

УДК 616.311.3-008.87-06:616.3

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЗУБОДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

К.Ю. Обидный¹, О.А. Коршукова², В.А. Шаркова²¹Стоматологическая поликлиника Дальневосточного окружного медицинского центра ФМБА РФ (690065, г. Владивосток, ул. Морозова, 7),²Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)**Ключевые слова:** заболевания пародонта, дисбактериоз, желудочно-кишечный тракт.

В развитии заболеваний полости рта важная роль принадлежит соматическим болезням желудочно-кишечного тракта. Проведен анализ состояния микробиоценоза зубодесневой борозды у 37 пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта, протекавшими на фоне хронических болезней желудочно-кишечного тракта. Показано, что выраженность дисбактериоза полости рта определялась характером фоновых заболеваний. При язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки дисбактериоз был более выражен, чем при хронических гастрите и холецистопанкреатите.

Полость рта представляет собой своеобразную экологическую систему, тесно связанную с внутренней средой организма [7, 8]. В развитии заболеваний полости рта немаловажная роль принадлежит соматическим болезням желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [9]. Огромное количество бактерий, поступающих из полости рта, в условиях желудка и 12-перстной кишки могут стать патогенными. Сапрофиты и условно-патогенная флора могут вызывать патологические процессы в слизистой оболочке всего ЖКТ, в том числе и в слизистой оболочке полости рта. По данным ряда авторов, хронический генерализованный пародонтит часто сочетается с заболеваниями ЖКТ [4–6]. Между тем механизм патофизиологической связи между этими заболеваниями до конца не ясен [3]. Известно, что при дисбактериозе кишечника наблюдаются сглаживание сосочков, обложенность и отечность языка, появляется ощущение сухости в ротовой полости [2]. У пациентов с язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки часто диагностируется гингивит, тяжесть которого находится в прямой зависимости от характера течения и давности заболевания [1].

Целью нашего исследования явился анализ состояния микробиоценоза зубодесневой борозды у пациентов с заболеваниями пародонта, развивающимися на фоне хронических болезней ЖКТ.

Материал и методы. Исследована десневая жидкость, взятая из пародонтальных карманов 37 пациентов 32–65 лет с хроническим гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), страдавших длительно текущими (более 5 лет) хроническими заболеваниями ЖКТ. Для определения состояния тканей пародонта применялись проба Шиллера–Писарева, индекс нуждаемости в пародонтальном лечении,

пародонтальный индекс Рассела, индекс кровоточивости по Мюллерману–Коуэллу [8].

Мазки для микроскопии получали из содержимого зубодесневой борозды с помощью стерильной одноразовой щетки для браш-биопсий. Забор материала для выделения ДНК проводили стандартными стерильными бумажными штифтами-абсорберами, погружаемыми в зубодесневую борозду на 30 с. Выделение ДНК проводилось методом полимеразной цепной реакции в амплификаторе ДТ-96. В исследуемом материале выявляли *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Enterobacteriaceae* и *Eubacterium* spp., дополнительно определяли маркеры пародонтопатогенных микроорганизмов: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Tannerella denticola*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (ЗАО «НПО ДНК-Технологии»).

Больные были условно разделены на три группы (табл. 1): 1-я – пациенты с ЯБ желудка и 12-перстной кишки, 2-я – пациенты с хроническим гастритом, 3-я – пациенты с хроническим холецистопанкреатитом (ХП). Контрольную группу составили 32 человека с хроническими заболеваниями пародонта, не отмечавшие в анамнезе хронической патологии ЖКТ.

При обработке результатов применялись методы параметрической статистики (средняя арифметическая и ее средняя ошибка, метод стандартизации). Достоверность различий между сравниваемыми величинами устанавливали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Стрептококки встречались во всех группах исследования. У пациентов с ЯБ частота выделения стафилококков была на 19,8% выше,

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологии

Хроническая патология		Кол-во наблюдений				
		ЖКТ	общее	женщины		мужчины
	абс			%	абс	%
пародонта	ЖКТ					
Гингивит	Гастрит	2	1	2,7	1	2,7
	ХП	4	3	8,1	1	2,7
ХГП легкой тяжести	Гастрит	5	4	10,8	1	2,7
	ХП	3	3	8,1	–	–
ХГП средней тяжести	ЯБ	3	1	2,7	2	5,4
	Гастрит	9	6	16,2	3	8,1
	ХП	7	6	16,2	1	2,7
Тяжелый ХГП	ЯБ	4	1	2,7	3	8,1
Всего:		37	25	67,6	12	32,4

Таблица 2
Частота выделения микроорганизмов из содержимого зубодесневой борозды пациентов с заболеваниями ЖКТ

Микроорганизмы	Частота выделения по группам							
	ЯБ		Гастрит		ХП		Контроль	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Streptococcus</i> spp.	7	100,0	16	100,0	14	100,0	32	100,0
<i>Staphylococcus</i> spp.	6	85,7	11	68,8	9	64,3	18	56,3
<i>Enterobacteriaceae</i> spp.	6	85,7	5	31,3	6	42,9	7	21,9
<i>Fusobacterium</i> spp.	3	42,8	4	25,0	3	21,4	6	18,5
<i>Eubacterium</i> spp.	2	28,5	3	18,8	3	21,4	6	18,5
<i>P. gingivalis</i>	6	85,7	14	87,5	12	85,7	25	78,1
<i>A. actinomycetemcomitans</i>	7	100,0	12	75,0	10	71,4	23	71,8
<i>T. forsythensis</i>	5	71,4	10	62,5	8	57,1	22	68,8
<i>T. denticola</i>	5	71,4	11	68,8	12	85,7	25	78,1

