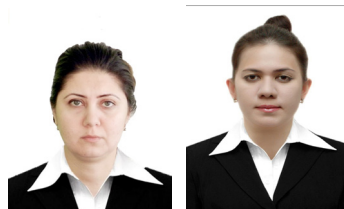


СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ



Шадиева Ш.Ш., Гиязова М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Заболевания пародонта представляют собой одну из важнейших проблем стоматологии, что объясняется несколькими причинами. Во-первых, высокая распространенность этих заболеваний среди населения всего земного шара, которая, по данным ВОЗ, достигает 98%; среди населения Украины распространенность патологии пародонта в зависимости от возраста и региона составляет 85-95% (Косенко К.Н., 2003; Павленко О.В. и др., 2005; Борисенко А.В., 2008; Чумакова Ю.Г., 2008). Во-вторых, болезни пародонта являются главной причиной потери зубов у взрослого населения во всем мире, что ведёт к утрате функций зубочелюстной системы, а в дальнейшем и пищеварительной системы, ухудшая при этом качество жизни пациентов. При этом большую часть составляет население трудоспособного возраста (35-45 лет), что переводит данную проблему из разряда сугубо медицинских в социально-экономические [9,11,25]. В-третьих, воспалительные заболевания пародонта приводят к формированию стоматогенного очага хронической инфекции, что также неблагоприятно сказывается на всем организме в целом [26].

Основной причиной развития заболеваний пародонта являются микроорганизмы зубного налёта и зубной бляшки, запускающие механизмы сенсibilизации, иммунного воспаления и в конечном итоге развитие деструктивных изменений в тканях пародонта. Но в то же время важную роль в развитии воспалительного процесса в пародонте играют системные факторы, в частности сопутствующая патология различных органов и систем, которая приводит к глубоким изменениям внутренней среды организма и структурному поражению тканей пародонта [5,14,15,21]. Взаимосвязь между сопутствующими заболеваниями и состоянием органов полости рта обусловлена нарушениями метаболизма,

гемодинамики, иммунологическими и нейрорегуляторными расстройствами и сдвигами микробиоценоза. Процессы, протекающие в полости рта, прямо или косвенно связаны с влиянием как внешних, так и внутренних факторов, поэтому особенности локальных изменений в полости рта могут сказаться на других органах организма, а состояние организма может отражаться на состоянии полости рта [3]. Сопутствующей патологией, на фоне которой развиваются заболевания пародонта, может быть патология сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем, и, прежде всего, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Такие заболевания как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, подострый септический эндокардит, ревматоидный артрит, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также заболевания гепатобилиарной системы с абсолютной закономерностью сочетаются с поражением пародонта [1,7,11].

Наибольшее внимание уделяют патологии пародонта при нарушении функции пищеварительной системы, поскольку вовлеченность органов полости рта в патологические процессы в ЖКТ не вызывает сомнений, что объясняется общностью эмбрионального развития, нейрогуморальной регуляции и морфофункциональной схожестью полости рта и гастроудоденальной зоны [2,10,23].

По данным разных авторов, среди пациентов с заболеваниями органов ЖКТ патологические изменения тканей пародонта выявляются в 87,7-91,8% случаев, в том числе хронический пародонтит у 76,1% обследованных, при этом воспалительно-деструктивные изменения в пародонте носят генерализованный характер и протекают активнее [16,20,22,23]. На фоне заболеваний ЖКТ развиваются функциональные

нарушения со стороны слюнных желёз, происходит сдвиг в системе реминерализации и деминерализации эмали, что способствует возникновению и активному течению кариозного процесса [6,7,11].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, вызванное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны, что проявляется в спонтанном или регулярном забросе в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого и требует длительной терапии для достижения высокого качества жизни пациентов и профилактики осложнений (Монреальский консенсус, 2006) [4]. Впервые гастроэзофагеальный рефлюкс был описан в 1879 г. Н. Quinke, а в 1997 г. в Бельгии на Конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов ГЭРБ была выделена в отдельную нозологическую единицу [4,24]. По данным ряда авторов, распространённость ГЭРБ среди взрослого трудоспособного населения достаточно высока: так, в Германии она составляет 74,0%, США – около 50%, тогда как в Китае – всего 2,4%. В Украине, по данным А.В. Острогляд (Львов, 2008) и М.О. Бабак (Харьков, 2010), распространённость ГЭРБ составляет 26-30%. В странах Западной Европы и США изжогу – основной симптом ГЭРБ – постоянно испытывают 40-50% лиц [4,24].

В связи с высокой распространённостью данной патологии на 6-й объединенной гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) был провозглашен лозунг: «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век ГЭРБ» [17]. Можно предположить, что частота распространенности ГЭРБ среди населения значительно выше статистических данных. Возможно, это связано с существующими ограничениями и сложностями использования применяемых диагностических методов исследования и тем фактом, что далеко не все больные обращаются за врачебной помощью [8]. Клиническое значение данной проблемы определяется «омоложением» заболевания, возможностью развития многочисленных осложнений, таких как эрозии и язвы пищевода, стеноз пищевода, пищеводно-желудочные кровотечения, пищевод Барретта, рак пищевода, а также развитие внепищеводных проявлений ГЭРБ, так называемые «маски» ГЭРБ, которые осложняют течение болезни и значительно ухудшают качество жизни пациентов и прогноз заболевания. [4,7]. Доказано также, что у пациентов с рефлюкс-эзофагитом качество жизни ниже, чем у больных с нелечёными дуоденальной язвой, стенокардией,

артериальной гипертензией [17].

