

© Х.Б. Матвійчук, 2015

УДК 616.314.17-06:616.342-002.44-06

Х.Б. МАТВІЙЧУК

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, факультет післядипломної освіти, кафедра терапевтичної стоматології, Львів***СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕННЯ**

Обстежено 96 хворих на генералізований пародонтит, яких розділено на чотири групи: I – хворі із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею, II – пацієнти із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою перфорацією виразки, III – хворі із загостренням виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, IV – пацієнти із генералізованим пародонтитом без виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Для оцінки стоматологічного стану ротової порожнини використовували індекси Федорова-Володкіної (1970), A.L. Russel (1956). Наявність запального процесу визначали за допомогою проби Шиллера-Писарева. Незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини пацієнтів I та II груп значимо відрізнявся при порівнянні II та IV груп обстеження ($p < 0,05$). Дуже поганий стан гігієни ротової порожнини виявлено істотно більшим при порівнянні I та III груп, між I та IV і II та III групами ($p < 0,05$). «Різно позитивна» проба Шиллера-Писарева у пацієнтів I групи була значимо частіше, ніж у III групі ($p < 0,05$). При порівнянні I і IV груп різниця також виявилась вірогідною ($p < 0,05$). При порівнянні II і III та II і IV груп відмінності виявились також статистично сигніфікантиними ($p < 0,05$). З урахуванням ПІ A.L. Russel, пародонтит I ступеня констатовано у кожній групі пацієнтів, однак значимо рідше у I групі у порівнянні з III ($p < 0,05$). Генералізований пародонтит III ступеня у I групі констатовано значимо частіше у порівнянні з III і IV групами ($p < 0,05$). Отримані у дослідженні результати дають підстави вважати, що генералізований пародонтит наявний у всіх хворих із ускладненнями виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Стан гігієни ротової порожнини у хворих із перфораційною та кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки є значимо гірший у порівнянні з пацієнтами із загостренням виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та без неї. Найімовірнішими причинами загострення запально-дистрофічних змін у тканинах пародонту є гостра стресова реакція, зумовлена появою ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, та відсутність умов для належної гігієни ротової порожнини.

Ключові слова: пародонт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнення

Вступ. Генералізований пародонтит (ГП) та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) – соціально значимі захворювання глобального масштабу з близькими за характером етіологічними чинниками та патогенезом [1, 2]. Так, за даними ВООЗ, на захворювання тканин пародонту страждають 98% дорослого населення Земної кулі. Найвищий відсоток захворюваності на ГП – 65-92% притаманний особам працездатного віку (35-45 років) [4]. Генералізований пародонтит – найчастіша причина передчасної втрати зубів нетравматичного генезу [5].

Ще у 1923 році McCall і Vox вперше застосували термін «parodontitis complex», під яким розуміли захворювання тканин пародонту, визначальну роль у виникненні яких мають системні захворювання [2]. За спостереженнями клініцистів, поєднання запальних захворювань тканин пародонту із ВХДПК сягає 97,3-100% [2, 3, 10]. Дослідженнями встановлено пряму залежність між тяжкістю ГП та ступенем компенсації захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки ВХДПК [6]. Віддавна відомо, що зміни в порожнині рота є своєрідним «екраном» ранніх проявів патології ШКТ [7]. Одним із вагомих резервуарів *Helicobacter pylori* – визначального чинника мікробної етіології ВХДПК – є пародонтальні кишені [9].

Експериментальними та клінічними дослідженнями виявлено пряму кореляційну залежність між хронічним стресом, захворюваннями тканин пародонту та шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) [3, 8]. Стан тканин пародонту в клінічних умовах гострого стресу, що виникає при появі ускладнень ВХДПК, є недостатньо вивченим.

Мета дослідження. Вивчити зміни тканин пародонту у хворих з ускладненнями виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та порівняти їх з такими, які виникають у пацієнтів з неускладненим перебігом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та без неї.

