

Ю.А. Калініченко

ПРОЯВИ ОСНОВНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ТА КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОДОНТИЧНОГО ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДЛІТКІВ З ВІДПОВІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Ключові слова: підлітки, зубоцеліпні аномалії, хвороби шлунково-кишкового тракту, ортодонтичне лікування, ротова порожнина

Key words: teenagers, orthodontic anomalies, chronic gastroenteral diseases, orthodontic treatment, oral cavity

Резюме. Значительные изменения стоматологического статуса, которые были обнаружены нами у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта, которые подлежат коррекции, подтвердили обоснованность комплексной лечебно-профилактической стоматологической помощи с учетом процессов, которые происходят как в целом организме, так и в полости рта. По нашему мнению, необходимым является своевременное предоставление высококвалифицированной, систематической ортодонтической помощи с ежегодной санацией полости рта, выделение детей с ЗЧА и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта в отдельную группу наблюдения с целью применения специального комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Summary. The significant changes of stomatological status which require correction were found out in teenagers with chronic gastroenteric pathology. These changes confirmed validity of complex stomatological treatment taking into account main processes, occurring both in a whole organism, and in the oral cavity. To our opinion, timely rendering of qualified systematic orthodontic treatment with annual sanitation of the oral cavity, selection of children with orthodontic anomalies and concomitant pathology of gastroenteric tract, prescription of some special treatment and prophylactic complexes is necessary.

Взаємозв'язок хвороб порожнини рота з порушеннями в різних відділах шлунково-кишкового тракту (ШКТ) зумовлений морфофункціональною єдністю травного апарату [7,8]. Хронічні захворювання верхнього відділу ШКТ у дітей та підлітків супроводжуються дефіцитом вітамінів, мінеральніта і органічні ураження слизової оболонки порожнини рота, розвиток запальних та дистрофічних змін тканин ротової порожнини, порушення функції жувального апарату [1, 6].

Хронічний перебіг захворювань шлунково-кишкового тракту посилює тяжкість стоматологічної патології взагалі, і ортодонтичної зокрема [3, 4, 5]. Аналіз епідеміологічних даних щодо розповсюдженості стоматологічних захворювань на території Луганської області (2000 - 2010 рр.) довів негативну тенденцію приросту стоматологічної патології: 69,3 – 78,2% дітей віком 11- 12 років мали каріозні ураження постійних зубів з КПВ = 4,3 – 5,6 зубів; у 15-річних дітей розповсюдженість карієсу сягала 77,4 – 88,9% з КПВ = 4,3 – 5,2 зубів; показники розповсюдженості зубоцеліпних аномалій

(ЗЩА) були дуже високими: 63,6 – 70,9% дітей віком 11-12 років та 45,2 – 44,8 % 15-17-річних дітей мали потребу в невідкладному ортодонтичному лікуванні. За результатами епідеміологічних досліджень (2006-2010 рр.), що були виконані спільно з науковцями кафедри педіатрії з дитячими інфекціями та дитячою хірургією ДЗ «Луганський державний медичний університет» в межах комплексного наукового дослідження, 79,1 – 82,1% дітей та підлітків із ЗЩА мають хронічну патологію верхнього відділу ШКТ (хронічний гастродуоденіт/гастрит з наявністю гастроєзофагального або дуоденогастроєзофагального рефлюксів, дискінезії жовчовивідних шляхів на тлі деформацій жовчного міхура), що надає нам право оцінювати це не як збіг обставин, а як порушення, де поєднуючим фактором патогенезу є спільне сполучнотканинне походження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Епідеміологічне обстеження 352 дітей 12-17 років, до якого ввійшли визначення стану твер-

дих тканин зубів і тканин пародонту, стану гігієни порожнини рота, частоти та типу зубощелепних аномалій, наявності хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту, було проведено нами протягом 2005 – 2008 рр. на території м.Луганська та Луганської області (табл. 1). Скринінгове дослідження проводили на базі

школи-інтернату (ШІ) для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, м. Лутугіно Луганської області (205 осіб - 1 група) та загальноосвітньої школи № 24 (ЗОШ) м.Луганська (147 осіб - 2 група), групи були відповідно порівняні за віком та статтю.

