



УДК 616.314.17–002–06:616.3–008.1–089.168.1(045)

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Островская Л. Ю., Булкина Н. В.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ

CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES AT PATIENTS WITH POSTGASTRECTOMY SYNDROM

Ostrovskaya L. U., Bulkina N. V.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky

**Островская
Лариса Юрьевна**
Ostrovskaya Larisa U.
ost-lar@mail.ru

Островская Л. Ю. — д.м.н., профессор кафедры стоматологии терапевтической
Булкина Н. В. — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической
Ostrovskaya L. U. — Department of Therapeutic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science
Bulkina N. V. — Head of Department of Therapeutic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science

Резюме

Цель исследования. Изучение особенностей состояния пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами, определение предикторов прогрессирования патологического процесса в пародонте.

Материал и методы. Проведено обследование 42 больных с болезнью оперированного желудка, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте 29–58 лет. Проведено эндоскопическое, рентгенологическое, морфологическое обследование. Материал обработан статистически.

Результаты. Клиническими особенностями пародонтита на фоне постгастрорезекционных расстройств являются выраженная воспалительная реакция в тканях пародонта, глубокие пародонтальные карманы, гноетечение из них, значительная подвижность зубов, обильные зубные отложения, эрозии эмали. Предикторами возникновения и прогрессирования пародонтита после резекции желудка являются нарушение эвакуации из культи желудка, выраженность энтерогастро-эзофагеального рефлюкса, общие дистрофические изменения в организме, обусловленные мальабсорбцией.

Заключение. Для достижения стойкой ремиссии в лечении пациентов с коморбидной патологией требуется междисциплинарный подход гастроэнтерологов и стоматологов.

Ключевые слова: коморбидная патология, пострезекционные расстройства, пародонтит

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 144 (8): 12–16

Summary

Purpose. Definition of features of a periodontal tissues at patients with postgastrectomy disturbances and predictors of progression periodontal diseases

Material and methods. The examination of 42 patients with a disease of the operated stomach and chronic generalized periodontitis at the age of 29–58 years is conducted. Endoscopic, radiological, morphological examination is conducted. Material processed statistically.

Results. Clinical features of a periodontal disease against the background of the postgastrorectomy disturbances are the expressed inflammatory reaction in periodontal tissues, deep periodontal pockets, suppuration from them, appreciable mobility of teeth, plentiful tooth deposits, erosions of an enamel. Predictors of emergence and advance of a periodontal disease after a resection of a stomach are disturbance of evacuation from a stomach stump, the expression of an entero-gastro-ezofageal reflux, general dystrophic changes in an organism caused by malabsorption.

Conclusion. Achievement of permanent remission in treatment of patients with comorbid pathology requires joint approach of gastroenterologists and stomatologists.

Key words: comorbid diseases, postgastrorectomy disturbances, periodontal disease

Exsperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2017; 144 (8): 12–16

Введение

Несмотря на совершенствование антисекреторных препаратов и появление новых схем эрадикационной терапии, частота торпидных форм и опасных для жизни осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не только не уменьшается, но имеет тенденцию к росту [1]. До настоящего времени наиболее распространенным методом лечения осложненных и тяжело протекающих форм язвенной болезни, по-прежнему, является резекция желудка. Любой вариант резекции желудка приводит к изменению физиологического транспорта пищи и процессов пищеварения, в большинстве случаев не вызывающих заметных нарушений функции системы пищеварения благодаря ее значительным компенсаторным возможностям. Однако в ряде случаев после резекции желудка возникают различные расстройства, приводящие к нарушениям общего состояния и даже инвалидизации больных. Тяжелые постгастрорезекционные расстройства наблюдаются приблизительно у 3 %

больных, оперированных по поводу язвенной болезни [2]. Хронический генерализованный пародонтит патогенетически связан с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), что предрасполагает к формированию полиморбидного континуума с прогрессирующим поражением пародонта [3;4]. В тоже время не только патология ЖКТ способствует развитию обострений пародонтита, но и патология пародонта нередкоотягощают течение заболеваний органов пищеварения. Однако до сих пор отсутствует комплексный подход к методам лечения заболеваний внутренних органов, ассоциированных с пародонтитом. Часто это обусловлено производственной разобщенностью врачей-терапевтов и стоматологов.

