

УДК 616.314.17/18-06:616.33/34

© Н. В. Манащук, Н. В. Чорній, В. В. Шманько

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

## **Взаємозв'язок патології пародонта та патології шлунково-кишкового тракту**

**Резюме.** У статті представлено огляд наукової літератури про взаємозв'язок патології пародонта та патології шлунково-кишкового тракту.

**Ключові слова:** тканини пародонта, шлунково-кишковий тракт.

**Н. В. Манащук, Н. В. Чорній, В. В. Шманько**

Тернопольский государственный медицинский университет  
имени И. Я. Горбачевского

## **Взаимосвязь патологии пародонта и патологии желудочно-кишечного тракта**

**Резюме.** В статье предоставлен обзор научной литературы о взаимосвязи патологии пародонта и патологии желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** ткани пародонта, желудочно-кишечный тракт.

**N. V. Manashchuk, N. V. Chorniy, V. V. Shmanko**

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

## **Interconnection between parodontium pathology and pathology of gastrointestinal tract**

**Summary.** Literature review concernang interconnection between parodontium pathology and pathology of gastrointestinal tract is presented in this article.

**Key words:** parodontium tissue, gastrointestinal tract.

Захворювання тканин пародонта є однією з найбільш складних проблем сучасної стоматології [1,5,8]. Втрата зубів і нормальної жувальної ефективності, косметичний дефект, несприятливий вплив вогнищ пародонтальної інфекції на організм — все це визначає як медичну, так і соціальну значимість цієї проблеми [Вейсгейм Л.Д.]. Епідеміологічні дослідження останніх років показали широку роз-

повсюдженість захворювань пародонта у всьому світі [А. В. Борисенко, 2008; Белоклицкая Г.Ф., 2008; Чумакова Ю.Г.]. Вони зустрічаються в різних вікових групах населення, мають різну ступінь важкості і тенденцію до прогресування з віком [1,9]. Україна належить до країн зі значною розповсюдженістю захворювань пародонта: залежно від регіону та віку обстежених вона досягає 85-95% (А. М.

Політун, 1996, К. М. Косенко, 2003; О. В. Павленко та співавт., 2005).

Крім високої (85-98%) розповсюдженості захворювань пародонта відмічається їх поєднання з великим набором різних загальносоматичних захворювань на фоні значного зниження захисних сил організму. Дослідженнями багатьох як вітчизняних, так і зарубіжних, авторів доведено тісний взаємозв'язок між загальними захворюваннями організму, ураженнями твердих тканин зубів та станом тканин пародонта [2, 4, 6, 13]. Запальні процеси в ротовій порожнині можуть бути першими клінічними ознаками порушень при захворюваннях травної, серцево-судинної та інших систем організму [4, 5, 6]. Наявність соматичних захворювань в організмі людини вносить істотну відмінність в етіопатогенез захворювань пародонта. Для поєднаної патології характерним є взаємообтяжений перебіг захворювань за рахунок наявності тісного функціонального зв'язку між ураженими органами. Прикладом може служити травний тракт.

Шлунково-кишковий тракт і тканини пародонта мають тісний анатомічний, нервовий і гуморальний взаємозв'язок. Вони є різними відділами єдиної морфофункціональної системи, тому порожнина рота тонко реагує на зміни, які в ньому відбуваються. Захворювання пародонта при патології шлунково-кишкового тракту зустрічається у 68 – 90 % обстежених пацієнтів [Кирсанов А.Н., Вейсгейм Л.Д.]. Провідною ланкою у розвитку такої синтропії є порушення низки регуляторних механізмів: дисбаланс імунної та ендокринної системи, порушення мікроциркуляції, нейрогуморальної регуляції, психосоматичних взаємин, зміни в метаболізмі сполучної тканини, мінеральному обміні та дефіцит вітамінів [17,19]. Супутня патологія травного тракту послаблює захисні сили організму і створює умови для зниження резистентності навколорічкових тканин по відношенню до бактерій зубної бляшки і активації пародонтопатогенної мікрофлори [19, 20, 21]. Крім того, на тлі захворювань органів травлення порушується функціональна активність слинних залоз та динамічна рівновага процесів де- і ремінералізації емалі. Аналізуючи зв'язок захворювань пародонта та шлунково-кишкового тракту, більшість авторів встановили, що патологія

органів травлення частіше передують появі захворювань пародонта. Частота та інтенсивність захворювань пародонта збільшувалась пропорційно тривалості та тяжкості основного захворювання [6,9]. Таким чином, патологія шлунково-кишкового тракту є фактором ризику розвитку і несприятливого перебігу хронічних запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта.

