

Клинические особенности стоматологического статуса пациентов с нарушениями пищевого поведения. Взаимосвязь патологий слизистой оболочки рта и органов желудочно-кишечного тракта

Е.А. МИЦ-ДАВЫДЕНКО*, асп.
А.В. МИТРОНИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой
О.Р. АЙЗБЕРГ**, к.м.н., доц.

*Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

**Кафедра психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, г. Минск (Беларусь)

Clinical features of dental status of patients with eating disorders. The relationship of pathologies of the oral mucosa and gastrointestinal tract

E.A. MITS-DAVYDENKO, A.V. MITRONIN, O.R. AIZBERG

Резюме: Статья представляет краткий обзор данных литературы о проблеме сочетания поражений слизистой оболочки рта пациентов с диагнозами нарушения пищевого поведения и хронических заболеваний органов пищеварения как сопутствующих. Выявлены особенности влияния соматической патологии на характер и степень тяжести патологических процессов в полости рта. Люди, страдающие булимией и анорексией, составляют группу риска по стоматологическим заболеваниям. Анализируя причинно-следственную связь заболеваний слизистой оболочки рта и желудочно-кишечного тракта, большинство авторов установили, что патология органов пищеварения чаще предшествует появлению стоматологических заболеваний. Выявленные поражения полости рта имеют четкую зависимость со степенью повреждений внутренних органов.

Ключевые слова: анорексия, булимия, психотические расстройства, соматическая патология, осложнения со стороны ротовой полости, патология желудочно-кишечного тракта.

Abstract: The article presents an overview of the literature on the problem of combining lesions of the oral mucosa of patients with diagnoses of eating disorders and chronic diseases of the digestive system as related. The features of the influence of somatic pathology on the nature and severity of pathological processes in the oral cavity. People suffering from bulimia and anorexia are at risk for dental disease. Analyzing the cause and effect of diseases of the mouth and gastrointestinal tract, most authors have found that the pathology of the digestive system often precedes the appearance of dental diseases. Identified oral lesions have a clear correlation with the degree of damage to internal organs.

Key words: anorexia, bulimia, psychotic disorders, somatic pathology, complications of the oral cavity, pathology of the gastrointestinal tract.

Медицина XXI века дарит человеку надежду на избавление от многих недугов. За тысячелетнюю историю развития накоплен огромный практический опыт в лечении различных болезней. Достижения современной науки и развитие технологий вооружают врачей все более совершенными инструментами для профилактики, диагностики и лечения болезней. Однако успешность лечения многих болезней зависит не только от используемых препаратов и применяемых методик, но и от своевременности обращения пациента к врачу-специалисту.

Сегодня стоматология – одна из самых динамично развивающихся медицинских наук: с каждым годом появляются новые высокотехнологичные методики и материа-

лы. Однако поддержание здоровья полости рта зависит не только от врача-стоматолога и современных технологий. Во многом оно определяется образом жизни самого пациента. Ограничение сладостей, исключение вредных привычек, качественная гигиена зубов и десен, профилактические осмотры стоматолога позволят на долгие годы зубы сохранить здоровыми и красивыми.

Анализируя сведения литературы, можно отметить, что больные булимией и анорексией не выполняют необходимые для поддержания здоровья полости рта требования.

Формирующееся на почве булимии и анорексии физическое и психическое истощение организма и понижение защитных сил иммунной системы ведет к развитию

различных соматических и стоматологических заболеваний. Недостаточность питательных веществ при анорексии и избыток пищи при булимии облегчают кислотные атаки на зубы, что способствует возникновению кариеса. Частая рвота и изменение эмали зубов может привести к их потере.

