

УДК 616.311.2:616.348-002.44

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

Есаян Завен Валериевич

Ереванский государственный медицинский университет

им. Мхитара Гераци

Резюме

Для оценки клинического состояния тканей пародонта у лиц с хроническим неспецифическим язвенным колитом проведено исследование у 60 больных с данной патологией, которые в зависимости от особенностей лечения основного заболевания были подразделены на 3 подгруппы. Проведенные исследования показали, что, по-видимому, наличие *H. pylori* в ротовой полости не является непосредственной причиной, вызывающей поражение пародонта при ассоциированных с ним гастроэнтерологических заболеваниях. Однако результаты наших исследований свидетельствуют о влиянии этого микроорганизма на степень тяжести поражений пародонта. Следовательно, включение специфических противохеликобактерных средств в комплекс пародонтологической терапии может быть действенным методом лечения у больных с хроническим неспецифическим язвенным колитом.

Ключевые слова: *H.pylori*, хронические неспецифические язвенные колиты, пародонт.

Резюме

Очевидно, наявність *H. pylori* в ротовій порожнині не є безпосередньою причиною, що викликає ураження пародонта при асоційованих із ним гастроентерологічних захворюваннях. Проте

результати наших досліджень свідчать про вплив цього мікроорганізму на міру тяжкості ураження пародонта. Отже, включення специфічних протихелікобактерних засобів у комплекс пародонтологічної терапії може бути дієвим методом лікування хворих із хронічним неспецифічним виразковим колітом.

Ключові слова: *H.pylori*, хронічні неспецифічні виразкові коліти, пародонт.

Summary

The examination of the 60 patients suffering from chronic nonspecific ulcerative colitis was conducted to evaluate the clinical condition of their periodontal tissues. These patients were divided into 3 groups according to the basic disease treatment peculiarities. Carried out examinations showed that apparently the presence of the *H. pylori* in oral cavity is not the direct reason causing periodontal pathology in case when the latter is associated with the gastroenterological diseases. However, the results of research testify to influence of this microorganism (periodontal pathogen) on the severity of periodontal pathologies. Consequently, the involvement of the specific antihelicobacteric means in complex periodontal therapy may become an effective method of treatment of the patients with chronic ulcerative nonspecific colitis.

Key words: *H. pylori*, chronic nonspecific ulcerative colitis, periodontium.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит : монография / Г. Адлер.- М., 2001.- 320 с.
2. Белоусова Е.А. Медиаторы воспаления при язвенном колите и болезни Крона / Е.А. Белоусова, А.Р. Златкина // Международные медицинские обзоры.- 1993. - № 5.- С. 378-386.
3. Златкина А.Р. Внекишечные проявления болезни Крона / А.Р. Златкина, Е.А. Белоусова// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2000.- Т. 10, № 6.- С. 60-64.

4. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения : монография /А.Р. Златкина.- М.: Медицина, 1998.- 288 с.
5. Ивашкин В.Т. Выбор лекарственной терапии воспалительных заболеваний кишечника / В.Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 1997.- Т. 8, № 6.- С. 40-41.
6. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: руководство для врачей и студентов : в 2- х томах / А.И. Николаев, Л.М. Цепов.- Смоленск, 2000. – 367 с.
7. Colorectal cancer prevention in ulcerative colitis: a case-control study / Eaden J., Abrams K., Ekbom A. [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther.- 2000.- Vol. 14.- P. 145-153.

Постоянный интерес стоматологов к хроническим воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) не случаен, так как связан с ростом заболеваемости населения, потерей трудоспособности пациентов, возможностью тяжелых осложнений, жалобами и патологическими изменениями со стороны полости рта [1,2,5,6].

Вовлечение в патологический процесс функционально связанных с толстой кишкой органов сопровождается нарушением деятельности последних [1,2,5]. Патология пищеварительной системы, приводящая к снижению неспецифической резистентности организма, способствует негативному воздействию имеющейся в полости рта микрофлоры на пародонт и слизистую оболочку. Многочисленные работы по изучению сложного, не до конца раскрытого патогенеза заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта при ВЗК указывают на значение иммунных нарушений в их патогенезе. Известно предположение, что количественный и качественный состав микробного пейзажа ротовой полости определяется реактивностью организма [3,4,5,7].

Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита (НЯК) являются сложными и пока нерешенными проблемами современной медицины. НЯК - это язвенный воспалительный процесс толстой кишки неизвестной этиологии. Не исключено воздействие факторов окружающей среды и генетической предрасположенности [2]. В Европе частота данной патологии колеблется от 40 до 80 на 100 000 населения. НЯК встречается приблизительно одинаково часто среди лиц мужского и женского пола. Согласно последним данным от 0,7 до 29, 4 % случаев заболевания носят семейный характер [6].

Заболевания органов пищеварения часто сопровождаются патологическими изменениями пародонтального комплекса. Ведущим фактором в формировании синтропии воспалительного заболевания кишечника и воспалительного заболевания пародонта становится системное нарушение нейрогуморальной регуляции, определяющее активность факторов агрессии и истощающие компенсаторные возможности организма.

Материалы и методы

Исходя из вышеизложенного, **целью** нашего исследования являлась оценка клинического состояния тканей пародонта у лиц с хроническим неспецифическим язвенным колитом. Проведено клинико-инструментальное обследование 60 пациентов, которые, в зависимости от факта и хронологических особенностей лечения основного заболевания, были подразделены в следующие группы:

I группа - 24 пациента, не прошедшие общий курс терапии;

II группа - 20 человек, обследование которых осуществлялось сразу после окончания общего курса гастроэнтерологической терапии;

III группа - 16 пациентов, обследование которых осуществлялось спустя 2 месяца после окончания общего курса лечения.

Каждая группа была разделена на две подгруппы: А и Б. В подгруппу А вошли пациенты, у которых в слюне и десневой жидкости методом иммуноферментного анализа были обнаружены *Helicobacter pylori*. Подгруппа Б включала пациентов с отрицательными результатами на наличие *H. pylori* в полости рта.

Состояние тканей пародонта исследовали следующими клиническими методами: зондирование пародонтальных карманов (т.н. “гулящая” методика, при которой измерение проводят со всех сторон зуба с вычислением среднего значения) с целью определения их глубины и оценкой по трехбальной системе: до 2-х мм – 2 балла, до 4-х мм – 4 балла и более 4-х мм – 6 баллов; подвижность зубов определяли с помощью смещения зуба пинцетом в каком-либо направлении и оценивали тремя степенями; индекс гигиены оценивали по Грину-Вермиллиону; кровоточивость десен определяли на основе жалоб больного с оценкой данного симптома по трехбальной системе, а наличие и степень воспаления в десне – с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА).

Обнаружение *Helicobacter pylori* осуществляли методом качественного иммуноферментного анализа с использованием соответствующего кит-набора («ImmunoComb II – Ig H. pylori» – «Orgenics» (Израиль)).

Результаты исследований статистически обработаны по методу Стьюдента, а также проведен корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты исследования

Как показали результаты иммуноферментного анализа, пробы, взятые из десневой жидкости, оказались положительными в 12 случаях (20,0 %), а из слюны - в 9 случаях (15,0 %). В сыворотке крови того же контингента лиц наличие *H. pylori* было зарегистрировано лишь в 3 случаях (5,0 %).

Результаты приведенных исследований на предмет определения *H. pylori* приведены в табл.1.

Таблица 1

Частота обнаружения *H. pylori* в десневой жидкости, слюне и сыворотке крови лиц, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом

Объект исследования	Кол-во исследуемых случаев	Наличие в исследуемых пробах <i>H. pylori</i>	% выражение обнаружения <i>H. pylori</i> в исслед.сред.
Десневая жидкость	60	12	20
Слюна	60	9	15
Сыворотка крови	60	3	5

По данным индекса РМА, большинство пациентов подгруппы IA (88,3%) имели среднюю и тяжёлую степень воспалительного процесса. В подгруппе IIА количество лиц с высоким показателем индекса РМА было намного меньше (53,3%), а в подгруппе IIIА наблюдалось повышение процентного количества лиц (79,8%) со средней и тяжёлой степенью воспалительного процесса. В подгруппе Б высокие показатели индекса РМА встречались лишь в IIIБ подгруппе и только в 21,7% случаев.

