

group ($7,36 \pm 0,48$ mmol / kg and $9,06 \pm 0,36$ mmol/kg; $p < 0,05$); increase in acid phosphatase ($6,18 \pm 0,42$ U / kg і $4,40 \pm 0,26$ U/kg; $p < 0,05$); sootneshneiya reduction of acid and alkaline phosphatase, father of mineralization index ($19,40 \pm 1,28$ U / kg і $25,11 \pm 1,16$ U / kg; $p < 0,05$).

Conclusions. Positive approbation of the claimed method allows to recommend it for use in experimental medicine to study the etiology and pathogenesis of dental caries, as well as to develop and study the effects of the methods and means of prevention and treatment of dental caries.

Key words: modeling, experimental caries, Wistar rats.

Відомості про авторів:

Савичук Наталія Олегівна - д. мед. н., професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Мечникова, 11-17, тел.: (044) 272-40-96.

Трубка Ірина Олександрівна - доцент кафедри стоматології дитячого віку Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Мечникова, 11-17, тел.: (044) 272-40-96.

УДК 616.72 – 002.77 – 06: 616.31

© Д.О. ЯКИМЕНКО, 2015

Д.О. Якименко

УРАЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБАХ

Одеський національний медичний університет

Вступ. Ураження слизової оболонки ротової порожнини, зубів, щелеп та скронево-нижньощелепних суглобів часто супроводжує ревматичні хвороби. При деяких хворобах ураження слизової оболонки ротової порожнини є діагностичним критерієм, але поширеність таких уражень при ревматичних хворобах, їх характер та інтенсивність потребують подальших уточнень.

Мета. Вивчити інтенсивність та характер ураження слизової оболонки ротової порожнини, зубів та щелеп у хворих на аутоімунні хвороби, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні МКЛ№9 на протязі 5 років.

Результати. У всіх хворих на хворобу Шегрена, переважної більшості хворих на ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, значної кількості хворих на псоріатичну артропатію, поліміозит, системну склеродермію, васкуліти спостерігається ураження слизової оболонки ротової порожнини у вигляді різних форм стоматитів, хейлітов, пародонтиту, а також відсутність зубів. Розвиток запальних процесів слизової оболонки порожнини рота пов'язаний з наявністю васкулітів, зниженням саливації, дефіцитом місцевого і загального імунітету. Остеопороз кісток щелеп і кандидозні стоматити пов'язані з наявністю аутоімунного запалення і тривалим застосуванням високих доз глюкокортикоїдів. Ураження ротової порожнини у хворих на системну патологію потребує вивчення предикторів виникнення та удосконалення способів лікування і профілактики.

Ключові слова: ротова порожнина, ураження, ревматичні хвороби.

Вступ. Аутоімунні реакції у вигляді продукції великої кількості антитіл до власних антигенів є нормальним процесом, необхідним для транспорту цих компонентів в організмі. Проте в деяких ситуаціях аутоантитіла в силу цілого ряду причин стають патогенетичною основою розвитку аутоімунних

захворювань. Аутоімунними вважаються ті захворювання, в патогенезі яких аутоантитіла грають головну або істотну роль [1]. В залежності від локалізації патологічного процесу аутоімунні захворювання поділяють на органоспецифічні і органонеспецифічні. При органоспецифічних аутоімунних захворюваннях спостерігається розвиток аутоімунної реакції при контакті імунної системи з «забар'єрними» тканинами, до яких відсутня імунологічна толерантність (щитовидна і слинні залози, яєчка, очі). При органонеспецифічних захворюваннях відбувається зрив імунологічної толерантності до антигенів, з якими імунна система раніше контактувала. Наявні комплекси антиген-антитіло або аутоантитіла вражають органи і системи. До органоспецифічним аутоімунних захворювань відносяться тиреоїдит Хашимото, первинна мікседема, тиреотоксикоз, аутоімунний атрофічний гастрит, перніціозна анемія, хвороба Шегера, тромбопенічна пурпура. До органонеспецифічних аутоімунних захворювань відносяться виразковий коліт, системний червоний вовчак (СЧВ), системна склеродермія (ССД), дерматоміозит, ревматоїдний артрит (РА), псоріаз. Передбачається участь аутоімунних механізмів у розвитку гранулематоза Вегенера, хвороби Бехчета, анкілозуючого спондилоартриту.

