

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА

Косюга С.Ю., Варванина С.Э.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального обучения «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Нижний Новгород (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1), e-mail – rector@gmannov.ru.

Инфекция *Helicobacter pylori* является одной из наиболее распространенных в мире. К ассоциированным с *Helicobacter pylori* болезням относят хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Полость рта - это вторичный резервуар и дополнительный источник реинфицирования организма *Helicobacter pylori*. Цель исследования: изучение особенностей клинического течения заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, до и после эрадикации. В ходе выполнения работы было проведено комплексное стоматологическое обследование 108 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет. Всем больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированными с *Helicobacter pylori*, было рекомендовано комплексное, индивидуализированное, этиопатогенетическое, обоснованное, последовательное, динамичное, симптоматическое лечение, состоящее из общего и местного. Было выявлено, что *Helicobacter pylori* способствует увеличению степени тяжести заболевания слизистой оболочки полости рта. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, необходимо проводить совместно с гастроэнтерологом, неврологом (психологом, психотерапевтом) с согласованием схем местного и общего лечения.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, эрадикация *Helicobacter pylori*, этиопатогенетическое лечение, профессиональная гигиена полости рта, местный иммунитет полости рта.

THE PARTICULAR MANIFESTATIONS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION ON THE MUCOUS MEMBRANES OF THE ORAL CAVITY

Kosyuga S.U., Varvanina S.E.

Medical University «Nizhny Novgorod State Medical Academy», the Ministry of Health of the Russian federation, Russia (603005, Nizhny Novgorod, square of Minin and Pozharsky, d. 10/1), e-mail - rector@gmannov.ru

Helicobacter pylori infection is one of the most popular in the world. Associated with *Helicobacter pylori* diseases include chronic gastritis, gastric ulcer and duodenal ulcer. The oral cavity is the secondary reservoir and an additional source of reinfection of the organism *Helicobacter pylori*. Objective: to study the clinical features of diseases of the oral mucosa associated with *Helicobacter pylori* infection before and after eradication. In the course of work, conducted a comprehensive dental examination 108 patients aged 18 to 55 years. All patients with diseases of the oral mucosa associated with *Helicobacter pylori*, it was recommended that a comprehensive, individualized, etiopathogenetic, reasonable, consistent, dynamic, symptomatic treatment, consisting of general and local. It was revealed that *Helicobacter pylori* infection increases the severity of disease of the mucous membranes of the oral cavity. Treatment of diseases of the oral mucosa associated with *Helicobacter pylori*, should be carried out jointly with the gastroenterologist, neurologist (psychologist, psychotherapist) with the approval of schemes of local and general treatment.

Keywords: diseases of the mucous membranes of the oral cavity, eradication of *Helicobacter pylori*, etiopathogenetic treatment, professional oral hygiene, local immunity of the oral cavity.

Известно, что полость рта является начальным отделом желудочно-кишечного тракта. В эмбриональном периоде развития зародыша все органы системы пищеварения развиваются из первичной кишечной трубки [2]. Заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это объясняется морфофункциональным сходством слизистой оболочки полости рта и пищеварительного тракта [4]. Кроме того, слизистая оболочка полости рта является мощным обширным рецепторным полем,

воспринимающим рефлекторные влияния с любого внутреннего органа [2]. Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является одной из наиболее распространенных в мире. D.Y. Graham в 1998 году назвал ее наиболее частой инфекцией человека наряду со *Streptococcus mutans*, вызывающим кариес [6]. *H. pylori* обнаруживают на всех континентах, во всех обследуемых популяциях, ее можно назвать «чумой XXI» века.

К ассоциированным с *H. pylori* болезням относят хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, *H. pylori* определяется у 95% больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки, у 70-80% больных с язвенной болезнью желудка, у 50% больных с неязвенной диспепсией. Признана важная роль этого микроорганизма в развитии MALT-лимфомы и аденокарциномы желудка [3; 5]. Выявлено присутствие *H. pylori* в слюне, мягком зубном налете, зубной бляшке, гнойном содержимом пародонтальных карманов, на зубных ортопедических конструкциях [1]. Таким образом, полость рта - это вторичный резервуар и дополнительный источник реинфицирования организма *H. pylori*.

В современной литературе мало данных о проявлении геликобактериоза на слизистой оболочке полости рта, систематике этих проявлений, зависимости течения инфекции *H. pylori* в желудочно-кишечном тракте и слизистой оболочке полости рта.

Цель исследования

Изучение особенностей клинического течения заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*, до и после эрадикации.