У пациентов, страдающих булимией, потребление значительного количества пищи, непрерывное ее пережевывание в течение дня приводят к раннему износу зубной эмали и, как следствие, к возникновению кариеса. У больных анорексией, напротив, пищевая недостаточность может привести к недостатку необходимых веществ для развития зубов. Так, например, недостаток кальция может привести к деминерализации зубов, способствовать кислотным атакам и возникновению кариеса. Доведенный до крайности недостаток витамина С может привести к появлению цинги. Даже в развитых странах вновь появились случаи возникновения цинги, тогда как в течение многих лет этой болезни не наблюдалось. Цинга вызывает, в том числе, и нарушения образования костной ткани, а, следовательно, и нарушение прорезывания зубов, и изменения в костной ткани зубочелюстной системы. К тому же частые рвоты, которыми страдают больные анорексией или которые вызывают у себя больные булимией, создают во рту кислую среду, способствующую размножению бактерий. У пациентов, страдающих булимией, чередование диеты с пищевыми излишествами также пагубно влияет на гигиену полости рта.

Таким образом, люди, страдающие булимией и анорексией, составляют группу риска по стоматологическим заболеваниям.

Что же представляют собой эти заболевания, и каковы причины их возникновения?

Термин «анорексия» означает отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании. Это обычный симптом нарушений в желудочно-кишечном тракте или эндокринной системе. Также она типична при сильных психических нарушениях. Этот симптом наблюдается при беспокоестве, хронических болях, плохой гигиене ротовой полости, повышении температуры тела из-за жары или лихорадки, смене вкусов. Одной из возможных причин анорексии является прием лекарственных препаратов и процедур. Анорексия развивается в результате употребления амfetаминa, как, в принципе, и других психостимуляторов, в том числе кофеина, препаратов химиотерапии, симпатомиметиков (например, эфедрина) и некоторых антибиотиков. Анорексия также может свидетельствовать об интоксикациях (отравлениях, вызванных действием на организм токсических веществ, попавших в него извне или образовавшихся в самом организме). Анорексия может вызывать лучевая терапия в результате нарушений метаболизма. Увеличение уровня глюкозы в крови в результате внутривенного вливания растворов может также привести к анорексии.

Некоторые исследования доказывают, что использование медикаментов, таких как антидепрессанты, нейрореплетики или стабилизаторы настроения, может помочь в лечении пациентов с анорексией, устраняя подавленность настроения и симптомы тревожности, часто сопутствующие анорексии. Последние изыскания, однако, показывают, что антидепрессанты не помогают в борьбе некоторых пациентов с возможными рецидивами анорексии. Вопрос, могут ли лекарства помочь пациентам победить анорексию, остается открытым, но исследования в этой области продолжаются.

Булимия – это нарушение питания, характеризующееся чередованием периодов переедания, вызванных резко усиливающимся чувством голода, и приступов самондущиванной рвоты. Булимия может сопровождать нервную анорексию, но может возникнуть и самостоятельно. Причины булимии делятся на физиологические и психологические.

Физиологические причины связаны с органическими повреждениями пищевого центра коры головного мозга, обменными нарушениями (инсулинорезистентность, метаболический синдром), гормональными расстройствами (гипоталамо-гипофизарная недостаточность).

В подавляющем большинстве случаев в клинической практике приходится сталкиваться с булимией, имеющей психологические причины.

Если анорексию весьма просто выявить у объективно истощенных лиц, то «булемики» зачастую довольно долго сохраняют нормальный вес либо они склонны к его умеренному повышению. Булимия с потребностью последующего избавления от съеденного посредством рвоты зачастую не вызывает избыточного повышения калорийности питания (хотя практически половина употребленной пищи успеваеt усвоиться) и больной человек практически ничем не выделяется. Булимия имеет циклическую форму: переедание, самоочищение с помощью рвоты, слабительного и клизм, после чего следует период строгой диеты и новый срыв. Регулярные очистительные процедуры не безопасны, приводят к нарушению водно-солевого баланса, раздражению слизистых оболочек пищевода, глотки. Кроме того, булимия может вызвать ряд осложнений, в том числе осложнения со стороны ротовой полости: кариес, пародонтит и пародонтоз, разрушение зубной эмали.