Матеріали та методи. Проспективним дослідженням охоплено 96 хворих на генералізований пародонтит віком від 21 до 58 років (середній вік – $39,1 \pm 4,3$). Усіх хворих поділено на чотири групи. Першу (I) групу склали 39 хворих із ВХДПК, ускладнену кровотечею. Другу (II) становили 17 пацієнтів із ВХДПК, ускладнену перфорацією виразки. Серед усіх ускладнень ВХДПК вибрано ті, які, як правило, вводять пацієнта у стан гострого стресу (раптові крововиділення, втрата притомності, страх смерті, обстановка операційної та ін.). У третю (III) групу увійшли 25 хворих із загостренням (наявністю виразкового дефекту у ДПК) ВХДПК. Четверту (IV) склали 15 пацієнтів із генералізованим пародонтитом без ВХДПК.

Пацієнти I, II та III груп лікувалися у 1 та 3 хірургічних відділеннях комунальної міської лікарні швидкої медичної допомоги міста Львів (ЛКМЛШМД) у період з 2013 по 2014 роки. Діагностику, ендоскопічне, медикаментозне та операційне лікування хворих проводили хірурги у відповідності до чинних клінічних протоколів.

Стоматологічний огляд пацієнтів I, II та III груп здійснювали у відділенні щелепно-лицевої хірургії ЛКМЛШМД за згодою лікуючого лікаря та задовільного стану пацієнта (позитивної динаміки результатів аналізів, оперованих – не раніше 3-го дня після хірургічного втручання). Огляд пацієнтів IV групи відбувався на кафедрі терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Обстеження пацієнтів розпочинали зі збору скарг, анамнезу захворювання та життя (наявність шкідливих звичок та супровідних захворювань). З'ясовували регулярність дотримання особистої гігієни ротової порожнини, використання допоміжних засобів (ополіскувачі, флоси та ін.). Визначали характер звернення за стоматологічною допомогою (систематичний, спорадичний, за гострої потреби) та попереднього лікування пародонтиту.

Під час стоматологічного огляду звертали увагу на неприємний запах із рота, наявність зубних відкладень (над та під'ясенних), набряк, гіперемію, кровоточивість та рецесію ясен, патологічну рухомість зубів, наявність та глибину пародонтальних кишень.

Для оцінки стоматологічного стану ротової порожнини використовували ряд індексів. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за індексом Федорова-Володкіної (1970). Наявність запального процесу визначали за допомогою

проби Шиллера-Писарева, а вираженість запально-деструктивного процесу в тканинах пародонту – за пародонтальним індексом A.L. Russell (1956). При встановленні діагнозу використовували класифікацію захворювань тканин пародонту М.Ф. Данилевського (1994) [6].

Статистичну обробку результатів дослідження проведено за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 55. Значимість різниць у відносних величинах визначали за t-критерієм Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Характерними скаргами всіх пацієнтів був неприємний запах з рота та наявність налету, зубних відкладень та кровоточивості ясен. Хворі I та II груп відзначали відчуття набрякості ясен, підвищену чутливість та надмірну рухомість зубів, причину посилення яких вони вбачали у відсутності звичних для них умов чищення зубів у місці перебування. Натомість хворі III та IV груп скаржились на наявність зубних відкладень, незначну кровоточивість ясен та відчуття неприємного запаху з ротової порожнини.

Під час опитування було з'ясовано, що регулярно (раз у півроку) за стоматологічною допомогою звертались тільки 7,5% зі всіх обстежених осіб. Консервативне лікування запальних захворювань пародонту в минулому зазначили лише 4,8% пацієнтів.

Дотримання належної гігієни ротової порожнини може бути проблематичним при негайній госпіталізації пацієнтів у хірургічний стаціонар, особливо після перенесених операцій, перебування на суворому постільному режимі та поганому самопочутті. Проведене стоматологічне обстеження з обчисленням гігієнічного індексу Федорова-Володкіної виявило значні відмінності між групами хворих (табл. 1).

Таблиця 1

Гігієнічний стан ротової порожнини за індексом Федорова-Володкіної у групах хворих

ГІ (бали) Федорова-Володкіної / гігієнічний стан порожнини рота	I n=39	II n=17	III n=25	IV n=15
1,1—1,5 / добрий	—	—	—	2 (13,3%)
1,6—2,0 / задовільний	—	—	8 (32%)	4 (26,7%)
2,1—2,5 / незадовільний	7 (17,9%)	3 (17,6%)	12 (48%)	5 (33,4%)
2,6—3,4 / поганий	14 (36%)	6 (35,3%)	3 (12%)	2 (13,3%)
3,5—5,0 / дуже поганий	18 (46,1%)	8 (47,1%)	2 (8%)	2 (13,3%)

