

УДК 616.314.7-008.1-08:[616.33:616.342]-002.44-002.7:579.835.12

Е.Н. Рябоконт, И.И. Соколова, В.В. Олейничук

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, СОЧЕТАННОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Харьковский научный медицинский университет

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), несмотря на многочисленные исследования, посвященные этиологии, патогенезу и лечению, накопленный клинический опыт, продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. В настоящее время ею страдают 10-15% населения земного шара [1,2]. В Украине заболеваемость ЯБЖ и ЯБДК за последние десять лет увеличилась на 38,4% [3]. Значительная распространенность среди трудоспособного населения, склонность к затяжному течению и рецидивированию, развитию тяжелых осложнений, приводящих к длительным срокам временной нетрудоспособности, ранней инвалидизации и преждевременной смертности больных обуславливает не только медицинскую, но и большую социально-экономическую значимость язвенной болезни (ЯБ).

Открытие бактерии *Helicobacter pylori* (Н.р.) фундаментально изменило концепцию этиопатогенеза и лечения ЯБ. Однако, несмотря на неоспоримые успехи внедрения в клиническую практику различных схем эрадикационной терапии Н.р., ЯБЖ и ЯБДК не покидают лидирующую группу самых распространенных заболеваний пищеварительной системы [4].

Современная стоматология рассматривает генерализованные формы воспалительных заболеваний пародонта как сочетанную патологию полости рта и внутренних органов. Анатомо-физиологическая близость полости рта и пищеварительного тракта, общность иннервации и гуморальной регуляции создают предпосылки для вовлечения тканей пародонта в патологический процесс при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта. Ряд публикаций в отечественной и зарубежной литературе наглядно иллюстрируют эту патогенетическую связь [5-7].

По нашим наблюдениям, из 120 обследованных с установленным диагнозом ЯБЖ и ЯБДК генерализованный пародонтит (ГП) был диагностирован у 93 человек, что составило 77,5% [8,9]. Анализируя публикации, посвященные данной проблеме, следует отметить, что все авторы сходятся в том, что при ЯБЖ и ЯБДК создаются условия для возникновения воспаления в пародонтальном комплексе, так как возникают нарушения целого ряда регулирующих механизмов: микроциркуляции, нейрогуморальной регуляции, эндокринного баланса, метаболизма соединительной ткани, и как следствие - изменение биоценоза по-

лости рта. Все это придает клиническому течению ГП, сочетанному с ЯБ, характерные особенности: ранняя манифестация патологического процесса, непрерывно рецидивирующий характер, резистентность к традиционным методам лечения, непродолжительность ремиссии.

В настоящее время общепринятые теории ЯБ рассматриваются в свете персистенции Н.р. и влияния кислотно-пептического фактора, усиливающих взаимное патогенное действие. При этом Н.р., контаминируя слизистую оболочку желудка, поддерживает хроническое течение ЯБ, создавая угрозу рецидива [1,2,5].

Проведенные нами исследования позволили заключить, что у больных ГП на фоне ЯБ, ассоциированной с инфекцией Н.р., происходит бактериальная контаминация пародонтальных карманов (ПК) данным микроорганизмом. Традиционное лечение ЯБЖ и ЯБДК, направленное на эрадикацию Н.р. из слизистой оболочки желудка (СОЖ), не приводит к элиминации инфектанта из полости рта, вследствие чего сохраняется риск реинфицирования слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и рецидива ЯБ [10]. Таким образом, контаминация Н.р. ПК превращает последние в постоянный источник реинфекции слизистой оболочки желудка, что значительно снижает эффективность терапии ЯБ. С другой стороны, Н.р., персистируя в ПК, детерминирует негативную динамику течения ГП.

Можно ли разорвать этот замкнутый круг, согласовав усилия гастроэнтеролога и пародонтолога? Если да, то насколько при таком подходе будет эффективна противорецидивная составляющая лечения ЯБ? Как это отразится на сроках ремиссии ГП у больных с ЯБ? Поиск ответа на эти вопросы послужил поводом для проведения данной работы.