Одними из наиболее характерных проявлений булимии являются эрозии в полости рта, расположенные на небной стороне верхних передних зубов и образующиеся в результате воздействия желудочных кислот, попадающих в полость рта во время рвоты. Эти эрозии могут быть обнаружены на протяжении от нескольких дней до нескольких недель после первого рвотного эпизода. Другим важным симптомом является изъязвление в углах рта, причиной которого также является воздействие желудочных кислот во время рвоты. Любое лечение (восстановление композитами, изготовление коронок или защитных покрытий для поврежденных зубов) неэффективно, и если периоды рвоты не прекратятся, пациент может потерять все зубы.

Охриплость в результате регулярного вызова рвоты, травмы слизистой верхних дыхательных и пищеварительных путей. Инфекции полости рта служат очагом для распространения возбудителей по всему организму. Возможно развитие паротита; гинекологических расстройств (нарушения цикла вплоть до аменореи); пищеварительных расстройств (хронические гастриты, энтериты, нарушения перистальтики кишечника, воспаления слизистой пищевода, заболевания прямой кишки, запоры, метеоризм, нарушения функций поджелудочной железы и печени); эндокринных заболеваний (сахарный диабет, гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность), метаболического синдрома, расстройств водно-электролитного баланса.

Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее распространенных патологических состояний больных анорексией и булимией. Необходимо отметить, что при патологии желудочно-кишечного тракта происходят изменения слизистой оболочки полости

рта. Нередко эти изменения отражают суть не только желудочно-кишечной патологии, а развившихся вторично других нарушений организма, что определяет трудности установления этиологии и патогенеза воспаления слизистой оболочки полости рта.

Анализируя причинно-следственную связь заболеваний слизистой оболочки рта и желудочно-кишечного тракта, большинство авторов установили, что патология органов пищеварения чаще предшествует появлению стоматологических заболеваний. Выраженность клинико-патоморфологических изменений слизистой оболочки полости рта коррелирует с тяжестью и длительностью заболевания пищеварительного тракта [3].

Являясь начальным этапом пищеварительного тракта, полость рта представляет собой отдельную экологическую нишу, заселенную микроорганизмами, которые в свою очередь, ответственны за формирование местного иммунитета и способны обеспечивать колонизационную резистентность этого биотопа [10, 11]. При возникновении стоматологической патологии микрофлора, обладающая агрессивными и болезнетворными свойствами, оказывает не только вредное действие на ткани области поражения, но может неблагоприятно влиять на состояние всего организма, внося свой вклад в развитие патологических нарушений со стороны органов желудочно-кишечного тракта [12]. Рецепторы слизистой оболочки полости рта, являясь мощным источником рефлексов, оказывают влияние на секреторную и моторную деятельность желудочно-кишечного тракта. В то же время полость рта является эффекторным полем обратного влияния «патологических» рефлексов с внутренних органов.

Анатомически и функционально ротовая полость наиболее тесно связана с пищеводом, поэтому патология пищевода не может не сказаться на состоянии тканей пародонта. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – полисимптомное заболевание с развитием характерных симптомов и воспалительного поражения дистальной части пищевода и смежных органов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого – представляет актуальную проблему клинической медицины [6].

Клиническое значение ГЭРБ определяется возможностью тяжелого течения с формированием пептических язв и пептической структуры пищевода, возникновением пищеводно-желудочных кровотечений, прогрессированием структурной перестройки (желудочной и кишечной метаплазии) эпителия и поражением сопряженных органов и систем [3, 6].

Исследованиями многих авторов доказано, что при заболеваниях желудочно-кишечного тракта обнаруживаются разнообразные изменения слизистой оболочки рта, степень выраженности которых зависит от формы, тяжести и длительности течения основного заболевания. Лечение основного заболевания способствует умень-

шению или исчезновению патологических изменений в полости рта. Доказана взаимосвязь нарушения кислотообразующей функции желудка и патологических изменений на слизистой оболочке рта. Секреция желудка, как показали исследования Коломиец С. П. (1970), тесным образом связана с секрецией слюнных желез. Обострение язвенной болезни сопровождается снижением реактивности слизистой оболочки рта [5].

