

УДК 616.314.17-008.1-02

*Н.М. Савельєва, І.І. Соколова, С.І. Герман, Т.В. Томіліна***ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕТІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Відомо, що хронічні дистрофічно-запальні захворювання пародонта належать до групи багатофакторних захворювань. У їхньому розвитку важливу роль відіграють порушення в системі імунітету, обмінні розлади, генетична схильність, порушення у функціонуванні окремих органів і систем організму, тощо [1-6]. Установлено, що в 50%-100 % спостережень зміни в пародонті пов'язані з патологією внутрішніх органів [7-9].

Анатомо-фізіологічна близькість тканин пародонта й травного тракту, спільність іннервації та гуморальної регуляції створюють передумови для залучення пародонта в патологічний процес при захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) [10]. При порушенні функції травної системи, за різними літературними даними, патологія пародонта виявлялася в 92%-100 % обстежених [11]. Патологія різних відділів травного тракту визначає клінічну картину ураження пародонта [12]. Ступінь запально-деструктивних процесів у пародонті корелює з активністю запалення в ШКТ [13].

Хронічні запальні процеси в ротовій порожнині та гастродуоденальній зоні проявляються не лише запаленням слизових оболонок, викликаних патогенними мікроорганізмами, а й складним поєднанням розбалансованості бар'єрних механізмів, механізму регуляції шлункової секреції, окиснювально-відновних реакцій і клітинного оновлення [14].

Порушення цілої низки регуляторних механізмів, а саме: імунного й ендокринного балансу, мікроциркуляції, нейрогуморальної регуляції, психосоматичних відносин, мінерального обміну, дефіцит вітамінів, зміна метаболізму сполучної тканини, ендотоксикоз, на думку вчених [15-18], призводить до послаблення резистентності організму, а в сукупності із зовнішніми чинниками (мікробна колонізація зубної бляшки) – до розвитку захворювань пародонта.

Серед чинників ризику захворювань пародонта при хворобах ШКТ, до яких прикута увага вчених, відносять погіршення гігієни ротової порожнини [19-21], нестабільність слиновиділення [22], зміни рН ротової рідини [23-24], зміни мінерального складу і в'язкості слини тощо [11; 25].

ГП на тлі захворювань ШКТ діагностується в 68%-90% обстежених осіб [26]. Швидка генералізація процесу в тканинах пародонта супроводжується порушеннями в імунному статусі хворих на гастрит, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки [27-29].

Схильність до генералізації запального процесу в тканинах пародонта також установлена в пацієнтів, хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу [24] і хронічний панкреатит [30]. Дослідники пов'язують механізми розвитку запальних захворювань пародонта на тлі цієї патології із порушенням динамічної рівноваги між факторами агресії й захисту, в першу чергу за рахунок порушень нейрогуморальної регуляції ШКТ [31; 32].

При визначенні патогенетичних особливостей захворювань пародонта у хворих на хронічний панкреатит установлено, що саме порушення ліпідного обміну

при хронічному панкреатиті призводить до порушення чутливості судин мікроциркуляторного русла до медіаторів і гормонів, унаслідок чого й розвивається дистрофія пародонта і знижується резистентність до мікрофлори ротової порожнини. Зниження загальної коагуляційної здатності венозної крові, порушення утворення активної протромбінази, антиагрегаційної, антикоагуляційної й фібринолітичної активності судинної стінки співвідносяться з частотою виявлення захворювань тканин пародонта [30; 33].

При порушеннях ліпідного обміну, при захворюванні підшлункової залози змінюється чутливість судин мікроциркуляторного русла до медіаторів і гормонів, унаслідок чого розвивається дистрофія тканин пародонта й знижується їхня резистентність до шкідливої дії мікрофлори ротової порожнини. Розвиток патологічних змін у тканинах пародонта пов'язують із різкою активацією мікробних агентів на тлі зниження специфічних і неспецифічних механізмів загального й місцевого захисту [34].

Є дані про генералізацію процесу в тканинах пародонта у хворих на хронічний коліт, які складають, згідно з дослідженнями Н.В. Манащук (2014), 21, 9 % [35]. Провідним чинником у формуванні синтропії запального захворювання кишечника й запального захворювання пародонта, на думку З.В. Есаян (2012) [36], є системне порушення нейрогуморальної реакції, що визначає активність факторів агресії й виснажує компенсаторні можливості організму.

