

УДК [616.314.17- 008-002.2+616.36-089.843]-08(021)

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

**Гажва С.И., Касумов Н.С.**

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Нижегород, e-mail: stomfpkv@mail.ru*

В последние годы все чаще внимание врачей обращено к проблемам полиморбидной патологии, именно к тем клиническим ситуациям, когда воплощение в жизнь важнейшего принципа врачевания «лечить больного, а не болезнь» вызывает наибольшие затруднения. Интерес к исследованию сочетанной патологии в последнее время объясняется накоплением новых фактов, появлением новых сведений о межорганных, межклеточных и межклеточных уровнях взаимодействия в системе целостного организма. В связи с этим актуальным является вопрос о связи заболеваний внутренних органов и органов полости рта.

**Ключевые слова:** сочетанная патология, заболевания внутренних органов, заболевания полости рта, взаимосвязь заболеваний

## THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

**Gazhva S.I., Kasumov N.S.**

*State Medical Academy of Russian Federation Public Health Ministry, Nizhny Novgorod,  
e-mail: stomfpkv@mail.ru*

In recent years, more and more attention is paid to the problems of doctors polymorbidity pathology, namely those clinical situations in which the expression in the life of the most important principle of medicine «to treat the patient, not the disease» causes the most trouble. Interest in the study of comorbidity in recent years is due to the accumulation of new facts, the emergence of new information about mezhorgannyh, interstices and intracellular levels of interaction in the whole organism. In connection with this important question is on the connection of the internal organs and diseases of the oral cavity.

**Keywords:** comorbidity, visceral diseases, oral diseases, disease relationships

В результате многочисленных клинических и экспериментальных исследований установлена тесная взаимосвязь между изменениями в полости рта и патологией внутренних органов и систем [1,11].

Интерес к исследованию сочетанной патологии в последнее время объясняется накоплением новых фактов, появлением новых сведений о межорганных, межклеточных и межклеточных уровнях взаимодействия в системе целостного организма. В связи с этим актуальным является вопрос о связи заболеваний внутренних органов и органов полости рта. [13,16].

Развитие поражений слизистой оболочки полости рта усугубляет течение основного заболевания, обуславливает особенности проведения лечебных мероприятий [2, 14, 17].

Правильная и своевременная оценка состояния СОПР и выбор врачом современных средств рационального лечения являются актуальными вопросами стоматологии [6, 7, 11].

Эта негативное сочетание внутренних и стоматологических заболеваний усугубляется нарушением функциональных взаимосвязей зубочелюстного аппарата с системами пищеварения и дыхания, сбоями физиологии нейро-reflexорного единения органов полости рта со всем организмом,

что неизбежно влечет многофакторные гомеостатические нарушения [8, 14, 22].

Значительное место в отечественной и зарубежной литературе отводится изучению проявления хронических диффузных заболеваний печени в полости рта [5, 7, 17, 22].

Исследования полости рта при хронических диффузных заболеваниях печени представляют большой интерес для клиницистов [2,3,11,18] так как патологические процессы, развивающиеся в печени, как правило, приводят к органическим и функциональным нарушениям в слизистой оболочке полости рта и [15,18,25].

Наиболее часто больные с гепатитами предъявляют жалобы на жжение и покалывание в области языка и губ. Чувство жжения и болезненность слизистой оболочки нередко сочетается с ощущением зуда, особенно выраженного в области неба [2,3,15,21].

Еще в 1928 году Г.А. Рапопорт указывал на диагностическую ценность цвета слизистой оболочки мягкого неба, так как именно эта часть полости рта с эмбриологической точки зрения представляет единое целое с нижележащими отделами желудочно-кишечного тракта, включая печень.

С.И. Вайс в 1965 у 87,6% больных с хроническими диффузными заболеваниями печени наблюдал желтушность мягкого

неба. По данным Х.А. Юнусовой в 1980, при острых и хронических диффузных заболеваниях печени в общий патологический процесс вовлекается слизистая оболочка полости рта, наблюдается желтушное окрашивание ее [5,15,17,18].

А.Л. Саградян в 1983 указывает, что важным признаком гепатита А является желтушное окрашивание выводящих протоков парных слюнных желез: околоушной, подчелюстной и подъязычной.

В настоящее время воспалительные заболевания зубочелюстной системы рассматриваются не как изолированная патология полости рта, а как комплекс

заболеваний, влияющий на весь организм в целом [5,11,17,23].

Частым сопутствующим симптомом хронических диффузных заболеваний печени являются сосудистые расстройства и геморрагические проявления, наиболее выраженные в области мягкого неба [11,12,14,18].

Е.М. Тареев в 1970, обнаружил у больных, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени телеангиэктазии в области углов рта, а при гепатите А им отмечены появления на слизистой оболочке щек типичных сосудистых ангиом со склонностью к кровоточивости и герпетические высыпания.