При изучении стоматологического статуса пациентов, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, установлена высокая интенсивность поражения зубов кариесом, воспалительными заболеваниями пародонта и патологическими изменениями со стороны слизистой оболочки [7]. Эта взаимосвязь осуществляется посредством анатомических, физиологических, гуморальных коммуникаций различных отделов желудочно-кишечного тракта и его начального отдела – полости рта.

Сайдакбарова Х. И., еще в 1967 году исследуя больных, страдающих хроническим колитом и энтероколитом, отметила как постоянные симптомы глоссит, афтозный стоматит и заеды, протекающие на фоне значительного дефицита витаминов РР и В2. Отмечалось снижение выделения этих витаминов с мочой. Изменения языка были обнаружены у 72 процентов обследованных и характеризовались яркой гиперемией с последующим цианозом, отечностью. В 38% случаев имел место складчатый язык, в 51% – десквамация и сглаженность его рельефа. При хроническом колите важным диагностическим признаком являлась обложенность языка, а при энтероколите – десквамация и атрофические изменения его эпителия. Поражения языка и губ являются, по-видимому, следствием гиповитаминоза, наступающего при заболеваниях нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта [13].

Епишев В. А. (1970) проводил исследования полости рта при хроническом гастрите. Было установлено, что изменения в полости рта зависят от формы и длительности основного заболевания. Изменения языка характеризовались отеком (в 56,5% случаев), появлением налета (в 94,3% случаев). Нередко наблюдался десквамативный глоссит с атрофией и сглаженностью сосочков языка, что встречалось также при секреторной недостаточности желудка. Гипертрофия сосочков языка определялась при гиперацидном гастрите. При хроническом гастрите патологические изменения в полости рта чаще проявлялись рецидивирующим афтозным стоматитом, красным плоским лишаем, реже – острым афтозным стоматитом, лейкоплакией, хейлитом. Установлено снижение функциональной мобильности вкусовой рецепции языка. Отмечалось угнетение функционального состояния слизистой оболочки полости рта. Нарушалась ее гидрофильность: анацидное состояние замедляло водную пробу, гиперацидное – ускоряло ее. Различия в строении эпителия полости рта и желудка определяли

Таблица 1. Интенсивность кариеса зубов у пациентов с диагнозами нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия)

Группа	Распространенность заболеваний кариеса, %	КПУ	К	П	У
Исследуемая	98	17,42	5,00	7,32	5,10
Контрольная	92	10,60	1,60	6,48	2,52

и различие характера воспалительной реакции. Сосудистая реакция наиболее выражена в слизистой оболочке желудка. В полости рта наблюдалось слушивание поверхностного слоя эпителия, незначительное увеличение выделения слизи [4].

Исследования Ильиной Е. И., В. Хазановой В., Савкиной Г. Д. (1973) показали, что при дисбактериозе в пищеварительном тракте у больных стоматитами повышается высеваемость ферментативно-активных микробных ассоциаций, увеличивается активность кишечных ферментов по сравнению с нормой. Это объясняется изменением состава и активности нормальной кишечной флоры, участвующей в инактивации ферментов в толстой кишке [14].

Таким образом, при исследовании зависимости частного от общего нельзя исключить и обратного влияния. Не только патология желудочно-кишечного тракта, возникшая в результате анорексии и булимии, способствует развитию обострений заболеваний слизистой оболочки полости рта, но и заболевания пародонта нередко предшествуют рецидиву заболеваний органов пищеварения. Заболевания пародонта, являясь очагом хронической инфекции, могут способствовать развитию или обострению хронических заболеваний, включая органы пищеварения. Микроорганизмы пародонтальных карманов способны вызывать сенсibilизацию организма и нарушения в иммунологическом статусе.

Приведенные выше немногочисленные данные не позволяют в полной мере оценить частоту и интенсивность патологических изменений в полости рта у пациентов, страдающих анорексией и булимией. В связи с этим в настоящее время активно проводятся исследования по изучению свойств ротовой жидкости, которые в свою очередь зависят от общего состояния организма, наличия системных заболеваний, приема медикаментов и т. д.