Одним із головних етіологічних чинників у розвитку запальних захворювань ШКТ і пародонта є *Helicobacter pylori*, наявний у найрізноманітніших локаціях ротової порожнини: в ротовій і в ясенній рідині, на слизовій оболонці язика і щік, у пародонтальних кишнях [36-44]. Поширеність ГП у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки за наявності *Helicobacter pylori* складає від 77,5 % [45] до 94, 6% [39]. Доведено, що підвищення ступеня інфікованості *Helicobacter pylori* призводить до підвищення інтенсивності дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта, у хворих виявлено високий ступінь бактеріального обміну з перевагою анаеробної мікрофлори, а ця інфекція значною мірою обтяжує перебіг ГП у такої категорії хворих [38; 39].

Є.М. Рябоконт і співавтори (2013) [40] дійшли висновку, що саме альтеративні процеси, які виникають у пародонті при ГП на тлі виразкової хвороби, створюють умови для контамінації пародонтальних кишень *Helicobacter pylori*, внаслідок чого останні перетворюються на постійне джерело інфікування нижчих відділів ШКТ.

Учені неодноразово вказували на неефективність ерадикаційної терапії, спрямованої на знищення *Helicobacter pylori* в шлунку, без знищення збудника, який персистує в ротовій порожнині [19; 37]. Нещодавно доведено, що до повної його ерадикації й стабілізації пародонтологічного статусу призводить одначасна терапія виразкової хвороби і ГП з використанням у схемах місцевого медикаментозного лікування ГП

препаратів анти- *Helicobacter pylori* спрямованості [45].

Печінка займає особливе місце в розвитку захворювань пародонта, що пояснюється виконанням нею дуже важливих для організму людини функцій: регуляторних, метаболічних, антитоксичних тощо. При хронічних захворюваннях печінки ушкодження пародонта виявляють у 100% обстежених [46]. Клінічними дослідженнями встановлено тісний взаємозв'язок між хронічними захворюваннями гепатобілярної системи і ГП [47; 48]. Порушення антимікробної функції печінки викликають надмірний бактеріальний ріст, унаслідок чого розвиваються дисбіотичні зміни, так званій «гепатооральний синдром» [49]. Потрапляння в загальний кровообіг певної частини бактерій і токсинів у разі порушення антимікробної функції печінки може стати причиною розвитку локального або системного запалення [50; 51].

Учені [48] указують на значну роль у патогенезі запальних захворювань пародонта на тлі хронічного вірусного гепатиту і цирозу печінки дисбіозу ротової порожнини, зниження колонізаційної резистентності її слизової оболонки, пригнічення активності секреторних опсонинів, антиадгезивної активності ротової рідини на тлі функціональної недостатності CD4-лімфоцитів.

Вірусні гепатити, зокрема хронічний гепатит С, здатні впливати на порушення гомеостазу ротової порожнини, викликаючи розвиток гіпосалівації, яка клінічно проявляється ксеростомією, що призводить до розвитку і прогресування захворювання пародонта [52]. Клінічні прояви ГП мають чітку залежність від фази активності хронічного вірусного гепатиту В, тривалості захворювання [53]. Особливо тісний зв'язок ГП із вірусним гепатитом В, на думку вчених [54], може бути зумовлений як ступенем загальної активності гепатиту, так і виразністю імунopatологічних розладів, індукованих вірусом гепатиту В.

Дихальна й травна системи мають багато спільного. Обидві системи анатомічно й функціонально сполучаються через ротову порожнину, а їхні захворювання мають спільні чинники розвитку, такі як тютюнокуріння, мікробний чинник [55].

У структурі стоматологічних захворювань у хворих на хронічні обструктивні захворювання легенів чільне місце займає патологія пародонта, яка клінічно проявляється симптомами ГП I-II ступенів розвитку і його ускладненнями – частковою чи повною вторинною адентією, а при збереженні зубів – дефектами зубних рядів і порушеннями оклюзії, функції, естетики [56]. Г.С Харченко-Севрюкова (2015) [57] зазначає, що у 27 % пацієнтів визначено повну вторинну адентію, яка виникла як ускладнення ГП; у 46 % обстежених діагностовано ГП I ступеня, у 27 % – II ступеня розвитку. Автор підкреслює, що особливостями перебігу генералізованих захворювань пародонта на тлі хронічних обструктивних захворювань легенів є переважання не запальних, а дистрофічно-деструктивних процесів тканин пародонта зі значною втратою прикріплення ясен, глибокими пародонтальними кишнями і високим ступенем мікробного обсіменіння. На думку науковців, основними чинниками, які призводять до порушення мінерального обміну в кістковій тканині у хворих на хронічні обструктивні захворювання легенів і впливають на виникнення та перебіг ГП, є гіпоксія, яка виникає при прогресуванні бронхіальної обструкції та викликає хронічний запальний процес, підвищення рівня прозапальних цитокинів, розвиток хронічного респіраторного ацидозу, зниження фізичної активності та толерантності до фізичного навантаження [58; 59].