чем при гастрите, на 24,9 % выше, чем при ХП и на 34,3 % выше, чем в контроле (табл. 2). Фузобактерии при ЯБ встречались на 40 % чаще, чем при гастрите, в 2 раза чаще, чем при ХП и на 57 % чаще, чем в контроле. Маркеры *Eubacterium* spp. у пациентов с ЯБ регистрировались на 25 % чаще, чем у пациентов с ХП, на 35 % чаще, чем у пациентов с гастритом и без заболеваний ЖКТ. Маркеры *A. actinomycetemcomitans*, и *T. forsythensis* обнаруживались у больных ЯБ на 20,6±5,5 % чаще, чем в остальных группах. Более существенная разница оказалась в частоте регистрации энтеробактерий в группах с ЯБ, где она оказалась на 63,5 % больше, чем при гастрите, на 50 % больше, чем при ХП и на 74,5 % больше, чем в контроле. *T. denticola* встречалась чаще у больных с ХП и в контрольной группе. Частота обнаружения данного микроорганизма у лиц с ЯБ и гастритом была значительно ниже (на 13 и 19 % соответственно). Разница в частоте выделения *P. gingivalis* в исследуемых группах незначительна, при этом она на 8,3±0,9 % превышала частоту выделения в контрольной группе.

В 57,1 % случаев у больных ЯБ обнаруживался тяжелый ХГП, у прочих – ХГП средней степени тяжести. У больных гастритом и ХП ХГП средней степени тяжести встречался в 2 раза чаще, чем ХГП легкой степени и 2,7 раза чаще, чем гингивит. При этом у 56,3 % больных гастритом наблюдался ХГП средней степени тяжести, у 31,3 % – ХГП легкой степени и в 12,5 % – гингивит. У больных с ХП в половине случаев отмечался ХГП средней степени тяжести, в 21,4 % случаев – легкий ХГП и в 28,6 % случаев – гингивит.

Обсуждение полученных данных. Увеличение частоты выделения анаэробных и, в том числе, пародонтопатогенных микроорганизмов из зубодесневой борозды у пациентов с ЯБ сопровождалось более тяжелым течением пародонтита, что может быть связано с агрессией в ротовой полости в основном грамотрицательной микрофлоры, к которой относятся энтеробактерии, эубактерии (в т.ч. и *Helicobacter pylori*).

Интенсивность выраженности дисбактериоза зубодесневой борозды определялась характером заболеваний ЖКТ. При наличии ЯБ дисбактериоз был

более выражен, чем при хронических гастрите и ХП.

Таким образом, состав микрофлоры зубодесневой борозды у пациентов с заболеваниями пародонта при наличии ЯБ характеризуется более выраженным дисбактериозом, что имеет практическое значение при лечении больных.

Литература

1. Валов К. Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. КазНМУ. URL: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31077915 (дата обращения 16.05.2012).
2. Горлова В.А. Поражения полости рта при системных заболеваниях и нарушениях обменных процессов. URL: <http://www.volgostom.ru/referati-terapevticheskaya-stomatologiya> (дата обращения 07.05.2012).
3. Мазурова Я.Я. Патогенетическое обоснование иммуноцитохимического исследования хеликобактера в ротовой полости у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2011. 23 с.
4. Мазурова Я.Я., Кравцов В.Ю., Грухин Ю.А. и др. // Бациллярные и кокковые формы *Helicobacter pylori* в слизистых ротовой полости и антрума желудка (иммуноцитохимическое исследование) // Сибирский мед. журнал. 2008. Т. 23, № 2. С. 5–9.
5. Матисова Е.В., Еременко А.В. Характеристика биоценоза полости рта при пародонтите легкой степени тяжести. // Акт. пробл. эксперимент. и клин. мед.: материалы 66-й открытой науч.-практ. конф. 23–25 апреля 2008 г. Волгоград, 2008. С. 137–138.
6. Островская Л.Ю. Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с ЯБЖ и ДПК: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2008. 37 с.
7. Рахманова С.М., Шаркова В.А., Юцковский А.Д. Структура и иерархия таксономических групп микрофлоры кожи больных угревой болезнью в Приморском крае // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. № 3 С. 34–35.
8. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Носик А.С., Щербо С.Н. Современные методы микробиологической диагностики заболеваний тканей пародонта // Стоматология. 2005. № 2. С. 26–29.
9. Piovano S. Bacteriology of most frequent oral anaerobic infections // Anaerobe. 1999. Vol. 5, No. 3–4, P. 221–227.

Поступила в редакцию 21.05.2012.

GASTROINTESTINAL DISEASES AND THE STATE OF MICROBIocenosis IN DENTOGINGIVAL SULCUS IN PATIENTS WITH CHRONIC PARODONTAL DISEASES

K. Yu. Obidny¹, O. A. Korshukova², V. A. Sharkova²

¹Dental Clinic of the Far Eastern Regional Medical Center of the Russian Federal Medical and Biological Agency (7 Morozova St. Vladivostok 690065 Russia), ²Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950)

Summary – Somatic gastrointestinal diseases play an important role in developing stomatopathy. The paper provides analysis of the state of microbiocenosis in the dentogingival sulcus in 37 patients with chronic inflammatory diseases of parodontium occurred against the background of chronic gastrointestinal diseases. As reported, the marked character of the oral cavity dysbacteriosis appears to be determined by the nature of the background diseases. In case of gastric and duodenal ulcer, the dysbacteriosis is more marked than that associated with the chronic gastritis and chole-cystopancreatitis.

Key words: diseases of parodontium, dysbacteriosis, gastrointestinal tract.

Pacific Medical Journal, 2012, No. 4, p. 63–64.