Биохимические и биофизические показатели ротовой жидкости, определяющие ее свойства, являются объектом пристального внимания стоматологов. Изучение свойств ротовой жидкости у больных с высоким уровнем интенсивности кариеса зубов имеет значительный потенциал в планировании лечения и профилактики, включая организацию динамического наблюдения за данной группой пациентов.

Изучение состояния вопроса стоматологического лечения больных, страдающих анорексией и булимией, с учетом диагностированных у них заболеваний органов пищеварения, является этапом совершенствования практических рекомендаций по оказанию стоматологической помощи данной категории больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья, ЧУП «СтомКэт» (Республика Беларусь, г. Минск).

Общая характеристика пациентов

Объектом для изучения распространенности, клинических особенностей и патологии стоматологических заболеваний являлись 20 пациенток-женщин с диагнозом нарушения пищевого поведения (F50.0 – нервная анорексия, F50.2 – нервная булимия) в возрасте от 14 до 35 лет.

Контрольную группу составили 15 условно здоровых лиц сходного возраста и пола, обратившихся в стоматологическое отделение с целью санации полости рта (группа сформирована методом случайной выборки).

При осмотре применялись общепринятые стоматологические методики обследования. Выяснялись жалобы, давность симптомов, частота обращения к стоматологу, характер индивидуальной гигиены полости рта.

Субъективные ощущения пациентов исследуемой группы на первичном приеме проявляются в жжении, парестезиях слизистой оболочки, особенно языка. Около трети пациентов жалуются на неприятный запах изо рта, привкус кислого, горечь, жжение, сухость, высыпания на губах и в полости рта. В стадии обострения патологического процесса в полости рта одинаково часто отмечаются явления гипер- и гипосаливации. При развитии дисбактериоза и вторичного гиповитаминоза нередко присоединяются кандидоз и поражения губ и языка, характерные для гиповитаминоза группы В, РР.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При осмотре у всех больных исследуемой группы выявлены множественные поражения твердых тканей зуба кариесом (распространенность кариеса составила 100%); ощущение сухости во рту – у 80%; нарушение основных физиологических функций органов и тканей ротовой полости (снижение тактильной, болевой и вкусовой чувствительности на сладкое, соленое и горькое) – у 100%; тенденция к спонтанной кровоточивости – у 50%; миграция зубов, увеличение скорости прогрессирования заболеваний периодонта – у 15%; эрозии, расположенные на небной стороне верхних передних зубов, – у 50%; простой маргинальный гингивит легкой и средней степени тяжести – у 15%; ранняя потеря зубов – у 70% пациентов.

У трети пациентов имеется одновременно несколько идентичных жалоб – на неприятный запах изо рта, привкус кислого, горечь, жжение, сухость, высыпания на губах и в полости рта.

Сухость, шелушение, гиперемия красной каймы губ одновременно отмечаются у 50% больных. Изменения губ, по-видимому, являются следствием развивающихся полигиповитаминозов на фоне нарушения обмена витаминов, особенно группы В. У всех пациентов выявлены изменения слизистой оболочки рта, которые характеризуются изменением окраски, отечностью, особенно в периоды обострения основного заболевания, характерными налетами на языке, истончением отдельных участков слизистой оболочки рта, усилением сосудистого рисунка, различным характером воспалительных

Таблица 2. Интенсивность кариеса зубов у пациентов с диагнозами нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия)

Группа	Вязкость ротовой жидкости Сп	рН слюны
Исследуемая	2,356	6,915 (слабокислая реакция)
Контрольная	1,965	7,084 (слабощелочная реакция)

реакций десны. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит выявлен у 10% больных.