Материал и методы

В ходе выполнения работы было проведено комплексное стоматологическое обследование 108 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, 80 человек (35 мужчин и 45 женщин) с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированными с *H. pylori*, и 28 пациентов в том же возрастном диапазоне (18-55 лет), из них 10 мужчин, 18 женщин, имеющих заболевания слизистой оболочки полости рта, без диагностированной сопутствующей общесоматической патологии, при отсутствии в желудке *H. pylori*.

В зависимости от степени обсемененности слизистой оболочки желудка *H. pylori* и наличия заболеваний слизистой оболочки полости рта пациенты были разделены на группы:

- 1-я группа – 27 человек, у которых было диагностировано наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*. Наличие в желудке *H. pylori* было выявлено гистологическим методом, уреазным дыхательным методом (Хелик-скан). Степень обсемененности слизистой оболочки желудка – слабая (+), до 20 микробных тел в поле зрения, при увеличении микроскопа x 630 (критерии Л.И. Аруина, 1995);

- 2-я группа – 29 человек, у которых было диагностировано наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*. Наличие в желудке *H. pylori*

было выявлено гистологическим методом, уреазным дыхательным методом (Хелик-скан). Степень обсемененности слизистой оболочки желудка – средняя (++) , до 50 микробных тел в поле зрения, при увеличении микроскопа x 630 (критерии Л.И. Аруина, 1995);

- 3-я группа - 24 человека, у которых было диагностировано наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*. Наличие в желудке *H. pylori* было выявлено гистологическим методом, уреазным дыхательным методом (Хелик-скан). Степень обсемененности слизистой оболочки желудка – высокая (+++), более 50 микробных тел в поле зрения, при увеличении микроскопа x 630 (критерии Л.И. Аруина, 1995);

- группу сравнения (4-я группа обследования) составили 28 человек, имеющие заболевания слизистой оболочки полости рта, без диагностированной сопутствующей общесоматической патологии. Отсутствие в желудке *H. pylori* было подтверждено уреазным дыхательным методом (Хелик-скан).

Диагностика *H. pylori* в желудке проводилась троекратно: до лечения (первичная диагностика) – всем пациентам, участвующим в исследовании; через 1 месяц после окончания курса выбранной схемы лечения (контроль эффективности выбранной схемы лечения); через 6 месяцев после проведенного лечения (оценка отдаленных результатов выбранной схемы лечения).

Данные анамнеза и клинических исследований пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта регистрировались в медицинской карте стоматологического больного, форма № 043/у, и в специально разработанной «Карте обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированными с *H. pylori*». Основой составления карты явилась карта эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям Всемирной организации здравоохранения.

Уровень гигиены полости рта изучали с помощью упрощенного индекса гигиены ИГР-У (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964). Для исследования состояния тканей пародонта использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА) индекс, модифицированный С. Парма в 1960 году.

Определение кислотности смешанной слюны осуществлялось дважды: до лечения и сразу после завершения назначенной схемы лечения, рН определяли потенциометрическим методом с помощью портативного рН-метра Марк-901. Забор слюны проводился с целью изучения состояния местного иммунитета полости рта, определяли количество сывороточных иммуноглобулинов А, G, М (IgA, IgG, IgM), секреторного иммуноглобулина А (sIgA), активность лизоцима в смешанной слюне (Liz), с подсчетом коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) у пациентов до лечения и после лечения по выбранным схемам.

Состояние слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки оценивали по результатам заключения эзофагогастродуоденоскопии с исследованием биоптата на наличие *H. pylori*. Заключение о степени обсемененности желудка *H. pylori* было сделано с помощью гистологического метода диагностики. Уреазный дыхательный тест, из неинвазивных методов диагностики *H. pylori* в желудке, пациентам проводили с помощью комбинированного устройства ХЕЛИК-скан. Обследование проводилось всем пациентам, в утренние часы, натощак, троекратно: до лечения, через 1 месяц после лечения, через 6 месяцев после лечения.

Всем больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированными с *H. pylori*, было рекомендовано комплексное, индивидуализированное, этиопатогенетическое, обоснованное, последовательное, динамичное, симптоматическое лечение, состоящее из общего и местного.

Результаты исследования

У пациентов 1-й группы выявились такие заболевания слизистой оболочки полости рта, как десквамативный глоссит, рецидивирующий афтозный стоматит легкой степени тяжести (1-2 афты), гиперплазия грибовидных сосочков.



*Рис. 1. Заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов 1-й группы (слабая степень обсемененности желудка *H. pylori*)*

У пациентов 2-й группы наблюдались такие заболевания слизистой оболочки полости рта, как десквамативный глоссит, рецидивирующий афтозный стоматит легкой и средне-тяжелой степени тяжести (3 афты), типичная и экссудативно-гиперемическая формы красного плоского лишая, ксеростомия.



