

УДК 616.314.18-002.4+616.34

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Лісецька І.С., Рожко М.М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна, lisecka9@gmail.com*

Резюме: На сьогодні проблема захворювання пародонту у дітей та підлітків залишається актуальною внаслідок високої розповсюдженості та коливається в межах 55-96%, переважно діагностують хронічний катаральний гінгівіт. Часто захворювання пародонту зустрічаються у підлітків із загальносоматичними захворюваннями, зокрема в осіб із захворюваннями ШКТ. За епідеміологічними даними, хвороби ШКТ у підлітковому віці посідають друге місце. Серед хвороб гастродуоденальної зони в цій віковій категорії перше місце займає хронічний гастроуденіт (60-70%). Хронічні соматичні захворювання призводять до зниження реактивності організму, порушення метаболізму, гемодинаміки та розвитку вторинної імунологічної недостатності, що створює фон для погіршення місцевої опірності тканин пародонту щодо бактерій зубної бляшки та активізації пародонтопатогенної мікрофлори.

Дослідження свідчать про тісний взаємозв'язок високого рівня стоматологічної захворюваності, в тому числі захворювань тканин пародонту, з хронічними ураженнями органів травлення, що пояснюється тісним анатомо-функціональним зв'язком.

Особливостями ураження пародонту в цьому випадку є генералізований характер запальних, запально-деструктивних змін та прогресування патологічного процесу з частими загостреннями, які звичайно співпадають із періодами загострення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту.

Питання ранньої діагностики та розробка схем профілактики й лікування залишаються актуальними та потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: захворювання пародонта, захворювання шлунково-кишкового тракту, підлітки, хронічний гінгівіт.

Вступ. Проблема захворювань пародонту в дитячому та підлітковому віці залишається актуальною, так як не дивлячись на розроблені схеми профілактики та успіхи в лікуванні, розповсюдженість та інтенсивність залишається на високому рівні, як в нашій країні, так і за кордоном. За даними ВООЗ, розповсюдженість та інтенсивність гінгівіту зростає з віком: початкові ознаки запалення реєструються вже у 5-річному віці, досягають максимуму в пубертатний період, згодом у дорослому віці захворювання тканин пародонту виявляються практично у

100% населення, що часто є наслідком недостатньої діагностики або неадекватного лікування в дитячому та підлітковому віці [8, 11, 23, 29].

Результати епідеміологічних досліджень вказують на те, що ураження тканин пародонту діагностують у 55-96% підлітків, що в майбутньому може стати причиною розвитку запально-деструктивних захворювань різного ступеня важкості в дорослому віці. У підлітків найчастіше зустрічається хронічний катаральний гінгівіт, показник сягає 90%, що говорить про необхідність застосування своєчасних профілактично-лікувальних заходів щодо попередження й усунення початкових ознак патології пародонту у підлітків [4, 16, 25].

Організм людини - функціональна система, в якій зміни діяльності одного органу обов'язково відібуваються на результатах діяльності інших органів та систем. Тому більшість захворювань об'єднані єдиним механізмом, спостерігається їх взаємодія [5].

Загальноприйнята концепція виникнення захворювань пародонту говорить про те, що ця патологія виникає під впливом багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів, однак головним пусковим агентом є зміни мікробіоценозу порожнини рота та зниження місцевих захисних механізмів. Це спричинює посилення вірулентних властивостей умовно-патогенної мікрофлори зубних відкладень. Подібні зміни взаємовідношень мікрофлори з організмом хазяїна є одним з головних факторів прогресування і загострення патологічних процесів у пародонті [7, 21, 26]. Крім того, високий рівень даного захворювання серед дитячого населення обумовлений зниженням рівня здоров'я, збільшення кількості хронічних захворювань, зниження фізичного розвитку на фоні погіршення екологічної ситуації навколишнього середовища, негативний вплив урбанізації – зростання стресу та внутрішнього напруження, гіподинамія, погіршення якості харчування та інших соціально-економічних причин також сприяє розвитку захворювань тканин пародонту. Хронічні соматичні захворювання призводять до зниження реактивності організму, порушенням метаболізму, гемодинаміки та розвитку вторинної імунологічної недостатності, що створює фон для погіршення місцевої опірності тканин пародонту щодо бактерій зубної бляшки та активізації пародонтопатогенної мікрофлори. Вона

сприяє аутосенсебілізації і розвитку імунопатологічних процесів [1, 10, 17, 24].