Ураження слизової оболонки порожнини рота (СОПР), зубів і щелеп при цих захворюваннях спостерігається в значній більшості випадків. При РА, СЧВ, псоріатичній артропатії можуть уражатися скронево-нижньощелепні суглоби. При синдромі Шегрена ураження слинних залоз, що приводить до значного зменшення кількості слини, сприяє розвитку стоматитів і активації мікрофлори порожнини рота [2-4]. При гранулематозі Вегенера розвивається виразково-некротичний стоматит. При хворобі Бехчета спостерігається афтозний стоматит. При синдромі Черджа-Стросса поряд з алергічними ринітами спостерігаються рецидивуючі стоматити і фарингіти. При рецидивуючому поліхондріті також спостерігається виразковий стоматит. Сухим синдромом з ураженням СОПР і зубо-щелепної системи можуть супроводжуватися РА, СЧВ, ССД, васкуліти [5-8]. При псоріазі уражається червона облямівка губ і слизова ротової порожнини (ангулярний стоматит). У значній кількості хворих на СЧВ і дерматоміозит спостерігаються стоматити, іноді афтозні. При ССД спостерігається ураження шкіри обличчя, дисфагія [5]. При дерматоміозиті спостерігається слабкість м'язів, у тому числі жувальних. При гігантоклітинному артеріїті спостерігається «переміжна кульгавість» жувальних м'язів, пов'язана з погіршенням їх кровопостачання. Слід відзначити, що при СЧВ, гранулематозі Вегенера, хворобі Бехчета стоматит є діагностичним критерієм [4].

Активізація мікрофлори ротової порожнини, в тому числі грибової, спостерігається у хворих РА, ВКВ і ССД, у тому числі і як ускладнення тривалої імунодепресивної терапії. Тривала терапія глюкокортикоїдами сприяє розвитку пародонтиту, остеопорозу, в тому числі кісток щелеп [9], що в поєднанні з ураженням сполучної тканини, призводить до хиткості і, надалі, втрати зубів у хворих з аутоімунними хворобами.

Таким чином, у значній кількості хворих ревматичними хворобами можливі ураження СОПР і зубо-щелепної системи. Виходячи з вищесказаного, **метою** даного дослідження було вивчення поширеності та характеру ураження зубо-щелепної системи та СОПР у хворих на аутоімунні захворювання.

Матеріали і методи. Вивчено скарги, анамнез, проведено об'єктивне дослідження, що включало огляд СОПР, оцінена патологічна рухливість зубів і їх відсутність у хворих ревматичними хворобами, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні ГКБ №9 м. Одеси в період з 2008 по 2012 рр. **Результати та їх обговорення.** Структура хворих за нозологічними формами та наявністю ураження СОПР і зубів представлена в таблиці. Як видно з представлених даних, більшу частину хворих становлять хворі РА, причому ця тенденція зберігається із року в рік. РА - найпоширеніша з аутоімунних ревматичних хвороб, тому переважання таких хворих можна пояснити. Наявність аутоімунного процесу і імунодепресивні терапія, зниження місцевого імунітету ротової порожнини призвело до розвитку у значної кількості хворих РА (43-46%) бактеріальних і грибкових стоматитів, а також рухливості і відсутності зубів майже у половини хворих (у 48-50%). У 11 хворих РА спостерігався сухий синдром, у 3 - артрит скронево-нижньощелепного суглоба, що утруднює рух нижньої щелепи. У більшості хворих СЧВ (50-52%) спостерігалися хейліти і стоматити, у 2 - афтозні, надзвичайно болючі, що вимагали наполегливої лікування; рухливість і відсутність зубів спостерігалися у 43-39% хворих СЧВ. У 1 хворої спостерігався сухий синдром. Ураження СОПР і рухливість зубів спостерігалося у третини хворих на псоріатичну артропатію, васкуліти, чверті хворих поліміозитом і ССД. У всіх хворих на хворобу Шегрена спостерігалися стоматити, рухливість і відсутність зубів.

Таблиця

Поширеність та характер уражень ротової порожнини хворих з ревматичними хворобами

№ ПП	Нозоформа	Роки				
		2008р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
1.	РА, хворих	211	223	258	223	223
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	97/101	99/112	104/109	95/92	109/105
2.	СЧВ, хворих	28	37	30	29	37
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	14/12	19/17	16/16	15/13	21/19
3.	Псоріатична артропатія, хворих	22	32	14	24	32
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	7/6	12/9	5/4	9/7	11/12
4.	Дерматополіміозит, хворих	15	13	23	11	13
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	3/2	2/3	3/5	2/3	2/2
5.	ССД, хворих	12	15	22	31	15
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	3/2	¼	4/4	5/4	3/3
6.	Синдром Шегрена, хворих	9	10	12	13	10
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	9/9	10/10	12/12	13/13	10/10
7.	Васкуліти, хворих	6	13	10	9	13
	в т.ч., хворих з ураженням СОПР/рухливістю (відсутністю) зубів	2/3	4/3	¼	4/3	5/4

СТОМАТОЛОГІЯ

Висновки. У всіх хворих на хворобу Шегрена, переважною більшістю хворих на РА, СЧВ, значної кількості хворих на псоріатичну артропатію, поліміозит, ССД, васкуліти спостерігається ураження СОПР у вигляді різних форм стоматитів, хейлітів, пародонтиту, а також відсутність зубів. Розвиток запальних процесів СОПР пов'язаний з наявністю васкулітів, зниженням салівації, дефіцитом місцевого і загального імунітету (зумовленого як патологічним процесом, так і застосуванням імунодепресантів). Остеопороз кісток щелеп пов'язаний з наявністю аутоімунного запалення і тривалим застосуванням високих доз глюкокортикоїдів. З їх же тривалим застосуванням асоційовані і кандидозні стоматити. Тому важливим завданням є вивчення факторів ризику виникнення та прогресування, особливостей патогенезу ураження СОПР і зубо-щелепної системи при аутоімунних захворюваннях і на цій підставі розробка способів їх корекції.

