных поражений слизистой ротовой полости у детей с хроническим стоматитом

Категория	Группа А (n=42)	Группа В (n=38)	Достоверность
1 (S до 30 мм ²)	22 (52,38%)	9 (23,68%)	($p < 0,05$)
2 (S 31-80 мм ²)	14 (33,33%)	16 (42,11%)	($p > 0,05$)
3 (S свыше 80 мм ²)	6 (14,29%)	13 (34,21%)	($p < 0,05$)

Таблица 3 – Интенсивности кариеса зубов у обследованных пациентов (n=120)

Индекс	Интенсивности кариеса зубов					
	Временный прикус (кп)		Смешанный прикус (кп+КПУ)		Постоянный прикус (КПУ)	
Группа	К	С	L	CD	М	D
Возраст	4-5 лет		6-13 лет		старше 13 лет	
Количество пациентов	n=18	n=13	n=36	n=19	n=26	n=8
Значения индекса	$8,23 \pm 6,13$	$3,93 \pm 2,78$	$5,72 \pm 3,48$	$4,43 \pm 2,72$	$6,45 \pm 4,26$	$3,24 \pm 2,28$
Достоверность	p=0,0019		p=0,03		p=0,0027	

Таблица 4 – Уровень гигиены полости рта у пациентов детского возраста (n=120)

Индекс	PLI Silness-Loe			
	A	C	B	D
Группа	4-7 лет		8-18 лет	
Возраст	4-7 лет		8-18 лет	
Количество пациентов	n=42	n=20	n=38	n=20
Значения индекса	2,3±2,72	1,05±2,72	2,6±2,72	1,13±2,72
Достоверность	p=0,004		p=0,004	

равен 3,93±2,78 (p=0,0019), в группе О 4,43±2,72 (p=0,03), в группе Р у детей индекс интенсивности кариеса зубов составил 3,24±2,28 (p=0,0027).

Для регистрации стоматологического здоровья детей в возрасте 4-7 лет и 8-18 лет в отношении гигиены полости рта использовали индекс зубного налета PLI Silness-Loe (табл. 4).

У детей с хроническим стоматитом в обеих возрастных группах А и В выявлено статистически значимое увеличение индекса по сравнению с контрольной группой. В группе А значение индекса 2,3±2,72, что достоверно выше, чем в группе контроля С 1,05±2,72 (p=0,004). В группе В данный показатель равен 2,6±2,72, что достоверно выше, чем в группе контроля D 1,13±2,72 (p=0,004).

Заключение

В результате проведенного исследования было выявлено, что в обеих возрастных группах пациентов с хроническим стоматитом наблюдалось статистически значимое увеличение показателей интенсивности кариеса зубов и ухудшение показателей уровня гигиены полости рта, что негативно влияет на состояние слизистой полости рта и течение стоматита.

У всех детей с хроническим стоматитом выявлен разный уровень интенсивности кариеса зубов. У пациентов с временным прикусом выявлена высокая интенсивность кариеса зубов, у детей в смешанном и постоянном прикусе средний уровень интенсивности кариеса зубов, однако все они статистически значимо выше, чем у детей контрольной группы (p<0,05).

При определении уровня гигиены полости рта было выявлено, что у детей во временном прикусе выявлена плохая гигиена полости рта, у детей в смешанном прикусе неудовлетворительная гигиена полости рта и в постоянном прикусе плохая гигиена полости рта, что достоверно отличалось от группы контроля (p=0,004).

Таким образом неудовлетворительная гигиена полости рта и высокая интенсивность кариеса

являются усугубляющими факторами, способствующими развитию стоматита. В то же время отрицательные показатели гигиены полости рта и высокий уровень интенсивности кариеса зубов, с одной стороны, и частые стоматиты, сопровождающиеся интенсивными болезненными элементами поражений слизистой, с другой стороны, формируют так называемый «порочный» круг, усугубляя действие друг друга. Привитие детям навыков гигиены, контролируемые чистки, своевременная санация полости рта, комплексная корректная терапия при стоматите являются одними из ключевых моментов, которые будут способствовать снижению риска хронизации патологии ротовой полости.