Цель исследования. Изучить эффективность эрадикационной терапии ЯБ в ближайшие и отдаленные сроки в зависимости от тактики лечения ГП у больных ЯБЖ и ЯБДК, ассоциированных с инфекцией Н.р.

Материал и методы

Под наблюдением находились 60 человек с ГП I-II степеней тяжести, проходившие стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении областной клинической больницы г. Харькова, с установленным диагнозом ЯБЖ или ЯБДК, инфекция Н.р. Эрадикационная терапия включала в

себя: ингибитор протонной помпы – омепразол, 20 мг 2 раза в день; кларитромицин – 500 мг 2 раза в сутки; метронидазол – 400 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней; затем омепразол – 40 мг в сутки в течение 4 недель. Повторное эндоскопическое исследование и контроль эрадикации (определение ДНК *H.p.* в биоптатах слизистой оболочки желудка) выполняли через 30 дней, 6 и 12 месяцев после лечения.

В зависимости от тактики пародонтологического лечения лица, принявшие участие в исследовании, были разделены на 3 группы по 20 человек. Пациентам 1-й группы во время эрадикационной терапии стоматологическое лечение не проводили и было рекомендовано соблюдать привычный гигиенический режим полости рта. Пациентам 2-й группы перед началом гастроэнтерологического лечения удаляли над- и поддесневые зубные отложения ультразвуковым скейлером «Woodpecker» (Китай) и назначали на время лечения язвенной болезни следующий гигиенический режим: чистка зубов 2 раза в день, ротовые ванночки триклозансодержащим ополаскивателем «Целитель» по 60 секунд 2 раза в день. Больным 3-й группы перед началом гастроэнтерологического лечения удаляли над- и поддесневые зубные отложения. Затем изготавливали индивидуальные каппы с резервуарами-накопителями лекарственных веществ из дентальных пластин «Soft-Tray №227», фирма «Ultradent» (США), на вакуумном полимеризаторе «Biostar» (Германия).

Местное медикаментозное лечение ГП у больных 3-й группы начинали одновременно с терапией язвенной болезни, используя следующие препараты. Метрогил – 1% водный раствор. Производитель – «Unique Pharmaceutical» (Индия). 2 мл препарата под каппу для аппликаций на слизистую альвеолярного отростка 2 раза в день по 30 минут. Курс лечения – 7 дней. Кладид. Производитель – «Эббот С.п.А.» (Италия). Активное вещество – кларитромицин; 5 мл готовой суспензии содержат 250 мг кларитромицина. Флакон препарата пациенты самостоятельно разводили кипяченой водой 100 мл. Для аппликации на ткани пародонта использовали 2 мл суспензии 2 раза в день в течение 30 минут под каппу. Курс лечения – 7 дней (рис. 1).



Рис. 1. Аппликация метронидазола на пародонт

Больным 3-й группы назначали такой же гигиенический режим полости рта, как и во 2-й группе, но рекомендовали соблюдать его в течение 4 недель с момента начала лечения. Детекцию *H.p.* в полости рта осуществляли методом полимеразно-цепной реакции (PCR - polymerase chain reaction). Материал исследования – зубной налет и содержимое ПК. Забор материала осуществляли стерильными абсорбирующими штифтами («Meta Dental», Корея) №35. Выделение ДНК *H.p.* проводили щелочным методом с помощью наборов «ДНК – экспресс» (НПФ «Литекс», Москва). Амплификацию осуществляли под контролем компьютерной программы MC 16 на мультициклере «Терцик» MC-2 (АО «ДНК-Технологии», Москва). Молекулярно-генетические исследования проведены на базе НПФ «Аналитика», г. Харьков (лицензия МОЗ Украины №202798).

Пародонтальный статус определяли при помощи индексов PBI (Saxer and Mühleman, 1973), PMA (C.Pama, 1960), OHI-S (G.Green, I.R.Vermilion, 1964). Диагностику заболеваний пародонта проводили согласно классификации Н.Ф. Данилевского [11].