Подтверждением сосудистой взаимосвязи печени и органов полости рта являются случаи метастазирования опухолей печени в органы и ткани полости рта [15,16,21].

В целом патогенное действие стоматогенного очага связано с тем, что он является источником гетеро- (микробной, лекарственной) и аутоантигенной персистенции, а также оказывает угнетающее и дезорганизующее влияние на иммунную систему [2,3,16,22].

При хронических диффузных заболеваниях печени наблюдаются изменения и в пародонте [2,22,24,25]. Н.Н.Гаража 1965 у больных с хроническими формами гепатита выделил три степени тяжести гингивита: легкую, среднюю и тяжелую.

Ю.В. Бархатов в 1967 выявил кровоточивость десен у 15 из 33 больных с остаточными явлениями болезни Боткина. Однако, по данным З.А. Флис, Т.Ф. Подвальниковой в 1978, этот симптом проявляется у 83,2% больных гепатитами. По мере восстановления нарушенных функций печени кровоточивость десен уменьшалась [15,21,22,24,25].

Согласно данным Я.И. Горенштейна в 1972, динамика изменений СОПР при гепатите А соответствует клиническому течению болезни. В продромальном периоде отмечается сухость слизистой оболочки,

нередко ее отечность, появляются очаги разлитой гиперемии в области вестибулярной поверхности губ. В периоде нарастания желтухи отмечается интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки, геморрагические явления. В период разгара болезни на слизистой оболочке полости рта появляются участки десквамации эпителия дорсальной поверхности языка, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков.

В настоящее время все чаще и чаще прибегают к использованию лингводиagnostики как одного из существующих диагностических методов индикации патологии при заболеваниях внутренних органов [2,4,5].

По данным Е.В. Удовицкой и Л.В. Грохольской в 1995 в педиатрической и стоматологической клинике значительная роль отводится характеристике верхней поверхности языка, издавна оцениваемой как зеркало состояния организма.

Изменениям в языке при хронических диффузных заболеваниях печени клиницисты придают большое диагностическое и прогностическое значение [15,16,18]. Немаловажной задачей врачей является уточнение нормальной и патологической анатомии сосочкового покрова языка для более точной диагностики хронических диффузных заболеваний печени [11,13,16,25].

Патологические проявления на языке могут быть в виде изменений окраски слизистой оболочки его, появления участков десквамации [3,13,14], разрастания отдельных участков эпителия языка, появления борозд на спинке языка [15,16,26].

Проявления заболеваний внутренних органов на тыльной поверхности языка обусловлены нарушениями микроциркуляции [21,22,25] при этом усиливаются процессы ороговения эпителия и скорость его слущивания [21,24].

Красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта у больных гепатитами сухие, истончены. Могут появляться трещины на губах с замедленной эпителизацией и склонные к инфицированию, могут наблюдаться явления кандидомикоза. У ослабленных больных микотическое поражение слизистой оболочки носит хронический характер [13,15,18].

Интересно отметить, что при гепатите могут наблюдаться афтоподобные высыпания на слизистой оболочке полости рта, что подтвердилось и в экспериментальных исследованиях [13,17,20].

При заболеваниях органов полости рта выявлены функциональные нарушения печени. Наблюдения С.А. Хачатряна в 1959 и Я.И. Горенштейна в 1972 свидетельствуют

о наличии связи между вирусным гепатитом и очагами одонтогенной инфекции. Последние могут оказывать влияние на течение гепатита в остром и периоде реконвалесценции. Авторы считают, что стоматологическое обследование и лечение одонтогенных инфекционных очагов в период диспансеризации больных ВГ является важным фактором с точки зрения профилактики остаточных явлений гепатита.

В последнее время появились зарубежные статьи, в которых говорится о предполагаемой связи красного плоского лишая СОПР с гепатитом С [15,17,20].

Характерными особенностями стоматологического статуса данных пациентов является высокая распространенность кариозного процесса (95–100%). [15,11,17].

Среди некариозных поражений преобладают клиновидные дефекты и эрозии твердых тканей зубов, которые сопровождаются выраженной гиперчувствительностью [1,2,3,13,14,20].

У лиц с хроническими диффузными заболеваниями печени превалируют заболевания пародонта, среди которых пародонтиты средней и тяжелой степени тяжести, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью и цианозом слизистой альвеолярного отростка [2,15,23,25].

Нередко среди заболеваний слизистой оболочки полости рта доминируют такие предраки, лейкоплакия и дисплазия [23,24].

Структура стоматологической заболеваемости зависит от этапа лечения, продолжительности основного заболевания, возраста пациентов и гендерных признаков [22,25].

Профилактика стоматологических заболеваний пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени подразумевает обязательную санацию полости рта, лечение хронических очагов одонтогенной инфекции, профессиональная гигиена полости рта, диспансерное наблюдение у врача стоматолога с кратностью посещений 2 раза в 6 месяцев [22,24].