Литература

1. Об утверждении клинических протоколов : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 нояб. 2022 г., № 112 // Pravo.by [Электронный ресурс] : Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22339442p&p1=1> Дата доступа: 30.01.2024.
2. Кузьменкова, А. В. Клиническая эффективность магнитолазерной терапии у детей при стоматите / А. В. Кузьменкова, Е. Г. Асирян // Стоматология. Эстетика. Инновации. 2022. Т. 6, № 1. С. 24–29.
3. Терапевтическая стоматология детского возраста : учебник / Т. Н. Терехова [и др.] ; под ред. Т. Н. Тереховой. 2-е изд., испр. и доп. Минск : Новое знание, 2021. 550 с.
4. Панкрушева, Т. А. Исследования по разработке состава и технологии таблеток для лечения стоматитов / Т. А. Панкрушева, И. Н. Маравина, М. С. Чекмарёва // Науч. результаты биомед. исслед. 2018. Т. 4, № 1. С. 77–87.
5. Дедова, Л. Н. Индекс регенерации слизистой оболочки рта (ИРСОР) – новый метод диагностики эрозивно-язвенных поражений в стоматологии / Л. Н. Дедова, Т. Н. Федорова // Пародонтология. 2005. № 4. С. 16–20.
6. Попруженко, Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. Москва : МЕДпресс-информ, 2009. 464 с.
7. Капитан, Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми / Т. В. Капитан. Москва : МЕДпресс-информ, 2019. 896 с.

Поступила 01.11.2023 г.

Принята в печать 20.12.2023 г.

References

1. On approval of clinical protocols: postanovlenie M-va zdravookhraneniya Resp Belarus', 30 noyab 2022 g. № 112. V: Nats tsentr pravovoi inform Resp Belarus'. Pravo.by: Nats pravovoi internet-portal Resp. Belarus'. Available from: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22339442p&p1=1> [Accessed 30th January 2024]. (In Russ.).
2. Kuzmenkova AV, Asiryani EG. Clinical efficacy of magnetolaser therapy in children with stomatitis. Stomatologiya Estetika Innovatsii. 2022;6(1):24-9. (In Russ.).
3. Terekhova TN, Belaya TG, Belik LP, Borovaya ML, Burak ZhM, Gorbacheva KA, i dr; Terekhova TN, red. Pediatric Therapeutic Dentistry: uchebnik. 2-e izd, ispr i dop. Minsk, RB: Novoe znanie; 2021. 550 p. (In Russ.).
4. Pankrusheva TA, Maravina IN, Chekmareva MS. Studies on the development of formulation and technology of tablets for the treatment of stomatitis. Nauch Rezul'taty Biomed Issled. 2018;4(1):77-87. (In Russ.). doi: 10.18413/2313-8955-2018-4-1-77-87
5. Dedova LN, Fedorova TN. Oral mucosa regeneration index (ORSI) - a new method of diagnosing erosive-ulcerous lesions in dentistry. Parodontologiya. 2005;(4):16-20. (In Russ.).
6. Popruzhenko TV, Terekhova TN. Prevention of major dental diseases. Moscow, RF: MEDpress-inform; 2009. 464 p. (In Russ.).
7. Kapitan TV. Propaedeutics of pediatric diseases with pediatric care. Moscow, RF: MEDpress-inform; 2019. 896 p. (In Russ.).

Submitted 01.11.2023

Accepted 20.12.2023

Сведения об авторах:

А.В. Кузьменкова – м.м.н., старший преподаватель кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ФПК и ПК, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, e-mail: angelinadetstom@gmail.com – Кузьменкова Ангелина Владимировна;

Е.Г. Асирян – д.м.н., доцент, профессор кафедры педиатрии №1, проректор по научной работе, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

Information about authors:

A.V. Kuzmiankova – Master of Medical Sciences, senior lecturer of the Chair of Pediatric Dentistry & Orthodontics with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University,

e-mail: angelinadetstom@gmail.com – Angelina V. Kuzmiankova;

E.G. Asiryani – Doctor of Medical Sciences, associate professor, Vice-rector for Research, professor of the Chair of Pediatrics No. 1, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.