Больных обследовали до лечения, по завершению лечения язвенной болезни (через 7 дней) и через 30 дней. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью лицензированного пакета электронных таблиц «Excel» с использованием методов описательной статистики. Вероятность различий показателей в группах наблюдения оценивали с использованием параметрического критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При сборе пародонтологического анамнеза все обследуемые предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в деснах, их кровоточивость во время чистки зубов и во время приема пищи. На объективном обследовании выявлено гиперемия, отечность сосочков и маргинального края десны (индекс PMA $64,5 \pm 3,5\%$), выраженную кровоточивость при зондировании ПК (индекс PBI $2,5 \pm 0,28$ балла). Глубина ПК – 3-4 мм. Клинический осмотр больных 1-й группы, проведенный через 30 дней после окончания гастроэнтерологического лечения, показал улучшение пародонтологической симптоматики. Достоверное ($p < 0,05$) снижение значения индексных показателей (PMA – $64,5 \pm 3,5\%$ до лечения, $46,5 \pm 4,2\%$ через 30 дней после лечения; OHI-S – $2,61 \pm 0,23$ балла до лечения, $2,32 \pm 0,37$ через 30 дней после лечения; PBI – $2,5 \pm 0,28$ балла до и $2,05 \pm 0,41$ балла через 30 дней после лечения) свидетельствовало об уменьшении воспаления в пародонтальном комплексе у больных этой группы.

Дальнейшие наблюдения через 6 и 12 месяцев показали негативную динамику пародонтальных индексов. Однако даже через год они были ниже, чем до лечения ЯБ (см. табл. 1).

Таблиця 1
Пародонтальні індекси у больних 1-ї групи

Індекси	До лікування	Через 30 днів	Через 6 місяців	Через 12 місяців
ОHI-S (балли)	2,61±0,23	2,32±0,37 ¹	2,43±0,39 ^{1,2}	2,52±0,41 ^{2,3}
PMA (%)	64,5±3,5	46,5±4,2 ¹	51,3±4,7 ^{1,2}	52,4±4,7 ^{1,2,3}
PBI	2,5±0,28	2,05±0,41 ¹	2,26±0,46 ^{1,2}	2,33±0,49 ^{1,2,3}

Примечание: 1 – отличие с исходным уровнем достоверно ($p < 0,05$);

2 – отличие с показателями через 30 дней после начала лечения достоверно ($p < 0,05$);

3 – отличие с показателями через 6 месяцев после начала лечения достоверно ($p < 0,05$).

Таким образом, терапія, направлена на ерадикацію Н.р. в желудке, даже при відсутності пародонтологічного лікування позитивно відобразилася на теченні ГП у больних 1-ї групи.

Змінення пародонтологічного статусу у больних 2-ї групи носили більш виражений характер по порівнянню з 1-ї групою і підтверджалися наступними значеннями індексних показателів: PMA – 64,5±3,5% до лікування і 31,9±2,8 через 30 днів після початку лікування. ОHI-S – 2,61±0,23 бала до лікування, 1,9±0,27

бала через 30 днів після початку лікування. PBI – 2,5±0,28 бала до і 1,9±0,27 бала відповідно. Дані по 2-ї групі представлені в табл. 2. Таким образом, проведення у больних 2-ї групи базисних пародонтологічних заходів і застосування особливого гігієнічного режиму порожнини рота одночасно з ерадикаційною терапією ЯБ дозволили значно нормалізувати пародонтологічний статус у больних 2-ї групи.