Відомо, що захворювання пародонту зустрічаються у дітей та підлітків з загальносоматичними захворюваннями, зокрема в осіб, з захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) встановлено високу поширеність захворювання (94-100%), яке характеризувалось, переважно, хронічним перебігом $82,56 \pm 2,99$, причому найбільш тяжкий перебіг гінгівіту виявлений у дітей з хронічним гастродуоденітом, який супроводжувався підвищенням кислотоутворювальної функції шлунка (Голубева І.М., 2008). Дослідження останніх років свідчать, що в структурі соматичної захворюваності дитячого населення відзначається значне збільшення кількості хронічних хвороб травної системи [18]. За захворювання ШКТ посідають одне з перших місць і становлять серед підлітків – 26,74 на 1000 обстежених, мають тенденцію до зростання з віком [18, 20]. Їх розповсюдженість в різних областях становить 106,1-134,5 особи на кожну 1000 дітей України (О.М.Лук'янова і співавт., 1992). Серед хвороб гастродуоденальної зони в даній віковій категорії перше місце займає хронічний гастродуоденіт (60-70%). Значно рідше зустрічаються ізольований хронічний гастрит (10-15%), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (8-12%). За даними Центру медичної статистики МОЗ України, кожний рік у біля 50000 дитячого населення діагностують хронічний гастродуоденіт [2, 3, 22, 28].

Багаточисленні дослідження свідчать про тісний взаємозв'язок високого рівня стоматологічної захворюваності, в тому числі захворювань тканин пародонту, з хронічними ураженнями органів травлення, що пояснюється тісним анатомо-функціональним зв'язком. За даними численних досліджень, зміни ШКТ є стартовими у виникненні стоматологічних захворювань, одночасно зміни тканин порожнини рота, в свою чергу, також можуть приводити до органічних змін в системі ШКТ, обтяжувати перебіг соматичного захворювання. На думку багатьох авторів, розповсюдженість і важкість захворювань пародонту корелюють зі стадією, тривалістю і важкістю захворювання. Такий взаємозв'язок свідчить не тільки про топографічні співвідношення між ротовою порожниною та кишковою трубкою, але і про тісний рефлекторний та гуморальний зв'язок слизової оболонки порожнини рота і шлунково-кишкового тракту. Рецептори слизової оболонки порожнини рота є джерелом рефлексів, які здійснюють вплив на секреторну і моторну діяльність шлунково-кишкового тракту. У свою чергу, порожнина рота є ефекторним полем зворотного впливу рефлексів з внутрішніх органів. Внаслідок цього всі захворювання органів травлення більшою чи меншою мірою проявляються на слизовій оболонці порожнини рота. Основною ланкою у розвитку такої взаємодії є порушення певних механізмів регуляції: розвиток дисбалансу імунної та ендокринної системи, порушення мікроциркуляції, нейрогуморальної регуляції, психосоматичних

взаємин, зміни в метаболізмі сполучної тканини, мінеральному обміні та дефіцит вітамінів [5, 6, 12, 19, 22, 27]. На думку Ю.В. Белоусова (2007), ураження порожнини рота можуть бути первинними, але можуть виникати і вторинно, як наслідок і під впливом патологічних процесів шлунково-кишкового тракту, а саме: хронічного гастриту і гастродуоденіту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, гастроєзофагальної рефлюксної хвороби, панкреатиту, холециститу, коліту.

Дослідження закордонних та вітчизняних учених довели участь *H. Pylori* як в патогенезі захворювань шлунково-кишкового тракту, так і в розвитку захворювань тканин пародонту, причому було встановлено більш важкий перебіг хронічного катарального гінгівіту та пародонтиту. *H. Pylori* було виявлено у зубній бляшці, слині, вмісті пародонтальних кишень. Персистенція *H. Pylori* у порожнині рота може бути джерелом реінфекції слизової оболонки шлунка і сприяти в подальшому рецидивам [9, 14].