Длительный заброс желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод приводит к выраженным изменениям в полости рта, которые впервые были описаны G. Howden в 1971 г. [7,12]. Диагностика стоматологических проявлений ГЭРБ может быть затруднена из-за незначительных клинических проявлений на ранних стадиях процесса, разнообразием клинической картины поражения и возможного действия других факторов, способных приводить к сходным поражениям тканей ротовой полости [12]. Среди изменений в полости рта при ГЭРБ выделяют поражение мягких тканей (красной каймы губ, слизистой оболочки, языка, тканей пародонта) и твердых тканей зуба, а также изменения состава ротовой жидкости. И.В. Маевым и соавт. [12] было показано, что у больных с эрозивной формой ГЭРБ в полости рта выявляются более тяжелые изменения, чем у больных с неэрозивной формой: эрозии эмали зубов III степени по Ecless, гиперкератотические утолщения эпителия слизистой оболочки полости рта, десквамативные изменения языка [7].

Основным фактором, воздействующим на ткани полости рта при ГЭРБ, является соляная кислота. У пациентов с ГЭРБ изменяются состав и свойства слюны. Слюна входит в систему предэпителиальной защиты антирефлюксного барьера и играет защитную роль при действии соляной кислоты на ткани полости рта и слизистой оболочки пищевода [6]. В норме предэпителиальный барьер в значительной степени усиливается за счет органических и неорганических компонентов слюны (K^+ , Ca^{2+} , Na^+ , PO_4^{3-} , муцин, немугиновые протеины). При ГЭРБ значения pH смещаются в кислую сторону, что снижает насыщенность слюны кальцием и приводит к очаговой деминерализации эмали зубов с появлением эрозий твердых тканей зубов и образованием в них полостей [7,12,18].

В некоторых исследованиях показано значительное снижение секреции слюнного муцина, безмуцинового протеина, эпидермального фактора роста в ответ на внутрипищеводное воздействие гастроэзофагеального рефлюкса. У больных с ГЭРБ нарушен пищеводно-слюнный рефлекс, благодаря которому в ответ на механическое и химическое раздражение пищевода происходит повышение секреции слюны, что оказывает неблагоприятное влияние на состояние полости рта [7,18].

Наиболее частым повреждением твердых тканей зубов у пациентов с ГЭРБ является эрозия

эмали, что подтверждается исследованиями И.А. Маева и соавт. [12,13]. Частая изжога, рвота, отрыжка кислым, булимия способствуют длительному эрозивному воздействию рефлюктата на поверхность зубов. О.В. Еремин [7] при обследовании больных с ГЭРБ установил склонность к генерализации воспалительного процесса в пародонте, а также выраженные изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ [12,18]. У пациентов с ГЭРБ выявляются такие заболевания как эксфолиативный хейлит (38,6% пациентов по данным Юренева Г.Л.), ксеростомия, стоматиты (от 3 до 15% пациентов по данным Юренева Г.Л. и др.), воспалительные заболевания пародонта (83-89,6%). Ю.Л. Осиповой [19] установлено следующее: хронический катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести достоверно чаще сочетаются с неэрозивной формой ГЭРБ, тогда как хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести достоверно чаще сочетается с пищеводом Барретта и эрозивной формой ГЭРБ.