Полученная при изучении медицинских карт информация о сопутствующих заболеваниях внутренних органов (у 90% пациентов выявлены заболевания органов пищеварения, за исключением заболеваний печени), обусловленных симптомами основного заболевания (анорексия и булимия) и их стадиях, позволила сделать выводы о зависимости между ними и выявленными поражениями полости рта. У 15% пациентов диагностированы эндокринные осложнения, которые оказывают влияние на весь организм в целом.

Изменения в полости рта зависят от состояния секреторной и кислотообразующей функции желудка. Повышение кислотности желудочного сока часто сопровождается усилением саливации, гипертрофией сосочков языка, бледностью и отеком слизистой оболочки полости рта, катаральным гингивитом. При сниженной кислотности язык обложен, сосочки сглажены, характерны: гипосаливация, сухость губ, ангулярный хейлит.

Показатели функционального состояния органов полости рта у пациентов, страдающих анорексией и булимией, свидетельствуют о значительных отклонениях от нормы.

Выявленные патологические изменения являются результатом функциональных нарушений мягких тканей полости рта и малых слюнных желез, вследствие нарушения трофики слизистой оболочки полости рта, обмена веществ в ней, витаминной недостаточности. Очевидно, это обусловлено тесной взаимосвязью секреции слюнных желез с секрецией и кислотообразующей функцией желудка, функционально напряженным состоянием эпителиальных клеток и выраженными изменениями со стороны сосудов.

Однако следует помнить о том, что подобные изменения слизистой оболочки рта могут быть проявлениями других заболеваний и состояний организма (инфекционных, включая грибковые, аллергических, сердечно-сосудистых, гиповитаминозов). В связи с этим для успешной диагностики и выбора методов лечения необходимо тщательное обследование больного.

Стоматологический статус пациентов исследуемой группы характеризуется высоким индексом интенсивности кариеса зубов (17,42) за счет большого количества кариозных и удаленных зубов и высокой распространенностью заболеваний пародонта (98%), что в полтора раза больше, чем у лиц контрольной группы, не страдающих анорексией и булимией (10,60) (табл. 1).

Клинически заболевания пародонта у больных анорексией и булимией протекают в неактивной форме, что обусловлено снижением у них иммунитета. Величина индекса эффективности гигиены полости рта у них составила 2,35, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта (в контрольной группе значение индекса 1,27).

Твердые ткани зубов у данных пациентов являются в большей степени кариесвосприимчивыми, вследствие как неудовлетворительной гигиены, так и более агрессивной (кислой) среды полости рта. Кроме того, необходимо отметить, что на фоне заболеваний органов пищеварения нарушается функциональная активность слюнных желез, динамическое равновесие процессов депонирующей и реминерализации эмали, что способствует возникновению и активному течению кариозного процесса.

Слюна, взятая для исследований на первый-второй день госпитализации у пациентов с анорексией и булимией, характеризовалась пенистостью.

Вязкость ротовой жидкости у пациентов составила 2,356 Сп. В группе контроля величина вязкости ротовой жидкости – 1,957 Сп (табл. 2).

У пациентов исследуемой группы показатель pH слюны имеет слабокислую реакцию (6,915), у пациентов контрольной группы – слабощелочную (7,084).

Методы лечения

При наличии жалоб со стороны пациентов с диагнозом нарушения пищевого поведения проводилось стоматологическое обследование и лечение. Необходимо отметить, что жалобы излагались не четко. В первую очередь устранялись неотложные состояния стоматологической патологии. Все стоматологические манипуляции выполнялись с применением обезболивания. Преимущество отдавалось анестетикам типа артикаин (ультракаин, убистезин). В основном применялись одноканальные методы лечения при осложнениях кариеса. При остром апикальном периодонтите или периапикальном абсцессе применялись методики, позволяющие сохранять зуб для дальнейшей его реставрации. Для этого использовались эндодонтические инструментальные методики (Step-back; Crown Down), применялись эндодонтический наконечник и апекслокатор. При лечении хронического апикального периодонтита с наличием деструкции костной ткани применялась методика временного пломбирования каналов медикаментозными препаратами (Calasept, Endocal) с целью пролонгированной антибактериальной обработки. Для постоянного пломбирования корневых каналов использовали Sealapex (Kerr). С целью obturации корневого канала использовалась методика obturации гуттаперчевыми штифтами в сочетании с силером. Применялись композитные пломбировочные материалы фотоотверждения.

