

Н. Н. Савельева

## ФОРМИРОВАНИЕ ГАЛИТОЗА У БОЛЬНЫХ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Галитоз (от латинского *Halitus* – дыхание и греческого – *osis* – болезнь), или озостомия, стоматодисодия – это серьезная и одна из наиболее распространенных патологий медицины. Стоматологу отводится важная роль в диагностике этого заболевания, источниками которого могут быть не только стоматологические болезни (интраоральный галитоз), но и патологические изменения в различных внутренних органах человека (экстраоральный галитоз). Изучение проблемы галитоза обозначило в наших исследованиях определенно выраженную зависимость этого явления от паразитарных заболеваний. 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. В связи с этим паразитозы нельзя считать только местным патологическим явлением, а необходимо рассматривать как заболевание всего организма. Лямблиоз является одной из наиболее распространенных паразитарных инвазий. В нашем исследовании рассматриваются вопросы зависимости галитоза от состояния тканей пародонта у больных, инвазированных лямблиями.

**Целью исследования:** оценить выраженность галитоза и его связь с заболеваниями тканей пародонта у больных с лямблиозной инвазией.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на кафедре терапевтической стоматологии Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) совместно с кафедрой медицинской паразитологии и тропических болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования. (ХМАПО).

Под наблюдением находилось 60 человек (32 женщины и 28 мужчин) в возрасте 18-44 лет с лямблиозной инвазией. В ходе исследования проводилось стоматологическое обследование по традиционной схеме (ВОЗ, 1995), включающей основные клинические методы и индексную оценку состояния гигиены полости рта и тканей пародонта: ОНI-S по методу J.C. Green, J.R. Vermillion (1964), индекс гингивита – РМА (С. Parma, 1960), пародонтальный индекс – PI (А. Russel, 1956), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) по Н. R. Muhlemann в модификации I. Cowell (1975), глубина пародонтального кармана (ПК).

Состояние стоматодисодии оценивали путем субъективного органолептического измерения запаха изо рта по методу Seemann (2002). Результаты обследования регистрировали в специально разработанной карте стоматологического обследования, созданной на основе карты ВОЗ (1997).

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Значимость различий между средними величинами оценивали с использованием *t* – критерия Стьюдента. Статистический обсчет выполнялся с помощью пакета программ «Microsoft Excel Professional for Windows XP». Критический уровень значимости при проверке гипотез  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** После проведенного исследования по методу Seemann (2002) выяснилось, что из 32 пациентов, предъявляющих жалобы на галитоз, диагноз подтвердился у 30 человек, у 2 пациентов явления несвежего дыхания отсутствовали.

После обследования пациентов, которые не предъявляли жалоб на галитоз (28 человек), выяснилось, что неприятный запах изо рта присутствует у 10 человек, которые не могли сами его адекватно оценить, поскольку к нему были адаптированы. То есть можно сделать вывод, что в 36 % случаев (10 чел.) самовосприятие пациентами галитоза и органолептическая оценка его присутствия не совпадали.

В результате всестороннего клинико-лабораторного обследования пациентов с лямблиозной инвазией было установлено, что у 80 % случаев (48 чел.) были отмечены заболевания тканей пародонта. Хронический катаральный гингивит (ХКГ) был выявлен у 15 чел., что составляет 31,25 % случаев, галитоз в данной группе зафиксирован у 8 чел. (53,3% случаев). Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) Iст. тяжести наблюдался у 8

чел. (16,6 %), галитоз в данной группе обнаружен у 4 человек, что составляет 66,6 % случаев. Хронический генерализованный пародонтит II ст. тяжести диагностирован у 23 чел. (47,9 %), галитоз у этих больных выявлен у 16 человек, что составляет 69,5 % случаев. Хронический генерализованный пародонтит III ст. тяжести был выявлен у 2 чел. (4,16 %), у которых отмечался выраженный галитоз, что

Причины неприятного запаха изо рта, а именно, нарушение гигиены полости рта, заболевания тканей пародонта, по существующему мнению, могут служить триггером в формировании налета на языке, который в свою очередь также способен вызвать галитоз. По мнению Дмитриевой Н. Г., в формировании галитоза участвует пародонтопатогенная микрофлора, локализованная на поверхности задней трети языка. Наши исследования согласуются с данными Д. Н. Бахмутова и соавт., которые указывают на то, что налет на языке у больных с лямблиозом следует рассматривать не только как результат колонизации микроорганизмов (*Veillonella alcalescens*; *Peptostreptococcus anaerobius*, *productus*, *lanceolatus*, *micros*; *Bacteroides melaninogenicus*, *forsythus*; *Fusobacterium nucleatum*; *Porphyromonas gingivalis*; *Campilobacter rectus*; *Actynobacillus actinomicetemcomitans*) в результате плохой гигиены полости рта и заболеваний тканей пародонта, а также, возможно, наличия у этих больных экстраоральной формы галитоза.

Таким образом, при паразитарном заболевании – лямблиозе, органы и ткани полости рта не остаются безучастными, а вовлекаются в общий патологический процесс. Проведенные исследования показали, что высокая степень распространенности и интенсивности заболеваний тканей пародонта у больных с лямблиозной инвазией, а также несоблюдение правил гигиены полости рта, являются решающими факторами в развитии галитоза.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 98-101.