Так, у пацієнтів I, II та III груп обстежених не виявлено доброго догляду за ротовою порожниною. Лише у хворих IV групи констатовано добрий догляд за ротовою порожниною (13,3%). Задовільний стан ротової порожнини виявлено лише у пацієнтів III та IV груп обстежених, натомість при огляді пацієнтів I та II груп – задовільний стан не спостерігався. Гігієнічний стан ротової порожнини за індексом Федорова-

Володкіної діагностовано як незадовільний, поганий та дуже поганий у всіх групах пацієнтів. Незадовільний гігієнічний стан порожнини рота пацієнтів I та II груп значимо відрізнявся при II та IV групах обстеження ($p < 0,05$). Порівнюючи II та IV групи, встановлено незадовільний стан при $p < 0,05$. Поганий гігієнічний стан ротової порожнини за даним індексом при порівнянні I та III груп склав $p < 0,05$. Дуже поганий стан гігієни по-

рожнини рота виявлено істотно більшим при порівнянні I та III груп, між I та IV і II та III групами ($p < 0,05$).

Як відомо, проба Шиллера-Писарева вказує на інтенсивність запалення та ґрунтується на тому, що при запальному процесі в яснах підвищується вміст глікогену. У жодного з обстежених пацієнтів

не виявлено «негативної» проби Шиллера-Писарева (табл. 2). «Слабо позитивну» пробу не діагностовано у I та II групах обстеження. «Позитивна» та «різко позитивна» була наявна у всіх обстежених. Проте «різко позитивна» проба Шиллера-Писарева при обстеженні пацієнтів I та III груп відрізнялась значимо ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Проба Шиллера-Писарева у групах хворих

Проба Шиллера-Писарева	I n=39	II n=17	III n=25	IV n=15
Негативна	—	—	—	—
Слабо позитивна	—	—	13 (52%)	9 (60%)
Позитивна	11 (28,2%)	7 (41,2%)	7 (28%)	4 (26,7%)
Різко позитивна	28 (71,8%)	10 (58,8%)	5 (20%)	2 (13,3)

При порівнянні I і IV груп різниця також виявилась вірогідною ($p < 0,05$). При порівнянні II та III та II і IV груп відмінності виявились також статистично сигніфікантними ($p < 0,05$).

З урахуванням III A.L. Russel, інтактного стану тканин пародонту не виявлено у жодного з обстежених хворих (табл. 3). Початковий ступінь ГП

констатовано лише у III та IV групах без істотної різниці у частоті ($p > 0,05$). Пародонтит I ступеня констатовано у кожній групі пацієнтів, однак значимо рідше у I групі у порівнянні з III ($p < 0,05$). Пародонтит II ступеня виявлено більше у пацієнтів I та II груп, однак вірогідної різниці з відсотками III та IV груп не встановлено ($p > 0,05$).

Таблиця 3

Вираженість запально-деструктивного процесу в тканинах пародонту за III A.L. Russel у групах хворих

Стан пародонту	I n=39	II n=17	III n=25	IV n=15
Інтактний пародонт	—	—	—	—
Початковий ступінь пародонтиту	—	—	3 (12%)	3 (20%)
Пародонтит I ступеня	7 (18%)	3 (17,7%)	11 (44%)	6 (40%)
Пародонтит II ступеня	13 (33,3%)	6 (35,3%)	6 (24%)	4 (26,6%)
Пародонтит III ступеня	19 (48,7%)	8 (47%)	5 (20%)	2 (13,4%)

Однак звертає на себе увагу факт значимо частішого виявлення пародонтиту III ступеня у I групі у порівнянні з III і IV ($p < 0,05$). Результати проведеного дослідження співзвучні висновкам клініцистів щодо прямої кореляції між вираженістю ГП та тяжкістю перебігу ВХДПК [6, 10]. Отримані дані підтвердили і конкретизували повідомлення авторів щодо вкрай негативного впливу ускладнень ВХДПК на стан тканин пародонту [3].

Висновки. Генералізований пародонтит наявний у всіх хворих із ускладненнями виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоклицкая Г.Ф. Стоматологические проявления в ротовой полости у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Г.Ф. Белоклицкая, Н.В. Савченко, Т.И. Дзицюк // Український стоматологічний альманах. — 2010. — Т.2., №2. — С. 66—67.
2. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология. — 2004. — №3. — С. 6—11.