Додатковим несприятливим чинником, який пригнічує імунну відповідь у разі ураження легень, є застосування інгалаційних кортикостероїдів, які, з одного боку мають виражену протизапальну дію, а з іншого – пригнічують антитілоутворення і синтез необхідних факторів місцевого захисту [60].

У дослідженнях Р.С. Назарян і співавторів (2012) [61] доведено шкідливу дію на тканини пародонта інгалаційних препаратів, що застосовуються хворими в лікуванні захворювань легенів і бронхіальної астми. Учені вказують на посилення клінічних проявів ГП, що, на їхню думку, зумовлено зниженням активності запального процесу і формуванням структурно-функціональних змін у тканинах пародонта.

З огляду на істотне значення гіпоксії в механізмах безпосереднього розвитку захворювань пародонта на особливу увагу заслуговують і дані про наявність у хворих на хронічні обструктивні захворювання легенів анемічної гіпоксії, зумовленої інактивацією гемоглобіну внаслідок ендогенної інтоксикації [62].

Визначена роль гіпоксії й у розвитку серцево-судинних захворювань [56; 63], поширеність яких за останні 25 років серед населення України зросла втричі [64]. Учені висловлюють припущення про загальний біологічний механізм розвитку ГП і серцево-судинних захворювань [65], багато хто з них пов'язує розвиток захворювань пародонта в пацієнтів із серцево-судинною патологією з мікроциркуляторними порушеннями [66-71].

Поширеність захворювань пародонта в пацієнтів, які мають серцево-судинну патологію, складає практично 92 %, а лідером у структурі стоматологічних захворювань є хронічний ГП, перебіг якого чітко залежить від перебігу основної хвороби [72; 73]. Частота розвитку ГП у таких хворих досить висока в усіх вікових групах, а з віком наростає ще й тяжкість запальних змін [74-76].

Л.В. Гончарук (2009) [77] дослідила, що вираженість запальних змін у тканинах пародонта у хворих на сечокам'яну хворобу залежить від особливостей порушень сольового обміну, найбільш несприятливі зміни, на її погляд, спостерігаються при перевазі оксалатуриї, порівняно з уратуриєю чи фосфатуриєю. Автор припускає, що негативний вплив на тканини пародонта у хворих чинять не стільки системні порушення мінерального балансу в організмі, скільки зміни міжфракційних білкових співвідношень у ротовій рідині та сечі.

Виявлено, що сечокам'яна хвороба агресивніше впливає на пародонт у молодому віці, а розвиток ГП характеризується позитивним приростом зі збільшенням віку [78].

Аналіз досліджень останніх років доводить стійкий зв'язок між розвитком захворювань пародонта і патологією внутрішніх органів, а саме: органів шлунково-кишкового тракту, печінки, органів дихання – легенів, серця, органів сечовидільної системи.

Отримані дані свідчать про те, що захворювання внутрішніх органів сприяють структурному ураженню тканин пародонта і є фактором ризику захворювань пародонта, що зумовлює необхідність наявності в лікарів-стоматологів не тільки теоретичних знань і практичних умінь за фахом, а й їхньої інформованості про особливості й клінічні прояви соматичної патології. Актуальним і обґрунтованим кроком у лікуванні захворювань пародонта є також залучення до процесу надання комплексної стоматологічної допомоги лікарів-інтерністів, здатних швидко і якісно оцінювати стан внутрішніх органів і основних систем організму.