Литература

1. Арутюнов С.Д., Плескановская Н.В., Наумов А.В. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее // Пародонтология. – 2009. – №1 (50). – С. 3-6.
2. Бабеня А.А. Особенности проявления стоматологической патологии у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) // Інновації в стоматології. – 2015. – №1. – С. 72-75.
3. Быков И.М., Лапина Н.В., Гайворонская Т.В. и др. Изменение показателей неспецифической защиты в ротовой жидкости при сахарном диабете 2-го типа и ишемической болезни сердца у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом // Рос. стоматол. журн. – 2014. – №3. – С. 27-29.
4. Вдовиченко В.И., Острогляд А.В. «Рефрактерна» гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: стан проблеми // Сучасна гастроентерологія. – 2017. – №3 (95). – С. 70-77.
5. Горбачёва И.А., Кирсанова А.И., Орехова Л.Ю. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. – 2004. – №3. – С. 6-11.
6. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна. – М., 2003. – 136 с.
7. Еремин О.В., Лепилин А.В., Козлова И.В., Каргин Д.В. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта // Саратовский науч.-мед. журн. – 2009. – Т. 5, №3. – С. 393-398.
8. Жукова Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: внепищеводные проявления, методы диагностики и коррекции // Мед. новости. – 2013. – №11. – С. 4-8.
9. Заболотний Т.Д., Матвійчук Х.Б., Шамлян О.В. Загострення генералізованого пародонтиту як стресова реакція у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 2 (111), №3. – С. 350-354.
10. Косюга С.Ю., Варванина С.Э. Особенности проявления *Helicobacter pylori* на слизистой оболочке полости рта // Соврем. пробл. науки и образования. – 2015. – №1. URL: <http://www.science-education.ru/121-18335> (дата обращения: 07.04.2015) (из перечня ВАК).
11. Лепилин А.В., Еремин О.В., Островская Л.Ю., Еремин А.В. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Пародонтология. – 2008. – №4 (49). – С. 10-17.
12. Маев И.В., Барер Г.М., Бусарова Г.А. и др. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. мед.. – 2005. – №11. – С. 33-38.
13. Маев И.В., Юренев Г.Л., Дичева Д.Т., Биткова Е.Н. Пульмонологическая маска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2012. – №1. – С. 15-18.
14. Матвійків Т.І., Герелюк В.І. Оцінка показників імунітету ротової порожнини, про- та протизапальних цитокінів у хворих на хронічний генералізований пародонтит на тлі системної антибактеріальної терапії супутнього захворювання // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Актуальні питання сучасної медицини. – 2013. – Т. 13, №3 (43). – С. 54-58.
15. Мащенко И.С. Иммунологические и гормональные аспекты патогенеза генерализованного пародонтита // Вестн. стоматол. – 2003. – №1. – С. 22-25.
16. Мкртчян З.Г. Методы и средства эрадикации *Helicobacter pylori* в ротовой полости // Новый армянский мед. журн. – 2011. – Т. 5, №3. – С. 41-45.
17. Мухаммад Ш.Ш.Н.М., Орозбекова Б.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и особенности эпидемиологии 46 «Інновації в стоматології», № 3-4, 2017 (літературний обзор) // Тенденції розвитку науки і освіти. – 2017.

– №30, ч. 1. – С. 34-40.

18. Новикова В.П., Шабалов А.М. Состояние полости рта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2010. – №1. – С. 25-28.

19. Осипова Ю.Л. Воспалительные заболевания пародонта при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: прогнозирование течения и тактика ведения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2015. – 40 с.

20. Осипова Ю.Л., Булкина Н.В. Оценка эффективности эрадикационной терапии у больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического геликобактерного гастрита // Саратовский науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, №1 (прил.). – С. 282-284.

21. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология. – 2003. – №2. – С. 19-24.

22. Чуйкин С.В., Баширова Т.В. Оптимизация лечения гингивита и пародонтита у больных с язвенной болезнью желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* инфекцией // Соврем. пробл. науки и образования. – 2011. – №6.

23. Швець І.Є. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих на хронічні запальні процеси шлунково-кишкового тракту з використанням мінеральної води курорту Моршин: Дис. ... канд. мед. наук. – Львів, 2015. – 177 с.

24. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта; Под ред. проф. С.А. Блащенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 520 с.

25. Юдина Н.А. Эпидемиологические исследования взаимосвязи распространённости болезней пародонта и сердечно-сосудистой патологии среди взрослого населения Республики Беларусь // Вестн.к стоматол. – 2005. – №2. – С. 26-29.

26. Ярова С.П., Алексеева В. С. Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №2. – С. 105-108.

Проанализировано состояние тканей пародонта у больных с патологией гастродуоденальной зоны, а именно с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, *Helicobacter pylori*-ассоциированным хроническим гастритом (хронический гастрит типа В), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: ротовая полость, ткани пародонта, гастродуоденальная зона, хронический гастрит, *Helicobacter pylori*, язвенная болезнь.

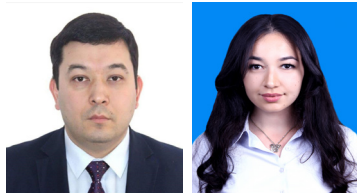
Results of the review are presented in the article. The article presents the condition of periodontal tissues in patients with gastroduodenal pathology, such as gastroesophageal reflux disease, *Helicobacter pylori*-associated chronic gastritis (chronic gastritis of type B), peptic ulcer of stomach and duodenum.

Key words: oral cavity, periodontal tissues, gastroduodenal area, chronic gastritis, *Helicobacter pylori*, peptic ulcer.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-57>

УДК: 616.314-001.5/6.1-053.4/5-08

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ



Муртазаев С.С., Махмудова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Острая травма зубов – достаточно широко распространенная патология в разных возрастных группах населения, но чаще встречается у детей [1]. Травма зубов в детском возрасте имеет многообразные проявления и нередко является причиной экстренных обращений детей в лечебные учреждения. Сведения о распространенности и характере травматических повреждений

зубов у детей немногочисленны и отрывочны, посттравматические повреждения челюстно-лицевой области у детей остаются актуальной проблемой.

Согласно результатам исследований многих авторов (И.В. Фоменко, Е.Е. Маслак, А.Н. Тимошенко, А.Л. Касаткина) по данной теме, была получена характеристика острых травм зубов у