Таблиця 2
Пародонтальні індекси у больних 2-ї групи

Індекси	До лікування	Через 30 днів	Через 6 місяців	Через 12 місяців
ОHI-S, (балли)	2,61±0,23	1,9±0,27 ¹	2,1±0,29 ^{1,2}	2,2±0,3 ^{1,2,3}
PMA, (%)	64,5±3,5	31,9±2,8 ¹	37,5±3,2 ^{1,2}	44,3±3,6 ^{1,2,3}
PBI, (балли)	2,5±0,28	1,9±0,24 ¹	2±0,28 ^{1,2}	2,1±0,25 ^{1,2,3}

Примечание: 1 – отличие с исходным уровнем достоверно ($p < 0,05$);

2 – отличие с показателями через 30 дней после начала лечения достоверно ($p < 0,05$);

3 – отличие с показателями через 6 месяцев после начала лечения достоверно ($p < 0,05$).

Найкращі результати були зафіксовані у больних 3-ї групи, в якій ерадикаційна терапія поєднувалася з комплексним пародонтологічним лікуванням, включаючи місцеве застосування препаратів анти-Н.р. спрямованості. На об'єктивному обстеженні, як в найближчі, так і в віддаленні терміни, спостерігалося помітне покращення стану тканин пародонта, підтверджуване такими значеннями індексних показателів: PMA до лікування – 64,5±3,5%, через 30

днів після початку лікування – 15,2±0,9%; ОHI-S до лікування – 2,61±0,23 бала, через 30 днів після початку лікування – 1,1±0,09 бала.

PBI – 2,5±0,28 бала до і 0,9±0,01 бала через 30 днів після початку лікування. В віддаленні терміни у больних 3-ї групи прослідковувалася позитивна динаміка пародонтального статусу. Отримані результати дослідження показані в табл. 3.

Таблиця 3
Пародонтальні індекси у больних 3-ї групи

Індекси	До лікування	Через 30 днів	Через 6 місяців	Через 12 місяців
ОHI-S, (балли)	2,61±0,23	1,1±0,09 ¹	1,5±0,14 ^{1,2}	1,82±0,15 ^{1,2,3}
PMA, (%)	64,5±3,5	15,2±0,98 ¹	18,7±1,18 ^{1,2}	23,9±1,23 ^{1,2,3}
PBI, (балли)	2,5±0,28	0,9±0,01 ¹	1,2±0,05 ^{1,2}	1,4±0,07 ^{1,2,3}

Примечание: 1 – отличие с исходным уровнем достоверно ($p < 0,05$);

2 – отличие с показателями через 30 дней после начала лечения достоверно ($p < 0,05$);

3 – отличие с показателями через 6 месяцев после начала лечения достоверно ($p < 0,05$).

Отримані в ході дослідження результати демонструють достатньо високу терапевтичну ефективність запропонованої нами тактики і схеми лікування ГП у больних 3-ї групи.

Контрольному терміну ерадикації (30-й день з моменту початку терапії ЯБ) у всіх больних спостерігалося клініко-ендоскопічна ремісія ЯБ, рубцювання язв було зареєстровано у

100% больних, що пройшли курс лікування. Признаки помірного гастродуоденіта збереглися у 4 больних 1-ї групи і по одному больному в 2-ї і 3-ї групах і були обумовлені, скоріше за все, хронічними атрофічними змінами на фоні тривалого передшлужкового персистування Н.р. в слизистій шлунка і ДПК.

По даним PCR, в 1-ї групі повної ерадикації

Н.р. удалось добиться лишь у 3 больных (15%), во 2-й группе - у 8 человек (40%), в 3-й группе - у 20 человек (100%). В 1-й группе положительные результаты PCR биоптатов гастродуоденальной зоны и ПК получены у 2 больных (10%), в ПК Н.р. регистрировалась у 15 больных (75%). Во 2-й группе PCR биоптатов гастродуоденальной зоны была отрицательной у всех обследованных, однако у 12 человек (85%) Н.р. определялась в ПК.