Література

1. Чумакова Ю.Г. Роль цитокинов и регуляции воспаления тканей пародонта у больных генерализованным пародонтитом / Ю.Г.Чумакова // Современная стоматология. – 2004. – № 4. – С.60-62.
2. Суховолец І. О. Вплив серцево-судинної патології на перебіг запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта / І. О. Суховолец, Н. В. Мацко // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 4. – С. 18-21.
3. Гударьян А. А. Цитокиновый статус у больных генерализованным пародонтитом при сахарном диабете II типа / А.А. Гударьян// Украинский стоматологический альманах. – 2007. – № 3. – С. 24-29.
4. Соколова И. И. Некоторые генетические аспекты развития генерализованного пародонтита / И. И. Соколова // Новые технологии в стоматологии: XI междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (Санкт-Петербург, 24-26 мая, 2006). – СПб., 2006. – С. 178.
5. Newman M. G. Assessing bacterial risk factor for periodontitis and peri-implantitis: using evidence to enhance auto comes [Текст] / M. G. Newman, V. C. Marinho // Compedium. – 1994. – Vol. 15, № 958. – P. 960-962.
6. Straka M. Пародонтология 2000 [Текст] : Этиопатогенез пародонтальных заболеваний : [часть III] / M. Straka // Новое в стоматологии. – 2001. – Vol. 8. – С. 9-19.
7. Мошель Т.М. Мікробіологічне обґрунтування застосування нового способу лікування генералізованого пародонтиту у хворих з хронічними холецистопанкреатитами / Т.М. Мошель // Світ медицини та біології – 2008. – № 2. – С. 83.
8. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта / И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Л.А. Шестакова [и др.] // Пародонтология. – 2009. – № 3. – С. 3-6.
9. Дземан Н.А. Особенности состояния резистентности и реактивности организма у больных с сочетанной патологией пародонта и гастродуоденальной зоны / Н.А. Дземан, Н.В. Дынник // Фундаментальные науки и практика: сб. науч. трудов 3-й Междунар. телеконф. (Томск, 25 октября – 6 ноября, 2010). – Томск, 2010. – С. 44-45.
10. Чайковська І.В. Механізми розвитку патологічних змін у тканинах пародонта у пацієнтів при захворюваннях шлунково-кишкового тракту / І.В.Чайковська // Питання експериментальної та клінічної медицини – 2012. – № 16, т. 4. – С. 175- 180.
11. Бандрівський Ю. Л. Стан органів порожнини рота при деструктивно-запальних захворюваннях гастродуоденальної зони: огляд літератури / Ю. Л. Бандрівський, О. О. Бандрівська, Н. Н. Бандрівська // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 2. – С. 12-16.
12. Ярова С.П. Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта / С.П. Ярова, В.С. Алексеева // Украинский стоматологический альманах. – 2014. – № 2. – С. 105-107.
13. Швець І.Є. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих на хронічні запальні процеси шлунково-кишкового тракту з використанням мінеральної води курорту Моршин: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 «Стоматологія» / І.Є. Швець. – Львів, 2016. – 20 с.
14. Значение факторов патогенности Helicobacter pylori в лечении пациентов с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны и пародонта / О.О. Янушевич, И.В. Маев, Р.А. Айвазова [и др.] // Дневник казанской медицинской школы. – 2014. – № 2 (5). – Режим доступа: <http://www.dkmsc.ru/poisk-po-nozologiiyam/item/115-znachenie-faktorov-patogennosti-helicobacter-pylori-v-lechenii-patientsov-s-sochetannoi-patologii-gastroduodenal-noi-zony-i-parodonta>
15. Лепилин А.В. Влияние комплексной эрадикации Helicobacter pylori на стоматологический статус больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / А.В. Лепилин, М.А. Осадчук, Л.Ю. Островская // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 2. – С. 27-29.
16. Цепов Л.М. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера / Л.М. Цепов, А.И.Николаев, Е.А.Михеева // Пародонтология. – 2004. – №1 (30). – С. 3-7.
17. 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.
18. Казакова Р.В. Взаємозв'язок запальних захворювань пародонта і патології органів травлення у дітей і підлітків / Р. В. Казакова, В. С. Мельник // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: медицина. – 2013. – Вип. 2. – С. 150-154.
19. Сойхер М.Г. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных с Helicobacter pylori-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта и воспалительными заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Г. Сойхер. – Ставрополь, 1998. – 24 с.
20. Состояние тканей пародонта у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Helicobacter pylori / С.Д. Арутюнов, И.В. Маев, Н.С. Робакидзе [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 8-10.
21. Степаненко Р.С. Роль слюнных желез в гомеостазе организма / Р.С. Степаненко, В.В. Афанасьев, М.А. Полякова // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 5. – С. 26 -27.
22. Blaser M.J. Ecology of Helicobacter pylori in the human stomach / M.J. Blaser // J. of clinical investigation. – 1997. – Vol. 100 (4). – P. 759-762.
23. Использование показателей смешанной слюны в оценке состояния тканей пародонта / Т.П. Вавилова, Л.Н. Штрунова, С.В. Шишкин [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 10-12.
24. Стоматологічні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей та дорослих. Огляд літератури / Назарян Р.С., Ємельянова Н.Ю., Карнаух О.В. [та ін.] // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2013. – № 2. – С. 34-39.
25. Маев И. В. Стоматологические проявления ГЕРХ в полости рта / И. В. Маев // Клиническая медицина. – 2005. – № 11. – С. 33-38.
26. Гажва С.И. Комплексное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта / С.И. Гажва, О.В. Шкаредная // Пародонтология. – 2012. – №4. – С.62-64.
27. Бактериологический спектр содержимого пародонтальных карманов у больных генерализованным пародонтитом / В.П. Ширококов, А.В. Борисенко, Л.И. Тывоненко [и др.] // Современная стоматология. – 2003. – № 2. – С. 29–32.
28. Борисенко А.В. Роль микробных ассоциаций и Helicobacter Pylori в развитии генерализованного пародонтита / А.В. Борисенко, О.В. Линовицкая // Советская стоматология. – 2000. – № 3. – С. 40.
29. Булгакова А.И. Влияние состояния местного иммунитета десны и ротовой полости на течение хронического пародонтита / А. И. Булгакова // Новое в стоматологии. – 2001. – № 10. – С. 90-94.
30. Чорній Н.В. Розповсюдженість та особливості клінічних проявів захворювань тканин пародонта у хворих на хронічний панкреатит / Н. В. Чорній // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Т. 18, № 2. – С. 116-119.
31. Лукина Г.И. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями органов пищеварения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 «Стоматология» / Г.И. Лукина. – М., 2011. – 183 с.
32. Микрофлора полости рта с различной pH смешанной слюны у больных с кислотозависимыми заболеваниями / И.В. Маев, Э.А. Базикян, В.Н. Царев [и др.] // Ме-