Цель: изучение особенностей состояния пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами, определение предикторов прогрессирования патологического процесса в пародонте и профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Обследованы 42 пациента с болезнью оперированного желудка (32 мужчины и 10 женщин), группа сравнения представлена 30 пациентами, перенесшими резекцию желудка по поводу осложненного течения язвенной болезни, не имеющими постгастрорезекционных расстройств. Возраст обследованных пациентов колебался от 29 до 58 лет, средний возраст $49,31 \pm 1,14$ года. Сроки после резекции желудка составили в среднем $6,23 \pm 0,44$ года. Основным вариантом вмешательства была резекция 2/3 желудка с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта по способу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера – 33 пациента, 9 больных – по Бильрот-I. В группе сравнения наиболее часто отмечали проведение резекции желудка по Бильрот-I – 20 пациентов, реже Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера – 7 пациентов и по Ру – 3 больных. Диагноз постгастрорезекционного синдрома устанавливали на основании комплексного анализа клинической картины, результатов рентгенологического и эндоскопического исследований, лабораторных тестов [5]. Для внутрипищеводной

и внутрижелудочной рН-метрии использовали автономный индикатор кислотности желудка АГМ-01 («Исток-Система», г. Фрязино). Диагностика *H. pylori*-инфекции в зубном налете первых моляров, пародонтальных карманах и желудке базировалась на использовании морфологического метода в сочетании с методом полимеразной цепной реакции (тест-системы «АмплиСенс – *Helicobacter pylori*-520» (ЦНИИЭ МЗ РФ, Москва)).

Постановка диагноза «пародонтит» осуществлялась согласно классификации, принятой на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (ноябрь, 1983), на заседании Президиума секции пародонтологии Стоматологической ассоциации России (2001) на основе МКБ-10 (ВОЗ, 1997) с использованием рентгенологических критериев оценки тяжести заболевания по Н.А. Рабухиной, А.П. Аржанцеву (2003).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ «STATISTICA» с использованием критериев достоверности Стьюдента и Манна-Уитни.

Таблица 1
Характеристика постгастрорезекционных расстройств у обследованных пациентов

Постгастрорезекционный синдром	Число пациентов, n= 42	
	Абс.число (%)	
Демпинг-синдром, в том числе гипогликемический синдром	24 (57,1)	
Синдром приводящей петли:	11 (26,2)	
• функциональный	10 (23,8)	
• механический	1 (2,4)	
Пептические язвы анастомоза	7 (16,7)	
Анастомозит	27 (64,3)	
Постгастрорезекционная дистрофия	4 (9,5)	
Постгастрорезекционная анемия	8 (19,0)	

Рисунок 1
Ортопантограмма пациента У., 45 лет, страдающего хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени на фоне болезни оперированного желудка, пептической язвой гастроэнтероанастомоза.

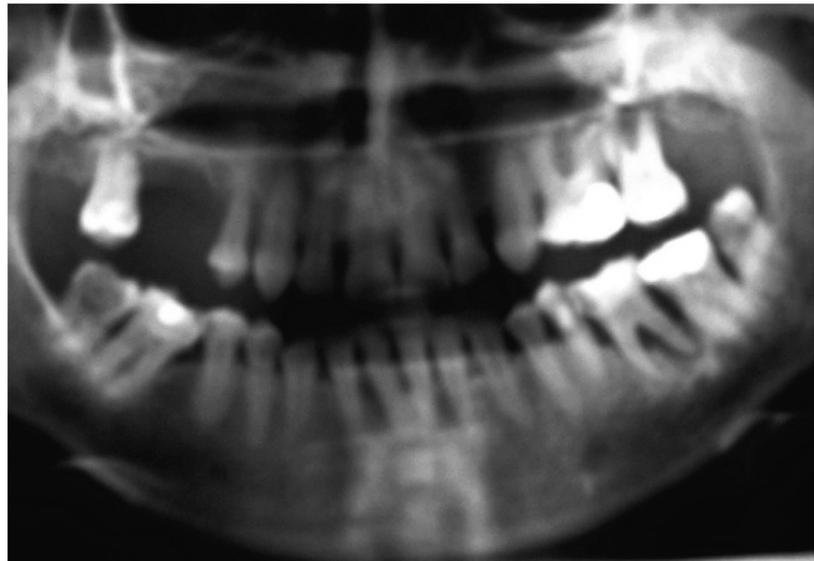


Таблица 2
Показатели рН мониторингования у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне постгастрорезекционных расстройств

Показатель	Практически здоровые лица, n=20	Пациенты с пародонтитом средней степени тяжести, n=24	Пациенты с пародонтитом тяжелой степени, n=16
Среднее значение рН в дистальном отделе пищевода	4,83±0,13	5,78 ± 0,04*	6,52 ± 0,03*#
Общее время с рН более 7,0, в вертикальном положении, мин (%)	0	(12,6%) 22,68 ± 0,26	(23,5%) 42,37 ± 1,88*

Примечание:
* – показатели имеют достоверные различия со значениями в группе практически здоровых лиц (p<0,05);
– показатели у пациентов с пародонтитом тяжелой степени имеют достоверные различия со значениями у пациентов с пародонтитом средней степени тяжести (p<0,05).