За даними дослідження, у 95% хворих із генералізованим пародонтитом виявлені захворювання органів травлення, серед яких часто зустрічались хронічні гастрити різного генезу, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, вторинні порушення кишечника на фоні захворювань гепатобіліарної системи [5, 17].

При обстеженні хворих на виразкову хворобу виявлені різні форми уражень пародонту. Навіть при відсутності скарг на стан порожнини рота, у цих хворих виявлено остеопороз міжзубних перегородок у ділянці центральних різців. У 76% випадків спостерігається генералізований пародонтит зі значними зубними відкладеннями. У період загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХШ та ДК) розвивається гінгівіт різної важкості, а в 97% випадків у хворих рентгенологічно виявляють деструктивні процеси в кістковій тканині альвеолярного паростка. У період ремісії виразкової хвороби важкість гінгівіту зменшується, дистрофічний процес в альвеолярній кістці стабілізується [12, 13, 20].

Встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит із супутньою патологією різних захворювань ШКТ антитромбогенна здатність судинної стінки порушена, що проявляється зменшенням антиагрегаційної, антикоагулянтної та фібринолітичної активності ендотелію судин. Ступінь зниження антитромбогенної здатності судин залежить від фази загострення і періоду ремісії, тривалості супутнього захворювання, ступеня обсіменіння *H. Pylori* гастродуоденальної області. Найбільш виражене зниження показників антитромбогенної активності судинної стінки спостерігається у хворих генералізованим пародонтитом та захворюваннями верхнього відділу ШКТ, причому найбільш значні зміни відбуваються при поєднанні з ерозивним та ерозивно-виразковим гастродуоденітом, ВХШ та ДК. Ці зміни можуть приводити до порушення мікроциркуляції і реологічних властивостей крові у хворих із вказа-

ною патологією та сприяти розвитку патологічного процесу як в тканинах пародонта, так і слизової оболонки ШКТ.

За результатами досліджень, захворювання ШКТ супроводжуються порушенням обміну речовин в тканинах порожнини рота. При експериментальному пошкодженні різних відділів ШКТ встановлено зниження інтенсивності гліколізу та компенсаторне збільшення концентрації глюкозо – 6 – фосфатдегідрогенази в слизовій оболонці порожнини рота, що призводить до значного зменшення вмісту АТФ в тканинах пародонту. Аналіз електролітів і біохімічних показників крові у дітей з патологією ШКТ свідчить про тенденцію до гіпопротеїнемії, гіпонатріємії, гіпокальціємії, а також про дефіцит заліза, фосфору, цинку, міді в крові, змінюється мінеральна щільність кісткової тканини, що вказує на порушення обміну речовин та може свідчити про ймовірний розвиток дисметаболического синдрому.

За даними науковців, однією з причин захворювань пародонту при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки є накопичення гістаміну в сироватці крові й тканинах, що призводить до розширення судин, збільшення проникності капілярів, порушення лімфовідтоку і в подальшому – до запальних змін в крайовому пародонті.

Важливу роль у захисті епітелію та тканинного гомеостазу при поєднанні патології ШКТ та зубо-щелепової системи відіграють механізми місцевого і загального гуморального імунітету. Патологічний процес у слизовій шлунка і кишечника, можливо, викликає розвиток аутоімунних реакцій, що призводять до пошкодження епітелію порожнини рота. Показано, що в 91,6% випадків захворювань пародонта у осіб з ВХШ та ДК, поруч з підшлунковими в високих титрах виявлено противоясенні аутоантитіла.

При поєднанні патології пародонта і виразкової хвороби, крім гуморальних змін, спостерігаються зсуви клітинного імунітету: зменшення вмісту Т-лімфоцитів (супресорів і хелперів), збільшення вмісту В-лімфоцитів і зниження активності реакцій бласттрансформації лімфоцитів [15].

Виявлено інтенсифікацію перекисного окислення ліпідів у хворих з ураженням тканин пародонту. Дослідження свідчать про те, що перекиси ліпідів відіграють важливу роль у розвитку уражень пародонта, впливаючи як безпосередньо на пародонтальний комплекс, так і опосередковано (Дмитрієва Н.І., 1989), при цьому ферментативне забезпечення антиоксидантного захисту у хворих з супутньою патологією і пародонта виявляється недостатньою, що проявляється стійким дефіцитом церулоплазміну, супероксиддисмутази і каталази [5, 17].