- дицина критических состояний. – 2008. – №3. – С.31-34.
33. Особливості клінічного перебігу захворювань пародонта у хворих із різною супутньою патологією / С. І. Бойцанюк, М. С. Залізняка, Н. В. Чорній [та ін.] // Клінічна стоматологія. – 2016. – № 2. – С.14-19.
 34. Медикаментозна лікування захворювань тканин пародонту / С. П. Ярова, Н. В. Мозгова, І. В. Чайковська [та ін.]. – Донецьк, 2007. – 70 с.
 35. Манащук Н.В. Розповсюдженість та клінічний перебіг захворювань пародонта на тлі хронічних колітів / Н.В. Манащук // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, № 2. – С. 239-241.
 36. Есаян З.В. Клиническая характеристика состояния тканей пародонта у больных с хроническим неспецифическим язвенным колитом / З. В. Есаян // Український стоматологічний альманах. – 2012. – №1. – С. 32-35.
 37. Нейзберг Д.М. Роль эктопических очагов *Helicobacter pylori* при хроническом генерализованном пародонтите / Д.М. Нейзберг, И.Ю. Стюф // Пародонтология. – 2011. – № 2 (59). – С. 9-13.
 38. Соколова И.И. Видовой состав анаэробной микрофлоры пародонтальных карманов у больных генерализованными формами пародонтита на фоне патологии органов желудочно-кишечного тракта / И.И. Соколова, Е.Н. Рябоконт, В.В. Олейничук // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2013. – №4(57). – С.46-48.
 39. Линовицька О.В. Вибір антибактеріальних препаратів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, асоційовану з *Helicobacter pylori*: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 «Стоматологія» / О.В. Линовицька. – К., 2001. – 20 с.
 40. Рябоконт Е. Н. Патоморфологические изменения в эпителии пародонтальных карманов у больных генерализованным пародонтитом, сочетанным с язвенной болезнью / Е.Н. Рябоконт, И.И. Соколова, В.В. Олейничук // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 4, т. 1(104). – С. 342-346.
 41. Грудянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. – М.:МИА, 2010. – 96с.
 42. Ивашкин В.Т. Инфекция *Helicobacter pylori*: современное состояние проблемы / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 4, № 3. – С. 149-150.
 43. Воспалительные заболевания пародонта при *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии. Клинико-морфологическое и иммуногистохимическое исследование / Н.Л. Ерокина, Н.В. Булкина, А.В. Лепилин [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 2. – С. 31-34.
 44. Бабеня А.А. Особенности проявления стоматологической патологии у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) / А.А. Бабеня // Інновації в стоматології. – 2008. – №1. – С. 72-75.
 45. Рябоконт Е.Н. Особенности лечения генерализованного пародонтита, сочетанного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Е.Н. Рябоконт, И.И. Соколова, В.В. Олейничук // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 6. – С. 38-42.
 46. Горбачева И.А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанова, Л.Ю. Орехова // Стоматология. – 2001. – Т.80, №1. – С. 26-34.
 47. Кашівська Р.С. Стан тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит при захворюваннях гепатобіліарної системи та обґрунтування медикаментозної корекції виявлених порушень: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія» / Р.С. Кашівська. – Івано-Франківськ, 2016. – 204 с.
 48. Грудянов А.И. Быстро прогрессирующий пародонтит в молодом возрасте, протекающий на фоне хронического гепатита С, цирроза печени, железодефицитной анемии и тромбоцитопении (клиническое наблюдение) / А.И. Грудянов, И.В. Безрукова, П.Б. Охупкина // Пародонтология. – 2000. – №2. – С. 3-8.