2. Стан гігієни ротової порожнини у хворих із перфораційною та кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки є значимо гірший у порівнянні з пацієнтами із загостренням виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та без неї.

3. Найбільш ймовірними причинами загострення запально-дистрофічних змін у тканинах пародонту є гостра стресова реакція, зумовлена появою ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, та відсутність умов для належної гігієни ротової порожнини.

3. Давиденко С.В. Патологічні зміни в кістковій тканині пародонта щурів із експериментальною виразкою шлунка та цукровим діабетом / С.В. Давиденко, К.С. Непорада // Український стоматологічний альманах. — 2009. — №2. — С. 3—5.
4. Дурягина Л.Х. Микроскопическое исследование структуры десен в качестве модели для изучения результатов профилактики генерализованного пародонтита в условиях хронического стресса / Л.Х. Дурягина // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2012. — №3. — С. 50—54.
5. Кольба О.О. Менеджмент первинного пародонтологічного лікування / О.О. Кольба // Вісник стоматології. — 2008. — №1. — С. 30.
6. Михайлов А.Е. Особенности сопутствующей патологии у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом / А.Е. Михайлов, Н.Л. Кузнецова, С.И. Блохина // Клиническая стоматология. — 2009. — №2 (50). — С. 34—37.
7. Особенности течения некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне патологии желудочно-кишечного тракта / В.Ф. Куцевляк, Л.И. Титова, К.В. Божко [та ін.] // Український стоматологічний альманах. — 2007. — №5. — С.14—16.
8. Патогенетичні механізми кореляції стресорного пошкодження пародонта та шлунка / Л.М. Тарасенко, І.М. Скрипник, Т.О. Петрушанко [та ін.] // Фізіол. журн. — 2000. — Т.46, №4. — С. 76—79.
9. Роль хелікобактерної інфекції в розвитку захворювань травного тракту і пародонту / Є.П. Маслова, Ю.М. Ілляшенко, Д.В. Маслов [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія. — 2010. — Т. IX, №4 (34). — С. 137—139.
10. Ярова С.П. Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта / С.П. Ярова, В.С. Алексеева // Український стоматологічний альманах. — 2014. — №2. — С. 105—107.

Kh.B. MATVIICHUK

Danylo Halytsky national medical university, Department of Therapeutic Dentistry of Postgraduate Education Faculty, Lviv

CONDITION OF PERIODONTAL TISSUE IN PATIENTS WITH DUODENAL PEPTIC ULCER DISEASE AND ITS COMPLICATIONS

The study involved 96 patients with GP, which were divided into 4 groups: I – patients with DPUD, complicated by bleeding; II – patients with DPUD, complicated by perforated ulcer; III – patients with acute exacerbation of DPUD; IV – patients with GP without DPUD. To assess the state of dental condition, we used indices of Fedorov-Volodkina (1970) and of A.L. Russel (1956). The presence of inflammation was determined by Schiller-Pisarev probe. Unsatisfactory oral hygiene status of patients of groups I and II significantly differed in comparison to groups III and IV ($p < 0.05$). Very poor oral health status was significantly more frequent, when comparing groups I and III, I and IV, II and III ($p < 0.05$). "Strongly positive" Schiller-Pisarev probe in patients of group I and was significantly more frequent than in group III ($p < 0.05$). When comparing groups I and IV, the difference was also significant ($p < 0.05$). Comparing II and III and II and IV groups, differences were also statistically significant ($p < 0.05$). Given the PI of A.L. Russel, periodontitis of level I was stated in each group, but significantly less in group I compared to group III ($p < 0.05$). Generalized periodontitis of level III in group I was stated significantly more often, when compared to groups III and IV ($p < 0.05$). Obtained data give reasons to believe that GP is present in all patients with complications of duodenal ulcer. Oral hygiene status in patients with perforation and bleeding of duodenal ulcer was significantly worse, when compared to patients with and without acute exacerbation of DPUD. The most likely cause of exacerbation of inflammatory-degenerative changes in the periodontal tissues are acute stress response, caused by the rise of complications of DPUD, and the lack of conditions for proper oral hygiene.

Key words: periodont, duodenal peptic ulcer disease, complications

Стаття надійшла до редакції: 6.11.2014 р.