Согласно индексу кровотоочивости у 9% пациентов IA подгруппы кровотоочивость отсутствовала или была I степени, II степень кровотоочивости встречалась у 81,8%, а III степень - в 9% случаев.

В подгруппах IIА, IIIА и IIIБ I степень кровотоочивости или её отсутствие наблюдалось соответственно у 71,7%, 82,3% и 86,3% пациентов, а II степень кровотоочивости – в 28,3%, 17,7% и 13,7% случаев.

В подгруппах IB и IB кровоточивость отсутствовала или была I степени. Подвижность зубов в IA подгруппе в 9% случаев отсутствовала или соответствовала I степени, у 81,8% - II степени и у 9% - III степени. В подгруппах B II и III степень подвижности не диагностировалась.

Выявлена прямая сильная корреляция ($Q=0,8$, $P<0,01$) между кровоточивостью дёсен и подвижностью зубов в обеих A и B подгруппах.

По данным зондирования, наибольшая глубина пародонтальных карманов (более 4 мм) зарегистрирована у пациентов группы A, с наличием *N. rulogi* в полости рта (18%). У пациентов данной группы наиболее часто регистрировалось среднее значение глубины пародонтальных карманов - 3,5-4,5 мм ($3,82 \pm 0,09$) в 77% случаев, в то время как в подгруппе B – лишь в 11,5% случаев. Пародонтальные карманы глубиной менее 3 мм встречались только у 5% обследуемых пациентов группы A и у 30% пациентов группы B. Таким образом, наличие пародонтальных карманов регистрировалось у всех обследованных пациентов группы A, а в группе B не было ни одного пациента с глубиной пародонтального кармана более 4 мм.

По результатам проведенных клинико-инструментальных исследований была проведена диагностика заболеваний пародонта (табл. 2).

Таблица 2

**Клинические формы воспаления пародонта
в различных группах и подгруппах наблюдения**

Группы	Подгруппы:	Гингивит	Пародонтит легкой степени	Пародонтит средней степени	Пародонтит тяжёлой степени
	A- +HP B- +HP				
I не прошедшие	IA n=7	--	9%	81,8%	9%
	IB n=16	--	50%	50%	--

общий курс терапии (n=24)					
II прошедшие общий курс терапии, (n=20)	IIА n=12	--	--	71,7%	28,3%
	IIБ n=8	76,3%	13,7%	10%	--
III спустя 2 месяца после окончания лечения (n=16)	IIIА n=2	--	50%	50%	--
	IIIБ n=15	100%	--	--	--

По полученным результатам индекса Грин-Вермиллиона (ОНИ-S), неудовлетворительное и плохое состояние гигиены полости рта наблюдалось у 96,5% пациентов подгруппы IA, у 83,3% пациентов подгруппы IIА и в 64,6% случаев – в подгруппе IIIА. В подгруппах Б высокие показатели индекса ОНИ-S составляли 25-50%.

Таким образом, полученные нами данные показали, что у всех 60 обследованных пациентов с хроническим неспецифическим язвенным колитом в тканях пародонта наблюдается воспалительный процесс. У пациентов с наличием *Helicobacter pylori* в полости рта эти изменения носят более генерализованный характер и имеют более тяжёлое течение. В этой подгруппе 18% пациентов имели пародонтит тяжёлой степени, 77% - пародонтит средней степени и только 5% - легкую степень пародонтита.

Изменения со стороны пародонта диагностируются и при отсутствии *H. Pylori* в полости рта. В этой подгруппе 76,3% пациентов имели

хронический генерализованный катаральный гингивит, 13,7% - пародонтит лёгкой степени и 10% - пародонтит средней степени.