 49. Демьяненко С.А. Стоматологическое обоснование гепатопротекторного действия биофлавоноидных гепатопротекторов при гепато-оральном синдроме / С.А. Демьяненко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №4. – С.5-9.
 50. Яковлев М. Ю. «Эндотоксиновая агрессия» как предболезнь или универсальный фактор патогенеза заболевания человека и животных / М. Ю. Яковлев // Успехи современной биологии. – 2003. – Т. 123, № 1. – С. 31-40.
 51. Новак В.Л. Синдром эндогенной интоксикации, сепсис і поліорганна недостатність: патофізіологічні та клінічні аспекти проблеми (огляд літератури) / В. Л. Новак, О. М. Оборін // Журнал АМН України. – 2009. – Т. 15, № 2. – С. 263-275.
 52. Січкорізі Х.А. Зміни фізико-хімічних властивостей ротової рідини у хворих із захворюваннями пародонта на фоні хронічного гепатиту С під час протівірусної терапії / Х.А. Січкорізі, Л.Ю. Мінько // Український стоматологічний альманах. – 2016. – Т.1, № 3. – С.13-17.
 53. Фесенко В.І. Обґрунтування принципів профілактики та лікування генералізованого пародонтиту у хворих на хронічний вірусний гепатит В: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія» / В.І. Фесенко. – Полтава, 2004. – 174 с.
 54. Фесенко В.І. Клініко-імунологічний статус хворих на генералізований пародонтит на тлі вірусного гепатиту В / В.І. Фесенко, С.В. Швець // Український стоматологічний альманах. – 2016. – № 4. – С. 28-31.
 55. Особливості клінічних проявів патологічних процесів пародонта у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень // М. І. Гуменюк, І.П. Мазур, В.І. Ігнат'єва [та ін.] // Украинский пульмонологический журнал. – 2015. – № 1. – С. 40-44.
 56. Патологические процессы пародонта у больных хроническим обструктивным заболеванием легких/ Н. И. Гуменюк, И. П. Мазур, В. И. Игнат'єва [и др.] // Астма та алергія. – 2013. – № 3. – С. 28-34.
 57. Харченко–Севрюкова Г.С. Клініко-імунологічні особливості перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / Г.С.Харченко–Севрюкова // Астма та алергія. – 2015. – № 1. – С. 45-50.
 58. Linden G. J. Periodontal systemic associations: review of the evidence / G. J. Linden, A. Lyons, F. A. Scannapieco // J. Clin. Periodontol. – 2013. – Vol. 40, Suppl. 14. – P. 8-19.
 59. Wilson T. G. Fundamentals of periodontics / T. G. Wilson, K. S. Kornman. – Tokyo : Quintessence Publishing Co, 1996. – P. 564.
 60. Особливості місцевого імунітету ротової порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з генералізованим пародонтитом / М. І. Гуменюк, В. І. Ігнат'єва, Ю. О. Матвієва [та ін.] // Астма та алергія. – 2014. – № 2. – С. 31-37.
 61. Назарян Р.С. Сучасні уявлення про порушення органів та тканин порожнини рота при застосуванні інгаляційних гормональних засобів у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / Р.С. Назарян, Н.Ю. Ємельянова // Галицький лікарський вісник. – 2012. – № 4. – С.148-150.
 62. Слободян В.В. Вплив ендотоксикозу на прояви гіпоксії при лікуванні хворих хірургічного профілю на супутні хронічні обструктивні захворювання легень/ В.В. Слободян, О.В. Олійник // Вісник наукових досліджень. – 2016. – № 2. – С. 54-56.
 63. Капустник В.А. Механізм асоціації артеріальної гіпертензії і хронічного обструктивного захворювання легень // В.А.Капустник, О.Л. Архіпкіна // Експериментальна і клінічна медицина. – 2012. – № 1. – С. 116-121.
 64. Моніторинг основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / Т.А. Трибрат, С.В. Шуть, В.М. Бондаренко [и др.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – № 2. – С. 212-215.