Повторное обследование больных 1-й группы, проведенное через 6 месяцев, показало, что у 5 человек (25%) Н.р. определялся как в гастродуоденальной зоне, так и в ПК, у остальных 15 человек (75%) Н.р. определялся только в ПК. Во 2-й группе ситуация была намного лучше. Здесь положительный результат детекции на Н.р в биоптате слизистой желудка и ПК зарегистрирован только у одного больного, у 13 человек (65%) Н.р. определялся только в ПК. В 3-й группе Н.р. определялся в ПК у 1 больного (5%). К концу наблюдения, через 12 месяцев, в первой группе инфици-

цированность Н.р. как гастродуоденальной зоны, так и ПК определялась у 7 человек (35%), инфицированность только ПК - у 13 человек (65%). Во 2-й группе - соответственно 4 человека (20%) и 11 человек (55%). У 2 больных 3-й группы по результатам PCR Н.р. был обнаружен в ПК и у одного из них в биоптате слизистой оболочки желудка. Полученные нами данные проиллюстрированы в таблицах 4, 5, 6.

Таким образом, у больных ГП на фоне ЯБЖ и ЯБДК, ассоциированных с инфекцией Н.р., эрадикационная терапия ЯБ может быть максимально эффективной лишь тогда, когда она проводится одновременно с пародонтологическим комплексным лечением, включающим в себя препараты анти-Н.р. направленности. Несмотря на различия патогенеза ГП и ЯБ, их клинических проявлений, существует то главное, что их объединяет: после уничтожения инфекции Н.р. происходит частичная или полная ремиссия болезни.

Таблица 4
Результаты PCR на ДНК Н.р. у больных 1-й группы

Материал	До лечения	Через 30 дней	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Содержимое ПК	20 (100%)	15 (85%)	17 (75%)	19 (100%)
Биоптаты СОЖ и содержимое ПК	20 (100%)	2 (10%)	5 (25%)	7 35%

Таблица 5
Результаты PCR на ДНК Н.р. у больных 2-й группы

Материал	До лечения	Через 30 дней	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Содержимое ПК	20 (100%)	12 (85%)	13 (70%)	11 (75%)
Биоптаты СОЖ и содержимое ПК	20 (100%)	—	1 (5%)	4 (20%)

Таблица 6
Результаты PCR на ДНК Н.р. у больных 3-й группы

Материал	До лечения	Через 30 дней	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Содержимое ПК	20 (100%)	—	1 (5%)	2 (10%)
Биоптаты СОЖ и содержимое ПК	20 (100%)	—	—	1 (5%)

В связи с этим важным условием повышения эффективности реабилитационных мероприятий является преемственность в работе врачей стационара и поликлиники, в данном случае гастроэнтеролога и пародонтолога, постоянные разъяснительные беседы и контроль за выполнением больным рекомендаций врачей.

Выводы

Проведенные нами исследования позволяют заключить следующее:

- у больных ГП на фоне язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией Н.р., происходит бактериальная контаминация ПК данным микроорганизмом;
- традиционное лечение ЯБЖ и ЯБДК, направ-

ленное на эрадикацию Н.р., не приводит к элиминации инфектанта из полости рта, а следовательно, сохраняется риск реинфицирования слизистой оболочки желудка и рецидива ЯБ;

- полной эрадикации Н.р. можно добиться лишь при одновременной терапии язвенной болезни и ГП, используя в схемах местного медикаментозного лечения ГП препараты анти-Н.р. направленности;

- апробированная нами схема лечения ГП у больных 3-й группы демонстрирует свою эффективность как в отношении эрадикации ПК от Н.р., так и в отношении стабилизации пародонтологического статуса у больных ГП на фоне язвенной болезни.