Результаты

Была изучена структура постгастрорезекционных расстройств у обследованных пациентов.

Среди сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта наиболее часто регистрировали хронический бескаменный холецистит (38,1%) и хронический панкреатит в фазе ремиссии (23,8%). Данная связь обусловлена нарушениями функционального и органического характера в органах дуоденохоледохопанкреатической зоны после резекции желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

У всех пациентов группы сравнения, перенесших в анамнезе резекцию желудка по поводу ЯБЖ или ЯБДК, на основании клинико-рентгенологических данных был диагностирован хронический

генерализованный пародонтит легкой (40,0%), средней (46,7%) и тяжелой (13,3%) степеней. У 60% пациентов группы сравнения пародонтит находился в фазе ремиссии, при рентгенологическом исследовании у них выявлена стабилизация патологического процесса в пародонте. Следовательно, после успешного хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев наблюдается стабилизация патологического процесса в пародонте.

Наиболее тяжелые изменения пародонтальных тканей наблюдали в группе пациентов с постгастрорезекционными расстройствами: патология пародонта была представлена генерализованным пародонтитом средней степени – у 57,1%, тяжелой

степени – у 38,1 % больных. Поражение пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами развивались на фоне плохого состояния гигиены ротовой полости.

Клиническими особенностями пародонтита на фоне постгастрорезекционных расстройств являются выраженная воспалительная реакция в тканях пародонта, глубокие пародонтальные карманы, гноетечение из них, значительная подвижность зубов, обильное отложения под- и наддесневого камня. Обнаруживали эрозии эмали на оральной поверхности зубов, что служит патогномичным проявлением гастроэзофагеального рефлюкса [6].

Постгастрорезекционные расстройства средней степени тяжести диагностировали у 57,1 % пациентов, тяжелой степени – у 26,2 %, Легкую степень наблюдали у 16,7 % пациентов. При анализе клинико-инструментальных признаков поражения пародонта в зависимости от характера гастроинтестинальных нарушений установлено, что тяжесть хронического пародонтита коррелировала со степенью тяжести постгастрорезекционного синдрома ($r=0,733$).

Наиболее тяжелые формы генерализованного пародонтита регистрировали у пациентов с пептическими язвами анастомоза и тяжелым синдромом приводящей петли (выраженная гиперемия слизистой оболочки десны с вовлечением переходной складки; кровоточивость и болезненность десен). Анализ глубины пародонтальных карманов выявил максимальные цифровые значения во фронтальном участке на вестибулярной и дистальной поверхностях резцов, а в боковых участках челюстей – в области дистально-щечных поверхностей премоляров и моляров. Максимальная глубина зондирования достигала 8,5 мм. В этом случае она сочеталась с расширением периодонтальной щели и соответствовала области суперконтактов с зубами-антагонистами. В местах расположения абсцессов карманы были значительной глубины (6 мм и более) с обильным разрастанием грануляционной ткани. Подвижность зубов в участках абсцедирования соответствовала II-III степени.

Обсуждение

Традиционно заболевания пародонта связывают с системными процессами в организме, и в первую очередь с заболеваниями ЖКТ. Литературные данные свидетельствуют о многофакторности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта [7;8]. Отмеченные особенности клиники пародонтита на фоне болезней оперированного желудка определяются, в первую очередь, снижением резистентности тканей пародонта на фоне высокой активности факторов агрессии и нарушений моторной и секреторной функций верхних отделов пищеварительного тракта [9]. Тяжесть поражения пародонта связана также с общими нарушениями в организме – мальабсорбцией и вазомоторными расстройствами, имеющими место у пациентов с постгастрорезекционными синдромами.

При рентгенологическом исследовании характерными изменениями были: деструкция межзубной перегородки $\frac{1}{2}$ высоты корня и более, выраженные признаки остеопороза. Выявляли как горизонтальную, так и вертикальную резорбцию межальвеолярных перегородок. При обследовании у 54,8 % больных выявлена патологическая окклюзия, наличие трем и диастем.