При порівнянні результатів визначення активності лужної та кислої фосфатаз сироватки крові залежно від важкості захворювання пародонту встановлено, що зі збільшенням значення ПІ їх активність при ВХШ та ДК збільшувалась.

Ці дані підтверджують роль порушень обмінних процесів у патогенезі уражень пародонту при даній патології.

При цьому загальними виявляються ключові ланки патогенезу захворювань тканин пародонту і ШКТ: запальна реакція, пов'язана з механізмами вільнорадикального пошкодження клітинних структур; патологічна участь гранулоцитів клітин мононуклеарно-фагоцитарної системи з їх збільшеною адгезивністю, незавершеним фагоцитозом і запрограмованою загибеллю. Системно діючи, механізми призводять до поглиблення тканинної альтерації ферментами макрофагів, що загинули, які викликають деструкцію колагену, еластину і глікопротеїнів. Продукти тканинної деструкції активують процеси аутосенсебілізації і переключення функції імунокомпетентних клітин на вироблення прозапальних, цитотоксичних, вазопресорних та інших цитокінів, що призводить до хронізації і прогресування процесів тканинної деструкції.

Дослідники вказують, що головною особливістю захворювань пародонту на фоні хронічних станів ШКТ є більш рання, ніж у осіб без фонові патології, генералізація патологічного процесу. Відмічено зміни мінеральної щільності кісткової тканини, виявлено вплив кальцієвого обміну на розвиток хронічного ГП, особливо у хворих з ВХДК, що пов'язано з порушенням абсорбції кальцію. Для сполученої патології характерним є взаємообтяжливий перебіг за рахунок наявності тісного функціонального зв'язку між ураженими органами.

Висновки.

1. Аналіз даних літератури свідчить про високу частоту уражень тканин пародонту на фоні супутньої патології шлунково-кишкового тракту внаслідок всебічних взаємозв'язків між органами порожнини рота і гастроудоденальною зоною.

2. Особливостями ураження пародонту у цьому випадку є генералізований характер запальних та запально-деструктивних змін і прогресування патологічного процесу з частими загостреннями, які звичайно співпадають із періодами загострення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту.

3. Питання ранньої діагностики та розробка схем профілактики та лікування залишаються актуальними та потребують подальшого вивчення.

Література:

1. Безвужко Е.В. Особливості формування патології тканин пародонта у дітей, що проживають у різних екологічних умовах / Е.В. Безвужко // Вісник стоматології. – 2008. - №2. – С. 97 – 101.
2. Бекетова Г.В. Хронічний гастроудоденіт у дітей і підлітків: епідеміологія, етіологія, патогенез, діагностика (I частина) / Г.В. Бекетова // Дитячий лікар. – 2012. - №6. – С.20-24.
3. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология: [учеб. пособ.]. – Харьков: Факт, 2007. – 373с.
4. Вольф Г.Ф. Пародонтология / Г.Ф. Вольф,

- Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак. – Москва, 2014: Издательство «Медпресс – информ». – 548 с.
5. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.Н. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // *Стоматология*. – 2004. - №3. – С.6-11.
 6. Гончарук Л.В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии / Л.В. Гончарук, К.Н. Косенко, С.Ф. Гончарук // *Современная стоматология*. – 2011. - №1. – С.37-40.
 7. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М., 2009. – 331с.
 8. Дичко Е.Н. Частота стоматологических заболеваний у детей / Е.Н. Дичко, І.В. Ковач, Ю.В. Хотімська, Н.В. Федоряк // *Медичні перспективи*. – 2012. – Т. 17, №2. – С. 114-116.
 9. Елизарова В.М. Н. Рудогі-ассоциированная патология полости рта у детей (клинико-лабораторное исследование) / В.М. Елизарова, А.В. Горелов, Е.Н. Таболова // *Стоматология*. – 2006. - №5. – С.64-68.
 10. Калініченко Ю.А. Взаємозв'язок та взаємовплив стоматологічного та соматичного здоров'я дітей та підлітків як сучасна медико-соціальна проблема / Ю.А. Калініченко, Т.А. Сіротченко // *Здоровье ребенка*. – 2010. - №4. – С.74 -80.
 11. Каськова Л.Ф. Поширеність захворювань тканин пародонта в дітей у період змінного прикусу / Л.Ф. Каськова, Є.М. Новіков // *Український стоматологічний альманах*. – 2012. - №3. – С.65-68.
 12. Манашук Н.В. Взаємозв'язок патології пародонта та патології шлунково-кишкового тракту / Н.В. Манашук, Н.В. Чорній, В.В. Шманько // *Клінічна стоматологія*. – 2011. - №1-2. – С.23-27.
 13. Матвійчук Х.Б. Пародонтальний статус у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки / Матвійчук Х.Б. // *Актуальні питання стоматології сьогодні*: Наук.-практ. конф., 2010: матеріали конф. – Тернопіль. – 2010. – С.11-12.
 14. Мацко Н.В. Хелікобактерна інфекція у розвитку і перебігу захворювань тканин пародонта при гастродуоденальних виразках / Н.В. Мацко, Ю.І. бондаренко // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. – 2013. - №2. – С.137-139.
 15. Мащенко И.С. Иммунологические и гормональные аспекты патогенеза генерализованного пародонтита / И.С. Мащенко // *Вісник стоматології. Спеціальний випуск*. – 2003. - №13. – С.22-25.
 16. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навч. Посібник / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Н.В. Нейко. – Івано-Франківськ, 2008. – С.282.
 17. Орехова Л.Ю. Клинико-иммунологические микробиологические параллели в течении хронического генерализованного пародонтита и язвенной болезни желудка // *Стоматология*. – 2006. – Т.85, №6. – С.22-26.
 18. Пересипкіна Т.В. Стан здоров'я та прогноз поширеності захворювань серед підлітків України / Т.В. Пересипкіна // *Здоровье ребенка*. – 2014. - № 8 (59) – С. 12 – 15.
 19. Романенко О.Г. Умови розвитку захворювань пародонту в дитячому віці й патологія верхніх відділів травного тракту / О.Г. Романенко, В.О. Кондратьев // *Здоровье ребенка*. – 2010. - №4 (25). – С.48 -51.
 20. Романенко Е.Г. Характер и частота изменений в полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом / Е.Г. Романенко // *Здоровье ребенка*. – 2012. - № 1 (36). – С. 70 – 73.
 21. Тимофеева О.О. Визначення вагомості факторів ризику виникнення хронічного катарального гінгівіту у дітей / О.О. Тимофеева // *Профілактична та дитяча стоматологія*. – 2011. - №2 (5). – С.34-40.
 22. Хоменко Л.О. Взаємозв'язок запальних захворювань тканин пародонта та соматичних захворювань у дітей. Огляд літератури / Л.О. Хоменко, Ю.В. Марушко, О.Д. Московенко, О.В. Дуда // *Новини стоматології*. – 2015. - №2 (83). – С.90 – 94.
 23. Хоменко Л.О. Дитяча пародонтологія: стан проблем у світі та Україні / Л.О. Хоменко, Н.В. Біденко, О.І. Остапко, І.М. Голубева // *Новини стоматології*. – 2016. - №3. – С. 67-71.
 24. Хоменко Л. О. Стан імунітету при гінгівіту у дітей, які мають захворювання органів травлення / Л.О. Хоменко, І.М. Голубева // *Стоматологія*. – 1998. - №1. – С.96-98.
 25. Хоменко Л.О. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Т.2. / Л.О. Хоменко та ін. // *К.:Книга-плюс*. – 2015. – С.328.
 26. Цепов Л.М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Цепов Л.М., Николаев А.И. // *М.: МЕДпресс-информ*. – 2008. – С.272.
 27. Цимбалистов А.В. Патологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта / А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакидзе // *Стоматология для всех*. – 2005. - №1. – С.28-34.
 28. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // *Болезни органов пищеварения*. – 2007. – Т. 9, №2. – С.42-47.
 29. Periodontal disease. More than just gums // *Mayo Clin Health Lett*. – 2014. – Vol. 32, №10. – P. ZE01-4.