Рис. 2. Заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов 2-й группы (средняя степень обсемененности желудка *H. pylori*)

У пациентов 3-й группы регистрировались такие заболевания слизистой оболочки полости рта, как десквамативный глоссит, рецидивирующий афтозный стоматит средне-тяжелой и тяжелой (множественные афты) степени тяжести, эрозивно-язвенная и буллезная формы красного плоского лишая, плоская и веррукозная формы лейкоплакии, ксеростомия, хронический атрофический кандидоз.

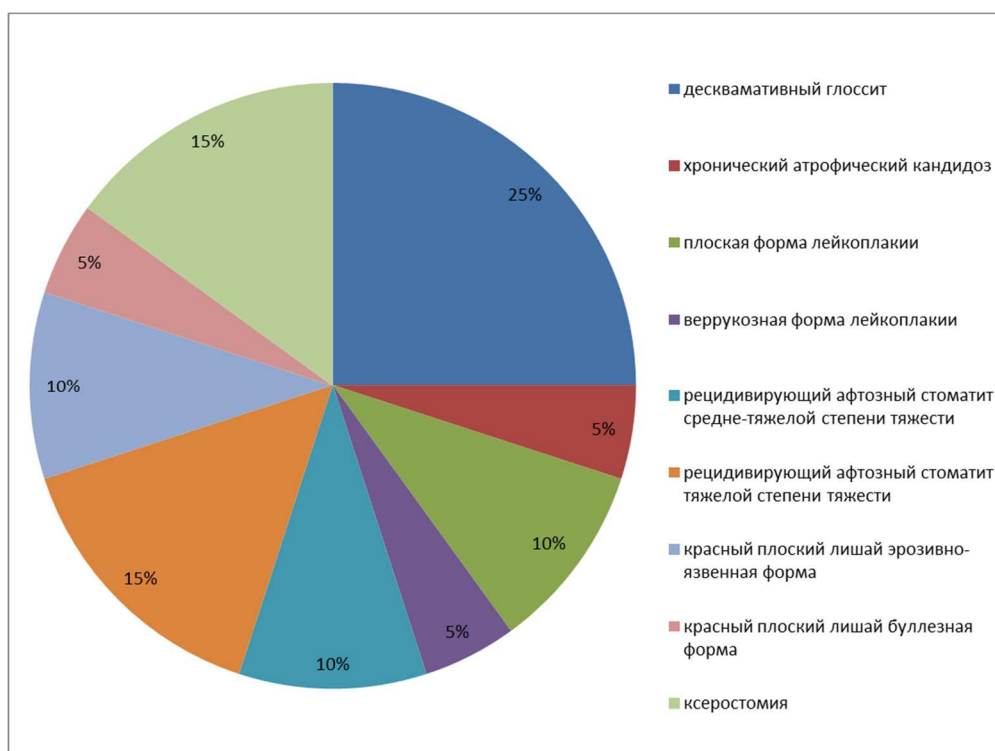


Рис. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов 3-й группы (высокая степень обсемененности желудка *H. pylori*)

При оценке интенсивности кариеса зубов у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*, среднее значение индекса КПУ высокое, распространенность кариеса 100%, в отличие от группы сравнения.

Среднее значение упрощенного индекса гигиены ИГР-У (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), папилярно-маргинально-альвеолярного (РМА) индекса, модифицированного С. Parma, у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*, выше, чем в группе сравнения, что свидетельствует о плохой гигиене полости рта и необходимости обязательного и срочного проведения профессиональной гигиены полости рта, включающей щадящее удаление зубных отложений, обучение рациональной гигиене полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены, контролируруемую чистку зубов.

Особенности клинического течения рецидивирующего афтозного стоматита при обсемененности желудка *H. pylori* следующие: большее количество афт, удлиняется период их заживления с 7-10 дней до 2-3 недель, увеличивается диаметр афты.

При десквамативном глоссите больные чаще жалуются на жжение и боль при приеме раздражающей пищи, участки десквамации часто занимают большую площадь языка, эпителизация участков десквамации от 5-7 дней до 2-3 недель. При слабой и средней степени обсемененности желудка *H. pylori* чаще наблюдается фиксированная форма десквамативного глоссита, с атрофией и сглаженностью сосочков языка. При высокой степени обсемененности желудка *H. pylori* встречается мигрирующая форма десквамативного глоссита, с различными очагами десквамации на дорсальной поверхности языка: от мелкоочечных до 0,8-2,0 см, локализация их постоянно меняется. Часто десквамативный глоссит сочетается с появлением отпечатков зубов на боковой поверхности и кончике языка.