Через наявність всесторонніх взаємозв'язків між органами порожнини рота і гастродуоденальної зони розвиток гінгівіту та пародонтиту розглядають як наслідок захворювань шлунково-кишкового тракту, а саме : виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, хронічного гастриту, панкреатиту, коліту.

Клінічне стоматологічне обстеження пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою показало, що зміни у тканинах пародонта відмічаються у 84% випадків. При цьому у 67% випадків реєстрували хронічний катаральний гінгівіт, а у 23% - хронічний генералізований пародонтит I- II ступенів важкості. [11, 19]. Про єдність процесів в ротовій порожнині та шлунково-кишковому тракті свідчить те, що ступінь запально-деструктивних процесів в пародонті корелює з активністю запалення в стравоході. [22]. Підтвердженням наявності тісного взаємозв'язку між порожниною рота і шлунково-кишковим трактом являється також виражена позитивна динаміка місцевих імунологічних показників у хворих з пародонтитом в результаті корекції дисбактеріозу кишківника та значне зменшення глибини пародонтальних кишень і часткова регенерація кісткової тканини пародонта при ортомолекулярній санації кишківника [23].

Проведені дослідження показують, що у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки частота уражень тканин пародонта коливається від 84,6 до 97,3 %. Слід зауважити, що у пацієнтів із ускладненими формами виразкової хвороби патологія пародонта зустрічається ще частіше і характеризується тяжким перебігом [Робакидзе Н.С., 2000, Шерстюк О.А., 2001]. Захворювання пародонта зустрічається у 92% хворих з виразковою хворобою шлунка, з них у 15,4% випадків це катаральний гінгівіт, а у 76% - генералізований пародон-

тит [9, 10]. Більшість авторів висловлює припущення про можливу схожість патофізіологічних і патоморфологічних процесів у слизовій оболонці шлунка і пародонті [6, 10]. Слід зазначити, що при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки створюються умови для виникнення запалення в пародонті, тому що має місце порушення низки регуляторних механізмів [13]. Внаслідок цього послаблюється резистентність організму, що призводить до розвитку гінгівіту і пародонтиту. Одна з причин швидкого прогресування запальних захворювань пародонта на тлі виразкової хвороби - збільшення в крові пацієнтів рівня кальцій-регулюючих гормонів - паратиреоїдного і кальцитоніну. Припускають, що пусковим механізмом цього процесу є підвищене вироблення при виразковій хворобі гормонів шлунково-кишкового тракту (гастрину, холіцистокініну та ін.). Дані гормони сприяють збільшенню продукції кальцитоніну, і, відповідно, посиленню резорбтивних процесів у пародонті [15]. Сучасні концепції патогенезу поєднаного перебігу захворювань пародонта і виразкової хвороби передбачають зв'язок між порушенням у системі захисних механізмів і, перш за все, в імунній системі та протимікробною резистентністю організму і перебігом репаративних процесів [17, 19]. Дана концепція базується на припущенні, що патологічний процес у слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується аутоімунними реакціями, що призводять до пошкодження тканин ясен. При поєднанні виразкової хвороби і пародонтиту спостерігаються зрушення клітинного імунітету: зниження вмісту Т-лімфоцитів та їх функціональної активності [17].

Незважаючи на значний обсяг проведених досліджень, залишається неясною роль *H. pylori* у виникненні та перебігу захворювань ротової порожнини. Велику кількість досліджень присвячено впливу *H. pylori* на специфіку стоматологічного статусу в дорослого населення. Дані ряду досліджень свідчать про негативний вплив інфекції *H. pylori* на перебіг захворювань пародонту [16, 17]. Встановлено, що у дорослих пацієнтів з *H. pylori*-асоційованою патологією шлунково-кишкового тракту частіше зустрічаються і мають більш тяжку форму хронічний генералізований катаральний гінгівіт та пародонтит. Існує припущен-

ня, що на процес колонізації слизової оболонки порожнини рота *H. pylori* впливають мікроорганізми, які беруть участь у патогенезі захворювань пародонта [18]. Доведено, що активність та ступінь контамінації слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* варіаційно корелює із поширеністю і тяжкістю хронічного генералізованого пародонтиту та катарального гінгівіту. (Борисенко А.В., Линовицька О.В., 2000; Островская Л.Ю. и соавт., 2003; Каспина А.И. и соавт., 2003).