Стоматологический статус пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени характеризуется высокой интенсивностью кариозного процесса, [23,25.] наличием воспалительных явлений в тканях пародонта [2,23,24] низким уровнем гигиены полости рта, появлением очагов поражения на СОПР [23,25].

Согласно результатам многочисленных наблюдений, только одновременная коррекция состояния внутренних органов и полости рта является единственной основой эффективного оздоровления таких больных. Это обуславливает необходимость корпоративного участия врачей разных специаль-

ностей в решении проблем полиморбидного больного с сочетанными заболеваниями внутренних органов и органов полости рта [23,24,25].

При сопоставлении анализируемых групп интенсивность и распространенность стоматологической заболеваемости в группе сравнения намного ниже, чем у лиц с хроническими диффузными заболеваниями печени [20,22,23].

Таким образом, при гепатитах в полости рта развиваются самые различные изменения. Однако в доступной нам литературе мы не встретили работ, где бы целенаправленно, последовательно и углубленно были изучены и систематизированы изменения СОПР у больных, нуждающихся в трансплантации печени.

#### Список литературы

1. Белов Б.С. Профилактика инфекционного эндокардита: современные аспекты // Consilium Medicum Ukraina. – 2011. – 7 (5). – С. 22–27.
2. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта // Терапевтический архив. – 2013; 85:10 – С. 116–118.
3. Гажва С.И., Шкаредная О.В., Пятова Е.Д. Комплексный подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами // Стоматология. – 2013; 92:6. – С. 16–19.
4. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом. Стоматология 2014; 3: 25–27.
5. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Шестакова Л.А., Михайлова О.В. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта // Пародонтология. – 2014; 3: 3–7.
6. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта // Пародонтология. – 2011; 3: 3–5.
7. Кетлинский С.А., Калинин Н.М. Иммунология для врача. – СПб., 2010.
8. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения. – СПб.: Питерком, 2009.
9. Фрейдлин И.С. Иммунная система и ее дефекты: Руководство для врачей. – СПб.: НТФФ Полисан, 2008.
10. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С. Патофизиологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта // Стоматология для всех. – 2012; 1: 28–34.
11. Bahrani-Mougeot F.K., Paster B.J. Diverse and novel oral bacterial species in blood following dental procedures // J Clin Microbiol. – 2014; 46 (6): 2129–2132.
12. Canadian Dental Association. CDA position on association between periodontal disease and systemic disease [on-line]. – Ottawa: CDA; 2015. – Available from: www.cda-adc.ca.
13. Crasta K., Daly C.G., Mitchell D. et al. Bacteraemia due to dental flossing. J Clin Periodontol 2014; 36: 323–332.
14. Crawford J.J., Sconyers J.R. Bacteremia after tooth extractions studied with the aid of prerduced anaerobically sterilized culture media // Applied Microbiol 2014; 27 (5): 927–932.
15. Gürel H.G., Basciftci F.A., Arslan U. Transient bacteremia after removal of a bonded maxillary expansion

- 
- appliance. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 135: 190–193.25. Tomas I., Alvarez.
16. Heimdahl A., Hall L.G., Hedberg M. et al. Detection and quantitation by lysis-filtration of bacteremia after different oral surgical procedures // *J Clin Microbiol.* – 2013; 28 (10): 2205–2209.
17. Kinane D.F., Riggio M.P., Walker K.F. et al. Bacteraemia following periodontal procedures // *J Clin Periodontol.* – 2015; 32 (7): 708–713.
18. Lux J., Lavigne S. Your mouth – portal to your body. *Probe* 2013; 38 (4): 155–171.
19. M., Limeres J. et al. Prevalence, duration and aetiology of bacteraemia following dental extractions // *Oral Dis.* – 2014; 13 (1): 56–62.
20. Mobdell M., Petersen P.E. Global goals for oral health, 2014. *Int Dent J* 2003; 53 (5): 258–288.
21. Parahitiyawa N.B., Jin L.J., Leung W.K. et al. Microbiology of odontogenic bacteremia: beyond endocarditis // *Clin Microbiol Rev* 2013; 22 (1): 46–64.
22. Piñeiro A., Tomás I., Blanco J. et al. Bacteraemia following dental implants' placement // *Clin Oral Implants Res.* – 2010; 21: 913–918.
23. Takai S., Kuriyama T., Yanagisawa M. et al. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2015; 99 (3): 292–298.
24. Tenenbaum H., Matthews D., Sándor G., McCulloch C. Oral health systemic health: what is the true connection? Interviews by Sean McNamara *JCDA* 2014; 73 (3): 211–216.
25. Thoden van Velzen S.K., Abraham-Inpijn L., Moorer W.R. Plaque and systemic disease: a reappraisal of the focal infection concept // *J Clin Periodontol.* – 2014; 11: 209–220.