Литература

1. Ивашкин В.Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров, С.И. Раппопорт. - М., 2001. - 457 с.
2. Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью / Д.Р. Хакимова // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №2. - С.59-62.
3. Гравіровська Н.Г. Показники поширеності та вперше виявленої патології органів травлення у міського населення / Н.Г. Гравіровська, Л.М. Петречук, І.Ю. Скірта // Сучасна гастроентерологія.- 2008. - №1 (39). - С. 17-20.
4. Мартышева Л.Н. Клинические аспекты хеликобактериоза в сочетанной патологии /О.Л. Арямкина, Л.Н. Мартышева, Т.Я. Тарарак // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Т. XIV, № 3.- С. 111-113.
5. Асмоилов А.А. К вопросу о патогенетической взаимосвязи заболеваний пародонта с состоянием других органов и систем (обзор литературы) / Асмоилов А.А., Д.Т. Махмудов // Стоматология Таджикистана. - Душанбе, 2008. - №1. - С. 48-51.
6. Лосев В.М. Воспалительные заболевания пародонта у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: особенности лечения / В.М. Лосев // Материалы VI съезда Научного общества гастроэнтерологов России. - М., 2006. - С. 259.
7. Николаев А.И. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта на фоне язвенной болезни с наличием дуодено-гастрального рефлюкса / А.И. Николаев, М.Г. Сойхер // Сб. трудов VI межрегион. науч.-практ. конф. врачей Приволжско-Уральского округа «Актуальные вопросы военной и практической медицины». - Оренбург, 2005. - Т. II. - С. 347-349.
8. Рябоконт Е.Н. Определение инфицированности полости рта *Helicobacter Pylori* и состояние тканей пародонта у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Е.Н. Рябоконт, В.В. Олейничук, В.В.Гаргин // Дентальные технологии. - 2008. - №1. - С.22-24.
9. Состояние тканей пародонта при контаминации *Helicobacter Pylori* у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (сообщение 2) / [Е.Н. Рябоконт, В.В. Олейничук, В.В. Гаргин, Р.С. Назарян] // Вклад молодых ученых в развитие медицинской науки и практики: науч.-практ. конф., 30 жовт. 2008 р.: матеріали доп. - Харків, 2008. - С.118-119.
10. Рябоконт Е. Н. Стоматологические аспекты эрадикации *Helicobacter pylori*. / Е. Н. Рябоконт, И. И. Соколова, В. В. Олейничук // Вісник проблем біології і медицини. - 2013. - Вип. 1, т. 2(99). - С.285 - 289.
11. Белоклицкая Г.Ф. Современный взгляд на классификацию болезней пародонта / Г.Ф. Белоклицкая // Современная стоматология. - 2007. - №3(39). - С. 59-64.

Стаття надійшла
27.08.2013 р.

Резюме

Методом полимеразно-цепной реакции установлено, что *H. pylori* контаминует пародонтальные карманы у больных генерализованным пародонтитом на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Традиционное лечение язвенной болезни, направленное на эрадикацию микроорганизма, не приводит к элиминации микроорганизма из полости рта. Одновременная терапия язвенной болезни и генерализованного пародонтита приводит к полной эрадикации *Helicobacter pylori* и стабилизации пародонтологического статуса.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, язвенная болезнь желудка, *Helicobacter pylori*.

Резюме

Методом полімеразно-ланцюгової реакції встановлено, що *H. pylori* контамінує пародонтальні кишені у хворих на генералізований пародонтит на тлі виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Традиційне лікування виразкової хвороби, спрямоване на ерадикацію мікроорганізму, не приводить до елімінації мікроорганізму з порожнини рота. Одночасна терапія виразкової хвороби і генералізованого пародонтиту викликає повну ерадикацію *Helicobacter pylori* та стабілізацію пародонтологічного статусу.

Ключові слова: генералізований пародонтит, виразкова хвороба шлунка, *Helicobacter pylori*.

Summary

By the method of polymerase-chain reaction, revealed that *H. pylori* contaminates in parodontal pockets of patients with generalized parodontitis on a background of peptic ulcer of stomach and duodenum. Traditional treatment of peptic ulcer directed on eradication of the microorganism does not result to the elimination of the microorganism from the oral cavity. Simultaneous treatment of ulcerous illness and diseases of periodontal results to complete eradication of *Helicobacter pylori* and stabilization of parodontal status.

Key words: general parodontitis, gastric ulcer, *Helicobacter pylori*.