Література

1. Національний підручник з ревматології / За ред В.М. Коваленка, Н.М. Шуба. - К.: Моріон. - 2013. – 671 с.
2. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит. - М., Анко. - 2001.-328 с.
3. Заздравнов А.А. Гіпосалівація – клінічний маркер та аграватор перебігу ревматоїдного артриту, ускладненого ураженням стравоходу / Заздравнов А.А., Андрушина А.Б. // Український ревматологічний журнал. - 2013. - №52 (2). - С. 90-93.
4. Асеева Е.А. Современные методы оценки активности системной красной волчанки / Е.А. Асеева, С.К. Соловьев, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2013. - №3. - С. 186-200.
5. Трудности диагностики системной склеродерми / Манищенкова Ю.А., Некрасова Н.Б., Вертий О.А., Корниенко В.В. // Український ревматологічний журнал. - 2012. - №48 (2). - С. 44-47.
6. Гордеев А.В. Концепция полиморбидности в ревматологической практике / А.В.Гордеев, Е.А.Галушко, Е.Л.Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2014. - №4. - С. 362-365.
7. Семенова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты. - М.: Русский врач. - 2001. – 95 с.
8. Олюнин Ю.А. Оценка статуса больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. - 2012. - №1. - С. 9-13.
9. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний (руководство для врачей) / Под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова.- М.: Литера. - 2003. – 520 с.

Д.О. Якименко

Поражение ротовой полости при ревматических болезнях

Одесский национальный медицинский университет

Вступ. Поражение слизистой оболочки ротовой полости, зубов, челюстей и височно-нижнечелюстных суставов часто сопровождается ревматическими болезнями. При некоторых болезнях поражения слизистой оболочки ротовой полости являются диагностическим критерием, но распространенность таких поражений при ревматических болезнях, их характер и интенсивность требуют дальнейших уточнений.

Цель. Изучения интенсивности и характера поражения слизистой оболочки

ротової порожнини, зубів і щелеп у хворих аутоімунними захворюваннями, що перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні ГКБ№9 впродовж 5 років.

Результати. У всіх хворих захворювання Шегрена, переважно більшість хворих ревматоїдним артритом, системною червоною вовчачкою, значущою частиною хворих псоріатичною артропатією, поліміозитом, системною склеродермією, васкулітами спостерігається ураження слизової оболонки ротової порожнини у вигляді різних форм стоматитів, хейлітів, пародонтиту, а також відсутності зубів. Розвиток запалених процесів СОПР пов'язано з наявністю васкулітів, зниженням саливації, дефіцитом місцевого і загального імунітету. Остеопороз кісток щелеп і кандидозні стоматити пов'язані з наявністю аутоімунного запалення і тривалим застосуванням високих доз глюкокортикоїдів. Ураження ротової порожнини у хворих з системною патологією потребує вивчення факторів виникнення і удосконалення способів лікування і профілактики.

Ключові слова: ротова порожнина, ураження, ревматичні захворювання.

D. O. Yakymenko

Oral lesions in case of rheumatic diseases

Odessa National Medical University

Introduction. Lesions of the mucous membrane of the mouth, teeth, jaws and TMJ often accompany rheumatic diseases. In case of some diseases the lesion of oral mucosa is a diagnostic criterion but the prevalence of these lesions in case of rheumatic diseases, their features and intensity require further clarification.

Aim. The aim of the investigation was to study the features and intensity of lesions of the mucous membrane of the mouth, teeth and jaws in patients with autoimmune disease, who have been under hospital treatment at the Rheumatological department of Municipal Clinical Hospital No. 9 for 5 years.

Results. In all patients with Sjogren disease, the majority of patients with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, a significant number of patients with psoriatic arthropathy, polymyositis, systemic scleroderma, vasculitis there are observed lesions of oral mucosa in a variety of forms of stomatitis, cheilitis, periodontitis and lack of teeth. The development of oral mucosa inflammation is associated with the presence of vasculitis, decreased salivation, lack of local and general immunity. Jaw osteoporosis and Candida stomatitis are associated with the presence of autoimmune inflammation and prolonged use of high doses of glucocorticoids. Lesions of the oral cavity in patients with systemic pathology require study of the predictors of appearance and improvement of the methods of treatment and prevention.

Key words: oral cavity, lesions, rheumatic diseases.

Відомості про авторів:

Якименко Дмитро Олександрович – к. мед. н., асистент кафедри ортопедичної стоматології Одеського національного медичного університету. Адреса: Одеса, пров. Валівівський, 2, тел.: (048) 7233324.