65. Булкина И.В. Патогенетическая взаимосвязь и взаимовлияние воспалительных заболеваний пародонта с патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта / И.В. Булкина // Институт стоматологии. – 2010. – № 2. – С.28-29.
66. Годована О.І. Аспекти етіології та патогенезу запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонта / О.І. Годована // Новини стоматології. – 2010. – № 3. – С. 69-73.
67. Мозгова Н.В. Корекція судинних порушень в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у осіб з розладами регіонарного кровообігу / Н.В. Мозгова // Вісник стоматології. – 2006. – № 3. – С. 23-27.
68. Бартенева Т.В. Лечение и профилактика заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 «Стоматология» / Т. В. Бартенева. – Волгоград, 2008. – 19 с.
69. Брин В.Б. Сравнительная характеристика состояния микроциркуляции в пародонте у пациентов с системными нарушениями гемодинамики / В.Б. Брин, М.Г. Дзгоева, К.М. Дзилихова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2007. – № 3 (7). – С. 34-37.
70. Дзгоева М.Г. Функциональное состояние пародонта при нарушениях системной гемодинамики : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.16 «Патологическая физиология» / М.Г. Дзгоева. – Владикавказ, 2009. – 34 с.
71. Кавка А.В. Реабілітація хворих на серцево-судинну патологію і захворювання пародонта: деякі аспекти проблеми / А.В. Кавка // Практична медицина. – 2008. – Т. 4, № 4. – С. 49-52.
72. Бойченко О.М. Поширеність захворюваності на пародонтит у пацієнтів з ІХС, які страждають стабільною стенокардією напруги / О.М. Бойченко // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – 2011. – Т. 11, № 4 (36). – С. 4-7.
73. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта / И. А. Горбачева, Л. Ю. Орехова, Ю. А. Сычева [и др.] // Пародонтология. – 2007. – № 1 (42). – С. 50–58.
74. Meisel P. Association of height with inflammation and periodontitis: the Study of Health in Pomerania / P. Meisel, T. Kohlmann, T. Kocher // Journal of Clinical Periodontology. – 2007. – P.390-396.
75. Teles R. Mechanisms involved in the association between periodontal diseases and cardiovascular disease / R.Teles, C.Y. Wang // Oral Dis. – 2011. – Vol. 17. – P. 450-461.
76. Johansson K.S. Periodontitis and coronary artery disease. Studies on the association between periodontitis and coronary artery disease / K.S. Johansson. – Linkping, 2013. – 90 p.
77. Гончарук Л.В. Особливості клінічного перебігу та лікування запальних захворювань пародонту у хворих на сечокам'яну хворобу: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія» / Л.В. Гончарук. – Одеса, 2009. – 167 с.
78. Шилівський І.В. Сучасні погляди на етіологію та патогенез запальних захворювань пародонта, їх взаємозв'язок із патологією сечовидільної системи (огляд літератури та власні дослідження) / І.В. Шилівський, О.М. Немеш, З.М. Гонга // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т.20, № 1. – Р. 224-227.

