

Ann. Periodontol. – 1998. – Vol. 3 (Suppl.). – P. 276-280.

24. Riggio M.P., Lennon A. Identification by PCR of *Helicobacter pylori* in subgingival plaque of adult periodontitis patients // J. Med. Microbiol. – 1999. Vol. 48, Suppl. 3. – P. 317-322.

25. Schein W., Meryn S. *Helicobacter pylori* and the mouth cavity — overview and perspectives // Wien. klin. Wschr. – 1994. – Bd 106, №17. – S. 547-549.

26. Singh K., Kumar S., Jaiswal M. S. et al. Absence of *Helicobacter pylori* in oral mucosal lesions // J. Indian. Med. Assoc. – 1998. – Vol. 96, Suppl. 6. – P. 177-178.

27. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis // Gut. – 2015. – Vol. 64, №9. – P. 1353-1367.

28. Voiosu T.A., Giurcan R., Voiosu A.M. et al. Functional dyspepsia today // Maedica. – 2013. – Vol. 8, №1. – P. 68-74.

Проанализированы положения Маастрихтского консенсуса-5 по изучению *H. pylori*-инфекции. Показано, как менялись представления о диагностике и лечении хеликобактерной инфекции в предыдущих Маастрихтских консенсусах. Отдельно рассмотрены вопросы взаимосвязи этой инфекции с патологией гастродуоденальной зоны, включая функциональную диспепсию и воспалительные заболевания слизистой полости рта и пародонта. Описаны современные подходы к диагностике хеликобактериоза с определением выбора наиболее оптимального метода диагностики в различных ситуациях. Подтверждена важность эрадикации *H. pylori* в плане профилактики функциональной диспепсии, воспалительных заболеваний слизистой полости рта и пародонта.

Ключевые слова: *H. pylori*-инфекция, диагностика, лечение, профилактика функциональной диспепсии и воспалительных заболеваний пародонта, Маастрихтский консенсус-5.

This article analyzes the provisions of the Maastricht Consensus-5 on the study of *H. pylori* infection. It is shown how ideas about the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection have changed in the previous Maastricht consensus. Separately, the issues of the relationship of this infection with the pathology of the gastroduodenal zone, including functional dyspepsia and inflammatory diseases of the oral mucosa and periodontium, are considered. The modern approaches to the diagnosis of *Helicobacteriosis* are shown with the determination of the choice of the most optimal diagnostic method in various situations. The importance of *H. pylori* eradication in the prevention of functional dyspepsia, inflammatory diseases of the oral mucosa and periodontium was confirmed.

Key words: *H. pylori* infection, diagnostics, treatment, prevention of functional dyspepsia and inflammatory periodontal diseases, Maastricht Consensus-5.

Ushbu maqolada *H. pylori*-infektsiyasini o'rganish bo'yicha Maastricht konsensus-5 qoidalari tahlil qilindi. Avvalgi Maastricht konsensuslarida *Helicobacter pylori* infektsiyasini tashxislash va davolash bo'yicha fikrlar qanday o'zgarganligi ko'rsatilgan. Ushbu infektsiyaning gastroduodenal zonaning patologiyasi, shu jumladan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining funktsional dispepsiyasi va yallig'lanish kasalliklari va periodontal kasallik bilan o'zaro bog'liqligi masalalari alohida ko'rib chiqiladi. Turli vaziyatlarda eng maqbul diagnostika usulini tanlash bilan *helicobacteriosis* diagnostikasining zamonaviy yondashuvlari ko'rsatiladi. *H. pylori* eradikatsiyasining funktsional dispepsiyaning oldini olish, og'iz shilliq qavatining yallig'lanish kasalliklari va periodontal kasalliklarning oldini olish bo'yicha ahamiyati tasdiqlandi.

Kalit so'zlar: *H. pylori*-infektsiya, tashxis, davolash, funktsional dispepsiya va periodontal yallig'lanish kasalliklarini oldini olish, Maastricht konsensusi-5.

УДК: 616.314.17-008.1

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 распространённость 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 сенсибилизации, 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 гастродуоденальной 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 объединённой гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) был провозглашен лозунг: «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век ГЭРБ» [17]. Можно предположить, что частота распространённости 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⁺, Ca²⁺, Na⁺, PO₄³⁻, 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» гастроэзофагеальна рефлюксна 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. Заболотный Т.Д., Матвійчук Х.Б., Шамляя 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 // Клини. мед.. – 2005. – №11. – С. 33-38.

13. Маев И.В., Юренин 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 гастроудоденальной 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, гастроудоденальная 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.

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