УДК 616.314.18-002.4+616.34

ВЗАЄМОСВ'ЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА І ПАТОЛОГІЇ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Лисецкая И.С., Рожко Н.М.

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет», г. Івано-Франківськ, Україна, lisecka9@gmail.com

Резюме: Сегодня проблема заболеваний пародонта у детей и подростков остается акту-

альной вследствие высокой распространенности и колеблется в пределах 55-96%, в основном диагностируют хронический катаральный гингивит. Часто заболевания пародонта встречаются у подростков с общими соматическими заболеваниями, в основном у пациентов с заболеваниями ЖКТ. По эпидемиологическим данным, заболевания ШКТ в подростковом возрасте занимают второе место. Среди заболеваний гастродуоденальной зоны в данной возрастной категории первое место занимает хронический гастродуоденит (60-70%). Хронические соматические заболевания приводят к снижению реактивности организма, нарушению метаболизма, гемодинамики и развитию вторичной иммунологической недостаточности, что создает фон для ухудшения местной опорности тканей пародонта к бактериям зубной бляшки и активизации пародонтопатогенной микрофлоры.

Исследования свидетельствуют про тесную взаимосвязь высокого уровня стоматологической заболеваемости, в том числе заболеваний тканей пародонта, с хроническими поражениями органов пищеварения, что объясняется тесной анатомо-функциональной связью.

Особенностями поражения пародонта в данном случае являются генерализованный характер, воспалительно-деструктивные изменения и прогрессирование патологического процесса с частыми обострениями, которые чаще всего совпадают с периодами обострения хронических заболеваний ЖКТ.

Вопрос ранней диагностики остается актуальным и требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: заболевания пародонта, заболевания желудочно-кишечного тракта, подростки, хронический гингивит.

properties of the conditionally pathogenic microflora of dental deposits. Similar changes in the relationship of microflora with the host's organism is one of the main factors of progression and exacerbation of pathological processes in the periodontal disease. High level of this disease among the children is due to a decrease in the level of health, an increase in the number of chronic diseases, a decrease in physical development. Bad ecological situation, chronic stress, hypodynamia, deterioration of nutrition also lead to increase of diseases of periodontal tissues.

Numerous studies indicate a close relationship between the high level of dental morbidity, including periodontal tissue diseases, with chronic lesions of the digestive system, due to the close anatomical and functional relationship. According to numerous studies, changes in the gastrointestinal tract are the starting points for the emergency of dental diseases, while changes in the tissues of the oral cavity can also lead to organic changes in the gastrointestinal tract, that can aggravate the course of the somatic disease. In general, it should be noted that conditions for inflammation in the periodontal disease are created in the gastrointestinal tract, as there is a violation of regulatory mechanisms: nervous trophic disturbances, autoimmune bias, increased inflammatory mediators in the blood, decreased histamine activity, increased activity of hyaluronidase, etc. All these factors weaken the factors of resistance of the body and together with external causes (microbial colonization of the dental plaque) leads to the development of gingivitis.

Key words: periodontal disease, diseases of the gastrointestinal tract, adolescents, chronic gingivitis.

UDC: 616.314.18-002.4+616.34

CONNECTION OF PERIODONTAL DISEASES AND PATHOLOGY WITH THE GASTROINTESTINAL TRACT

I.S. Lisetska, M.M. Rozhko

SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University», Ivano-Frankivsk, Ukraine, lisecka9@gmail.com

Abstract. Nowadays the problem of periodontal disease among children and adolescents remains relevant due to high prevalence and varies between 55-96%. Often cases of periodontal disease are found in adolescents with general illnesses, in particular, those with gastrointestinal tract infections. According to epidemiological data, diseases of GI tract in the adolescence occupy the second place among all the diseases. Among the diseases of the gastroduodenal zone in this age the first is chronic gastroduodenitis (60-70%).

The main role in periodontal diseases belong to changes in microbiocenosis of the oral cavity and reduction of local protective mechanisms. This causes an increase in virulent

Стаття надійшла до редакції 24.05.2017 р.