Таблиця 1

Розподіл за віком та статтю дітей м. Луганська та Луганської області під час скринінгового обстеження

Стать \ Вік	ШІ/ ЗОШ					
	12 років	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Хлопці	23/20	15/17	16/16	14/18	15/10	6/4
Дівчата	24/20	21/23	15/20	17/14	8/9	3/4
Разом	47/40	36/40	31/36	31/32	23/19	9/8

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) поєднує гетерогенну групу захворювань спадкової природи, патогенетичну основу яких складають індивідуальні особливості геному та поліморфізм стігм дізембріогенезу, що зустрічаються із різною частотою в фенотипі дитини. Тобто зубощелепні аномалії та деформації лицевого скелету, як і відповідна патологія шлунково-кишкового тракту, є безпосередніми зовнішніми ознаками-фенами НДСТ [2]. До структури внутрішніх фенів (маркерів змін у внутрішніх органах) ввійшли такі ознаки: аномалії будови жовчного міхура, дискінезії жовчного міхура, рефлюкси, запальні захворювання слизової оболонки шлунка, гастроптоз, що були визначеними у певній кількості обстежених дітей з ЗЩА на тлі патології ШКТ (табл. 2).

Таблиця 2

Частота наявності фенів – маркерів НДСТ у дітей груп обстеження

Фени-маркери НДСТ	Кількість хворих ШІ/ ЗОШ (%)
Астенічна будова	65,8/53,1
Гіпермобільність суглобів	22,4/14,3
Сколіоз	29,1/32,7
Зубощелепні деформації/аномалії	68,7/73,4
Міопія	34,5/45,6
Пролапс мітрального клапану	30,1/ 26,4
Деформація жовчного міхура	59,1/53,7
ГЕР/ДГЕР	45,1/48,9
Дискінезії жовчного міхура	69,3/64,6

Хронічний гастрит /гастроуденіт у наш час зустрічаються дуже часто в дитячій популяції Луганської області, за нашими даними 70,8 – 80,9% щодо інших захворювань ШКТ. Серед хронічних захворювань шлунку і дванадцятипалої кишки у дітей із ЗЩА віком 12 - 17 років передував хронічний гастроуденіт (80,2 - 87,9%), незалежно від умов перебування дітей (ШІ та ЗОШ, відповідно). Ця патологія прогресувала переважно на тлі ослаблення реактивності організму супутніми соматичними та інфекційними захворюваннями. Зазвичай захворювання супроводжувалось хронічним тонзилітом (44,5 - 40,1%), дискінезією жовчовивідних шляхів (87,8 – 80,2%), вегетосудинною дистонією (57,8 – 62,7%), функціональною кардіопатією (45,6 – 47,8%), паразитозами (34,5 - 27,1%). Алергологічний анамнез був обтяженим у 25,5 – 30,8% дітей із ЗЩА та хронічним гастроуденітом, що був як кислотозалежним (65,6 – 66,7%), так і НР-асоційованим (23,4 – 34,2%) захворюванням, тобто викликаним інфекцією *Helicobacter pylori*.

Для гастроуденіту були характерними скарги на інтенсивні, нападоподібні болі в животі (34,5 – 36,7% - ШІ та ЗОШ, відповідно), що локалізувались в епігастральній області і правому підребер'ї (патологія гастроуденальної зони часто супроводжувалась дисфункцією жовчовивідної системи), диспепсичні розлади (24,7 – 28,4% пацієнтів відповідно): зниження апетиту, нудота, блювота, нерідко з домішкою жовчі, печія, непереносимість жирної та смаженої їжі, відрижка, порушення частоти випорожнень, схильність до закріпів. Зміни в порожнині рота при хронічному гастриті / гастроуденіті у дітей залежали від стану секреторно- і кислотоутворюю-

ючої функції шлунку. Підвищення кислотності шлункового соку супроводжувалось у 56,7 – 60,2% хворих посиленням саливації, гіпертрофією сосочків язика, у 45,9 – 56,3 % пацієнтів – блідістю і набряками слизової оболонки порожнини рота, у 45,6 – 57,8 % – катаральним гінгівітом.