Гиперплазия грибовидных сосочков диаметром 0,5-0,8 см, при обсемененности желудка *H. pylori*, сочетается с беловатым или беловато-сероватым плотным налетом на языке, указывая на гиповитаминоз витаминов группы В и нарушения процессов всасываемости витаминов в тонком кишечнике.

Основным этиологическим фактором, как известно, при красном плоском лишае является неврогенный, в анамнезе у большинства таких больных можно выявить сильный стресс, который спровоцировал рецидив заболевания. Эти пациенты страдают выраженной канцерофобией, плаксивы, раздражительны, насторожены. Однако красный плоский лишай встречается и при различной степени обсемененности желудка *H. pylori*, проявляясь в различных формах: типичной, экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной, буллезной. При этом более выражен сосудистый рисунок слизистой оболочки полости рта, гиперемия, отек. Эрозии полигональной формы занимают обширную площадь, покрыты фибринозным налетом, кровоточат при легком прикосновении. Эпителизация эрозий при высокой

обсемененности желудка *H. pylori* длительная, от 3-4 недель. Необходимо совместное составление схемы общего и местного лечения гастроэнтеролога, стоматолога и невролога (психолога, психиатра), для воздействия на этиопатогенез (стресс) и усугубляющий фактор течения заболевания (обсемененность полости рта и желудка *H. pylori*).

Ксеростомия нарастает в зависимости от степени обсемененности желудка *H. pylori*. При легкой степени обсемененности желудка *H. pylori* слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета слабо увлажнена, блестит. При средней степени обсемененности желудка *H. pylori* симптом «залипания зеркала» положительный, слизистая оболочка полости рта гиперемирована, сухая, блестит. При высокой степени обсемененности желудка *H. pylori* симптом «залипания зеркала» положительный, часто присоединяется вторичная инфекция, появляются эрозии, язвы, галитоз, множественный кариес на зубах в стадии «пятна».

При плоской форме лейкоплакии больные с обсемененностью желудка *H. pylori* чаще предъявляют жалобы на жжение, чувство «стянутости», шероховатости слизистой оболочки полости рта. При веррукозной форме лейкоплакии более выражена сухость полости рта, симптом «залипания зеркала» положительный, участок кератоза, возвышающийся над поверхностью слизистой оболочки полости рта, плотнее на ощупь, чем у пациентов, у которых *H. pylori* в желудке отсутствует.

Хронический атрофический кандидоз при обсемененности желудка *H. pylori* характеризуется более выраженной гиперемией, сухостью в полости рта, галитозом, отпечатками зубов на боковой поверхности и кончике языка, долго незаживающими (от 7 до 23 дней) трещинами в уголках губ, покрытыми тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета.

Заключение

Таким образом, в результате обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, мы выявили, что *H. pylori* способствует увеличению степени тяжести заболевания слизистой оболочки полости рта.

Заболевания слизистой оболочки полости рта, ассоциированные с *H. Pylori*, имеют следующие закономерности: более длительный период заживления, более выраженное воспаление, больший по площади очаг поражения, частые рецидивы заболеваний. Высокий уровень КПУ, 100% распространенность кариеса зубов, низкий уровень гигиены полости рта способствуют поддержанию воспаления, изменению микробного ландшафта и кислотно-щелочного баланса полости рта.

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *H. pylori*, необходимо проводить совместно с гастроэнтерологом, неврологом (психологом, психотерапевтом) с согласованием схем местного и общего лечения.

Список литературы

1. Арутюнов С.Д. Особенности состояния тканей пародонта у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной *Helicobacter pylori* / С.Д. Арутюнов, И.В. Маев, Н.В. Романенко // Пародонтология. – 2005. – № 3. – С. 30-33.
2. Болезни полости рта / Л.М. Лукиных [и др.]. – Н. Новгород : НГМА, 2004. – 510 с.
3. Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение // Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* – Маастрихт IV (Флоренция). – 2012. – Вып. 2. – С. 4-23. – (Best Clinical Practice).
4. Терапевтическая стоматология / Боровский Е.В. [и др.]. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. – 840 с.
5. Diagnosis and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / X. Calvet, M.J. Ramírez Lázaro, P. Lehours, F. Mégraud // *Helicobacter*. – 2013. – № 18. – P. 5-11.
6. Graham D.Y. *Compilobacter pylori* and peptic ulcer disease // *Gastroenterology*. – 1998. – Vol. 96 (Suppl). – P. 615-625.

Рецензент:

Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Н. Новгород;

Гажва Светлана Иосифовна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФПКВ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Н. Новгород.