Стаття надійшла
13.04.2018 р.

Резюме

Огляд наукової літератури присвячений актуальним питанням вивчення етіології захворювань пародонта. Аналіз останніх досліджень у галузі пародонтології свідчить про тісний патогенетичний зв'язок між розвитком захворювань пародонта і порушеннями функціонування внутрішніх органів.

Ключові слова: захворювання пародонта, органи шлунково-кишкового тракту (ШКТ), печінка, органи дихання – легені, серце (серцево-судинна система), органи сечовидільної системи.

Резюме

Обзор научной литературы посвящен актуальным вопросам изучения этиологии заболеваний пародонта, являющихся одной из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области.

Анализ исследований последних лет доказывает устойчивую связь между развитием заболеваний пародонта и нарушениями в системе иммунитета, нейрогуморальной системы, обменными нарушениями, генетической предрасположенностью и пр. Представлены данные, полученные в ходе изучения литературных источников относительно роли нарушений функционирования отдельных органов (желудочно-кишечного тракта, печени, легких, сердца, органов мочевыделительной системы) в развитии хронических заболеваний пародонта. Полученные сведения свидетельствуют о том, что заболевания внутренних органов способствуют структурному поражению тканей пародонта и являются фактором риска заболеваний пародонта, что обуславливает необходимость наличия у врачей-стоматологов не только теоретических знаний и практических навыков по специальности, но и их информированности об особенностях и клинических проявлениях соматической патологии. Актуальным и обоснованным шагом при лечении заболеваний пародонта является также вовлечение в процесс оказания комплексной стоматологической помощи врачей-интернистов, способных быстро и качественно оценивать состояние внутренних органов и основных систем организма больного.

Ключевые слова: заболевания пародонта, органы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печень, органы дыхания - легкие, сердце (сердечно-сосудистая система), органы мочевыделительной системы.

UDC: 616.314.17-008.1-02

SOME ASPECTS OF THE ETIOLOGY OF PARODONTUS DISEASES. (LITERATURE REVIEW)

N.N. Saveleva, I.I. Sokolova, S.I. German, T.V. Tomilina

Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

The review of the scientific literature is devoted to the topical issues of studying the etiology of periodontal diseases, which are one of the most common and complex pathologies of the maxillofacial region.

Analysis of recent studies proves a stable relationship between the development of periodontal diseases and disorders in the immune system, the neurohumoral system, metabolic disorders, genetic predisposition, and so on. The article presents the data obtained in the course of studying the literature on the role of disorders in the functioning of individual

organs (gastrointestinal tract, liver, lungs, heart, and urinary system) in the development of chronic periodontal diseases. The article notes that the anatomical and physiological proximity of the periodontal and digestive tract tissues, the generality of innervation and humoral regulation create prerequisites for the involvement of periodontal disease in the pathological process in diseases of the gastrointestinal tract. One of the main etiological factors in the development of inflammatory diseases of the gastrointestinal tract and periodontium is *Helicobacter pylori*, which is found in the loci of the oral cavity: in the oral and gingival fluid, on the mucous membrane of the tongue and cheeks, and in the periodontal pockets.

It is pointed out that the liver also occupies a special place in the development of periodontal diseases, which is explained by the performance of its significant functions for the human body: regulatory, metabolic, antitoxic and other.

There is evidence that the pathology of periodontal disease plays a leading role in the structure of dental diseases in patients with chronic obstructive pulmonary diseases, which is clinically manifested by symptoms of generalized periodontitis of the I-II degrees of development and its complications - partial or complete secondary adentia, and with tooth preservation - defects in dental series and violations of occlusion, function, aesthetics.

Scientists suggest a general biological mechanism for the development of generalized periodontitis and cardiovascular diseases, linking the development of periodontal diseases in patients with cardiovascular pathology with microcirculatory disorders.

The dependence of the severity of inflammatory changes in the periodontal tissues on the disturbances of salt metabolism in urolithiasis is proved.

The data obtained indicate that diseases of the internal organs contribute to the structural damage of periodontal tissues and they are a risk factor for periodontal diseases, which necessitate the presence of not only theoretical knowledge and practical skills in dentistry, but also their awareness of the features and clinical manifestations of somatic pathology. An urgent and justified step in the treatment of periodontal diseases is also the involvement in the process of rendering complex dental care to internist doctors capable of quickly and qualitatively assessment the condition of the internal organs and the basic systems of the patient's body.

Key words: periodontal disease, gastrointestinal tract, liver, respiratory organs - lungs, heart (cardiovascular system), organs of the urinary system.