Хронічний гастрит суттєво змінює клінічну картину та важкість патологічного процесу в пародонті. Тривалість перебігу цього захворювання і визначає частоту виникнення патологій пародонта [17, 18]. Існує припущення, що складний складчастий рельєф слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки є місцем накопичення випадкової мікрофлори. Можливо, що мікроорганізми, які колонізують порожнину рота і викликають захворювання пародонта, потрапляючи в шлунок, персистують в його приєпітеліальному слизовому шарі та, відповідно, поглиблюють клініку гастриту [20, 21].

Встановлено, що у пацієнтів з хронічним панкреатитом патологія тканин пародонта відмічається у 90% випадків. При цьому частота виникнення та важкість перебігу співвідноситься з порушенням утворення активної протромбінази, антиагрегаційної, антикоагуляційної та фібринолітичної активності судинної стінки, зниженням загальної коагуляційної здатності венозної крові, що мають місце при хронічному панкреатиті [4, 6, 13].

При обстеженні ротової порожнини пацієнтів із дисбіозом кишківника в більшості випадків спостерігалась погана гігієна порожнини рота та наявність твердих та м'яких зубних відкладень, що є передумою виникнення запального процесу в пародонті [12].

У пацієнтів із захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів відмічається 100% ураження тканин пародонта. Відзначається етіологічний зв'язок між хронічними захворюваннями печінки та маргінальним пародонтом. Зокрема, при хронічних гепатитах виявляється більша частота стоматологічної патології ніж у здорових, а наявність цирозу печінки значно впливає на глибину пародонтальних кишень та втрату прикріплення [14, 21]. При цьому відмічається значне ураження

судин мікроциркуляторного русла, особливо капілярів у поєднанні з дистрофічними змінами в епітелії та стромі ясен [17].

Захворювання пародонта виявлені в 97,4% хворих неспецифічним виразковим колітом [3]. Втягнення у патологічний процес органів, які зв'язані функціонально з товстим кишківником супроводжується порушенням їх діяльності. Захворювання травної системи призводить до зниження неспецифічної резистентності організму, що в свою чергу сприяє негативному впливу на пародонт та

слизову оболонку мікрофлори, яка знаходиться в порожнині рота [20, 21, 24]. Існують дані в літературі, що кількісний та якісний склад мікрофлори порожнини рота залежить від реактивності організму [19, 24].

Таким чином, аналіз результатів багатьох досліджень свідчить про високу частоту уражень тканин пародонта на фоні супутньої патології шлунково-кишкового тракту. Тому питання своєчасної та якісної діагностики даних захворювань і успішного лікування потребує подальшого поглибленого вивчення.