Среди пациентов с постгастрорезекционными расстройствами *H.pylori* обнаружен в 69 % случаев в культе желудка и в 59,5 % случаев в зубном налете, что соответствовало показателям в группе сравнения, где *H.pylori* обнаруживали в желудке у 63,3 %, в зубном налете – у 60 % пациентов.

Показатели определения внутрипищеводного pH свидетельствуют о тесной связи энтерогастроэзофагеального рефлюкса и хронического генерализованного пародонтита на фоне постгастрорезекционных расстройств. Тяжесть пародонтита нарастала соответственно выраженности рефлюкса тонкокишечного содержимого в пищевод. Наиболее значимые различия между группами пациентов с пародонтитом различной степени тяжести на фоне постгастрорезекционных расстройств были зарегистрированы по показателю продолжительности pH в пищеводе выше 7,0, который у пациентов с тяжелым пародонтитом колебался от 6 до 34 % времени мониторингования, составляя в среднем 23,5 %.

При оценке кислотопродукции у 16,7 % пациентов отмечена нормальная кислотность желудочного сока (средний pH составил 1,6–2,2), у 9,5 % больных выявлено умеренное снижение кислотопродукции (pH 2,2–3,5), у 41,7 % больных выраженная гипоацидность (pH 3,6–6,9) и у 26,2 % – анацидность (pH более 7).

На основании проведенных исследований выявлена достоверная взаимосвязь между эндоскопическими признаками энтерогастроэзофагеального рефлюкса и тяжестью поражения пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами. Тяжелое поражение пародонта развивалось чаще в сроки 3 года и более после резекции желудка, что говорит о «срыве» адаптационных механизмов и снижении резистентности тканей пародонта.

Характер поражения пародонта ассоциирован с формой и степенью тяжести постгастрорезекционного синдрома: наиболее тяжелые формы генерализованного пародонтита регистрировали у пациентов с пептическими язвами анастомоза и тяжелым синдромом приводящей петли, развивающимися чаще после восстановления непрерывности пищеварительного тракта по способу Бильрот-II в сравнении с Бильрот-I.

Полученные данные позволяют предположить, что роль пилорического хеликобактера не является определяющей в развитии и характере течения воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и пародонта после резекции.

Существенное значение для прогрессирования патологии пародонта при постгастрорезекционных расстройствах имеет фактор давности оперативного

лечения. Длительный рефлюкс кишечного содержимого приводит к снижению не только презептимальной защиты слизистой оболочки пищевода и развитию воспаления и эрозий, но и к непосредственному

поражению пародонта. Профилактика энтерогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов предполагает снижение степени риска развития тяжелых форм генерализованного пародонтита.

Выводы

Значимыми факторами возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта после резекции желудка являются нарушение эвакуации из культи желудка, выраженность энтерогастро-эзофагеального рефлюкса, общие дистрофические изменения в организме, обусловленные

мальабсорбцией, определяющие высокую активность факторов агрессии и снижение резистентности тканей пародонта. Для достижения стойкой ремиссии в лечении пациентов с коморбидной патологией требуется междисциплинарный подход гастроэнтерологов и стоматологов.

Список литературы

1. *Ивашкин В. Т., Комаров Ф. И., Раппопорт С. И.* Краткое руководство по гастроэнтерологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2001: 457.
2. *Самсонов М. А., Лоранская Т. И., Нестерова А. П.* Постгастрорезекционные синдромы. М.: Медицина. 1984: 192.
3. *Осадчук М. А., Островская Л. Ю., Исламова Е. А.* Особенности лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетанной с воспалительными заболеваниями пародонта. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 2009; 1: 76–80.
4. *Горбачева И. А., Орехова Л. Ю., Сычева Ю. А. и соавт.* Воспалительные заболевания пародонта в полиморбидном континууме, интегративный подход к лечению. СПб.: ООО «АСпринт». 2012: 140.
5. *Калинина А. В., Логинова А. Ф., Хазанова А. И.* Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ. 2013: 848.
6. *Маев И. В.* Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт-тол. 2005; 5: 56–67.
7. *Горбачева И. А., Орехова Л. Ю., Сычева Ю. А.* Пути преодоления полипрагмазии при лечении современных полиморбидных больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Пародонтология 2015; 2(75): 15–18.
8. *Булкина Н. В., Ведяева А. П., Савина Е. А.* Коморбидность заболеваний пародонта и соматической патологии. Медицинский вестник Северного Кавказа 2012; 3: 110–115.
9. *Цепов Л. М.* Заболевания пародонта: взгляд на проблему. М.: МЕДпресс-информ. 2006: 192.