Біля третини дітей із хронічним гастродуоденітом (29,0 – 31,2 %, відповідно) скаржились на неприємний запах з рота (галітоз), присмак кислого або гіркоту в роті, сухість, періодичну висипку на губах і в порожнині рота. Присмак у роті був, на нашу думку, пов'язаний з патологією клапанних структур верхнього відділу травного тракту: при недостатності глоткового і кардіального клапанів виникав «кислий» рефлюкс (34,6 – 32,8 % осіб відповідно), а при недостатності глоткового, кардіального і пілоричного клапанів (57,2 – 65,4 % осіб, відповідно) – гіркий, так званий «дуоденогастральний рефлюкс». Діти з обох груп дослідження із хронічним гастродуоденітом в 1,6-2,3 рази частіше хворіли на рецидивуючі форми стоматиту, герпетичну інфекцію, хейліт, гінгівіт. Сухість, лущення, гіперемія червоної облямівки губ визначались у 53,6 – 60,8% хворих дітей, що було наслідком полігіповітамінозів на тлі порушення обміну вітамінів, імовірно, групи В.

Досить характерною зміною слизової оболонки порожнини рота у дітей з хронічним гастродуоденітом було також посилення судинного малюнка слизової оболонки (58,8 – 66,2% - III та ZOШ відповідно). Для переважної більшості хворих була характерною обкладеність язика (78,9 - 84,6%) внаслідок проявів розладу трофіки тканин порожнини рота, гіперемія і набряклість язика (69,1 – 74,8%), гіпертрофія грибоподібних і листоподібних сосочків (44,3 – 44,1 %), часто визначались ділянки десквамації епітелію – «географічний язик».

Виявлені патологічні зміни – результат морфологічних і функціональних порушень м'яких тканин порожнини рота і малих слинних залоз внаслідок порушення трофіки слизової оболонки порожнини рота, обміну речовин та вітамінної недостатності. На нашу думку, це було зумовлено тісним взаємозв'язком секреції слинних залоз із секрецією і кислотоутворюючою функцією шлунку, функціональним напруженням епітеліальних клітин і судинними змінами слизової оболонки.

У дітей обох груп дослідження із хронічним гастродуоденітом була виявлена висока поширеність (94,5 – 97,4 %) та інтенсивність карієсу (4,0 - 5,0), незадовільний стан гігієни порожнини

рота (Оні-*s* від 1,64 до 1,76), часто реєструвалась декомпенсована форма карієсу. Нами був виявлений прямий кореляційний зв'язок рН ротової рідини із кислотоутворюючою функцією шлунку ($\tau = 0,65$). Тверді тканини зубів у дітей з даним захворюванням були більшою мірою карієсоцутливими внаслідок як незадовільної гігієни, так і агресивнішого (кислого) середовища порожнини рота. У 64,8 – 71,9% дітей з хронічним гастродуоденітом виявили простий маргінальний гінгівіт легкого і середнього ступеня тяжкості.

Показники функціонального стану органів порожнини рота у дітей з хронічним гастродуоденітом свідчили про значні відхилення від норми. Показники неспецифічної резистентності слизової оболонки порожнини рота (РАМ-тест) у дітей з хронічним гастродуоденітом були в 2,4-2,7 рази нижче за норму, навіть після чергового курсу лікування основного захворювання, що може бути зумовлено побічною дією ряду ліків і формуванням вторинного дисбіозу.

На підставі сучасних поглядів на патогенез хронічного запального процесу слизової оболонки верхнього відділу травного тракту цей процес базується не тільки на порушеннях ряду механізмів регуляції функції ШКТ з боку нервової системи і гастроінтестинальних гормонів, але й на формуванні певних диспластичних змін.

Функціональні розлади жовчовивідних шляхів неодмінно супроводжували більшість захворювань органів травлення у дітей із ЗЩА, як у вихованців школи-інтернату, так і в учнів ЗОШ. Порушення моторної функції і діяльності сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів були в основі формування синдрому холестазу. ДЖВШ нами визначались також на тлі вегетативної дисфункції (47,6 – 56,9% відповідно) та спостерігались частіше у вигляді гіпертонічної форми (79,7 – 88,3% відповідно).

Найбільш характерними були скарги на нападоподібний біль у правому підребер'ї (55,6 – 67,8%, відповідно), спровокований швидким бігом або ходом, гіркоту в роті (перші ознаки неспроможності сфінктерного апарату верхнього відділу травного тракту), іноді на металевий присмак у роті (25,6 – 27,8% відповідно). Характерною була також диспепсія: нудота, зниження апетиту, непереносимість жирної їжі, блювота, нестійкі випорожнення (34,5 – 47,1% пацієнтів – III та ZOШ відповідно).