### Список літератури

1. Данилевський Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко — Київ: Здоров'я, 2000. — 462 с.
2. Горбачева Л.А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / Л.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология. — 2001. — Т.80, № 1. — С.26-34.
3. Ткачук Н.Н. Особенности лечения и терапия пародонтита у больных неспецифическим язвенным колитом, автореферат. — 1984. — с.23.
4. Вейсгейм Л.Д. Состояние вопроса о влиянии соматических заболеваний на клинику и лечение пародонтитов / Л.Д. Вейсгейм, Е.В. Люмкис // Новое в стоматологии. — 2004. — №:6(122). — С.75-77.
5. Дмитриева Л.А. Пародонтит / Л.А. Дмитриева — Москва: МЕДпресс-информ, 2007. — 70-79, 100-163 с.
6. Кирсанов А.Н. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта / А.Н. Кирсанов, Л.А. Горбачева // Пародонтология. — 1999. — № 1. — С.36-39.
7. Півторак К.В. Імунний статус при загостренні неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона, залежність від наявності анемічного синдрому / К.В. Півторак // Біомедична та біосоціальна антропологія. — 2008. — № 11 — С.156-159.
8. Подгаецкая О.Е. Этиология и патогенез хронического генерализованного пародонтита / О.Е. Подгаецкая, С.А. Шнайдер // Буковинський медичний вісник. — 2007. — № 1. — С.127;
9. Самойленко А.В. Сучасні аспекти етіології, патогенезу та лікування різних клінічних варіантів генералізованого пародонтиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 / А.В. Самойленко. — Одеса, 2003. — 34 с.
10. Матвійчук Х.Б. Пародонтальний статус у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки / Матвійчук Х.Б. // Актуальні питання стоматології сьогодні: Наук.-практ. конф., 2010: матеріали конф. — Тернопіль. — 2010. — С. 11-12.
11. Ємельянова Н.Ю. Зміни тканин пародонта у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу / Ємельянова Н.Ю. // III (X) з'їзд Асоціації стоматологів України, 2008: матеріали з'їзду. — Полтава. — 2008. — С.157-158.
12. Кулигіна В.М., Левицька О.В. Результати обстеження клінічного стану та гігієни ротової порожнини хворих на дисбактеріоз кишківника / Кулигіна В.М., Левицька О.В. // III (X) з'їзд Асоціації стоматологів України, 2008: матеріали з'їзду. — Полтава. — 2008. — С. 186-187.
13. Колесова Н.В. Особливості генезу генералізованого пародонтиту в осіб із соматичною патологією / Колесова Н.В. // III (X) з'їзд Асоціації стоматологів України, 2008: матеріали з'їзду. — Полтава. — 2008. — С. 195-196.
14. Бандрівський Ю.Л., Бандрівська Н.Н., Авдєєв О.В. Взаємозв'язок захворювань пародонту із соматичною патологією / Ю.Л. Бандрівський, Н.Н. Бандрівська, О.В. Авдєєв // Галицький лікарський вісник. — 2008. — № 4. — С.95-96;
15. Орехова Л.Ю. Клинико-иммунологические микробиологические параллели в течении хронического генерализованного пародонтита и язвенной болезни желудка // Стоматология, 2006, т. 85, № 6. — С. 22 — 26.
16. Каспина А.И., Дрожжина В.А., Керзиков А.Ф., Керзиков О.А. Влияние инфицирования Helicobacter pylori на состояние слизистой оболочки полости рта // Ин-т стоматологии, 2003, № 4. — С. 46 — 49.
17. Цимбалістов А.В. Патологіологічні аспекти розвитку сочєтанної патології порожнини рота та жєлудочно-кишєчного тракту / А.В.Цимбалістов, Н.С.Робакідзе // Стоматологія для всіх. — 2005. — № 1. — С. 28 — 34.
18. Мамєдов Р.М. Влияние комплекса социально-поведенческих факторов на взаимосвязанную распространенность воспалительных заболеваний пародонта, хронического гастрита и Helicobacter pylori — инфекции / Р.М.Мамєдов // Современная стоматология. — 2010. — № 3. — С. 48 — 52.
19. Гончарук Л.В., Косєнко К.Н., Гончарук С.Ф. Взаємозв'язок воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии / Л.В. Гончарук, К.Н.Косєнко, С.Ф.Гончарук // Современная стоматология. — 2011. — № 1. — С. 37 — 40.
20. Мащєнко И.С. Иммунологические и гормональные аспекты патогенеза генерализованного пародон-

- тата / Мащенко И.С. // Вісник стоматології. Спеціальний випуск. — 2003. — № 13. — С. 22—25.
21. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом/ Л.А. Горбачева, А.Н. Кирсанов, Л.Ю. Орехова// Стоматология. — 2004. — № 3. — С. 6—11.
22. Лепилин А.В. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ А.В. Лепилин, М.А. Осадчук, Н.В. Булкина// Российский стоматологический журнал. — 2004. — № 5. — С. 34—36.
23. Деньга І.С. Корекція кишкового дисбактеріозу в поетапній імунореабілітації хворих на генералізований пародонтит/ І.С. Деньга// Експериментальна та клінічна фізіологія та біохімія. — 2003. — № 2. — С. 95-103.
24. Мдинарадзе Г.Н. Оказание стоматологической помощи пациентам с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона: автореф. дис. на здобуття науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 / Г.Н.Мдинарадзе. — Москва, 2006. — 35 с.

Отримано 11.05.11