У порожнині рота дітей з III та ZOШ ми виявили захворювання маргінального періодонта різного ступеня тяжкості (45,6 – 50,2%, відповідно), набряк і гіперемію слизової оболонки порожнини рота (33,4 – 36,7% відповідно), на-

льоти на язиці мали жовто-сірий відтінок за рахунок дуоденогастрального рефлюксу у 34,5 – 47,1% дітей відповідно.

ВИСНОВКИ

1. Значні зміни стоматологічного статусу, що були виявлені нами у дітей із хронічною патологією шлунково-кишкового тракту, які підлягають корекції, підтвердили обґрунтованість комплексної лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги з урахуванням процесів, що відбуваються як у цілому організмі, так і в порожнині рота. На нашу думку, необхідним є вчасне надання висококваліфікованої, систематичної, цілеспрямованої ортодонтичної допомоги із щорічною санацією порожнини рота, виділення дітей з ЗЩА та поєднаною патологією шлунково-кишкового тракту в окрему групу нагляду з метою призначення спеціального комплексу лікувально-профілактичних заходів.

2. План лікувально-профілактичних ортодонтичних заходів у хворих з ЗЩА та гастроуденальною патологією повинен складатись з урахуванням чинників ризику розвитку патологічних супутніх стоматологічних станів, а також з метою максимального зниження ризику підвищення тяжкості перебігу основного соматичного

захворювання внаслідок тривалого ортодонтичного лікування.

3. При захворюваннях шлунково-кишкового тракту досить часто рекомендується частий прийом їжі, що значно підвищує імовірність прогресу карієсу і вимагає ретельної гігієни. Прийом антихолінергічних препаратів призводить до зниження як кількості, так і якості слини, знижує резистентність слизової оболонки ротової порожнини, через що у дітей з патологією ШКТ часто спостерігаються ураження слизової оболонки порожнини рота і ясен у вигляді гінгівітів і стоматитів. Все це підвищує ризик розвитку карієсу, а отже професійна профілактика стає значущою процедурою з використанням зубних паст із фтором і антисептичними добавками, препаратів лізоциму та інших.

4. Наявність у хворих із ЗЩА та патологією ШКТ гастроезофагального рефлюксу (потрапляння кислого вмісту шлунку до стравоходу та ротової порожнини) призводить до підвищення ризику розвитку ерозій емалі, тому доцільно призначати лужні полоскання, ретельне професійне чищення зубів, місцеве та загальне використання препаратів кальцію, магнію за індивідуально розробленою лікувально-профілактичною програмою на фоні ортодонтичного лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Елизарова В.М. Helicobacter pylori-ассоциированная патология полости рта у детей (клинико-лабораторное исследование) / В.М. Елизарова, А.В. Горелов, Е.Н. Таболова // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 37 - 40.

2. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани / Э.В. Земцовский // Медицинский вестник – 2006. – № 11 (354). – С. 13 – 17.

3. Корепанов А.М. Особенности метаболизма коллагена при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.М. Корепанов, А.Е. Шкляев, П.Н. Шараев // Клинич. лаб. диагностика. – 2005. – № 5. – С. 14-16.

4. Кравец Т.П. Морфофункциональные особенности эпителия слизистой оболочки полости рта и их значение в диагностике патологических процессов / Т.П. Кравец // Стоматолог. – 2005. – № 8. – С.46-48.

5. Куликов А.М. Дисплазии соединительной ткани у подростков и их распознавание / А.М. Куликов, В.И. Медведев // Рос. семейный врач. – 2004. – № 4. – С. 37-51.

6. Микробиоценоз полости рта у здоровых подростков и больных хроническим гастритом и гастродуоденитом / Б.Н. Давыдов, О.А. Гаврилова, Ю.В. Червинец, В.М. Червинец // Стоматология. – 2009. – № 2. – С.43 - 45.

7. Hofman L.F. Human saliva as a diagnostic specimen / L.F. Hofman // J. Nutr. – 2000. – Vol. 131, N 5. – P. 1621-1625.

8. Jepsen K.J. A syndrome of joint laxity and impaired tendon integrity in lumican- and fibromodulin-deficient mice / Jepsen K.J., Peragallo J., Paul J. // J. Biol. Chem. – 2002. – Vol. 38. – P. 332-340.