При острых гнойных периоститах проводилось хирургическое лечение: периостотомия в области инфильтрата с последующим дренированием, удаление «причинного» зуба и назначение антибактериальной терапии.

При наличии обострения хронического пародонтита, абсцедировании применялись неотложные лечебные меры (гингивотомия). Для удаления назубных и поддесневых плотных отложений использовался ультразвуковой скелер, слизистая оболочка полости рта обрабатывалась раствором антисептика (хлоргексидин), затем полировалась поверхность зубов щеточкой и пастой (Detartrine Z) с последующей реминерализующей терапией («Флюокаль»). При легком пародонтите (глубина кармана до 3,5 мм) использовался кюретаж с последующим наложением готовых повязок («Септо-пак»). Для местного противовоспалительного лечения при пародонтите использовали аппликации «Метрогил – Дента гель».

После снятия острых явлений со стороны тканей пародонта проводилась традиционная санация полости рта.

Выводы. У больных с диагнозами нарушения пищевого поведения отмечается ухудшение гигиенического состояния полости рта, увеличение интенсивности и тяжести кариозного процесса, гингивита и периодонтита по сравнению со здоровыми лицами (КПУ = 17,42; ИГ = 2,35; РМА = 39,3%; вязкость ротовой жидкости – 2,356 Сп). Уровень слюноотделения снижен в среднем на 30%. Потребность в стоматологической помощи у этих больных высока, а объем оказываемой помощи низок. У пациентов, страдающих булимией, выявлен большой износ эмали по сравнению с пациентами, страдающими

анорексией. У анорексиков, испытывающих дефицит веществ для сохранения здоровья зубов, в частности, дефицит витаминов D и C, в большей степени диагностируется кариес.

2. Поражения слизистой оболочки рта, диагностируемые у больных анорексией и булимией, являются частным проявлением патологического состояния системы органов пищеварения, а также индикатором нарушений, происходящих в организме больного при этих заболеваниях, что ведет к необходимости их обследования стоматологом в остром периоде заболевания.

3. Нервную анорексию и булимию сопровождают, как правило, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, которые в свою очередь сопряжены с дефицитом витаминов, минеральных веществ, белков, углеводов в организме, что приводит к функциональным и органическим нарушениям в слизистой оболочке полости рта, к развитию воспалительных и дистрофических изменений в тканях полости рта, к нарушению функции жевательного аппарата. Развитие сочетанных поражений желудочно-кишечного тракта усугубляет тяжесть патологии органов полости рта. В этом трудности установления этиологии и патогенеза воспаления слизистой оболочки рта.

4. При исследовании зависимости частного от общего нельзя исключить и обратного влияния. Не только патология желудочно-кишечного тракта способствует развитию обострений болезни пародонта, но и заболевания пародонта нередко предшествуют рецидиву заболеваний органов пищеварения. Заболевания пародонта, являясь очагом хронической инфекции, могут способствовать развитию или обострению хронических заболеваний, включая органы пищеварения.

5. Выявленные поражения полости рта имеют четкую зависимость от степени повреждений внутренних органов. При проведении сравнительного анализа показателей стоматологического статуса пациентов исследуемой группы с заболеваниями органов пищеварения выявлены специфические изменения:

– для пациентов с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический дуоденит) характерен метеорологический хейлит; гипертрофические изменения грибовидных сосочков языка;

– для пациентов, страдающих заболеваниями кишечника (хронический колит), характерен эксфолиативный хейлит; гиперемия кончика языка; изменение нитевидных сосочков языка.

Следует отметить, что при сопутствующих анорексии и булимии заболеваниях желудочно-кишечного тракта довольно часто рекомендуются дробные и частые приемы пищи, что значительно повышает вероятность прогрессирования кариеса и требует тщательной гигиены после каждого приема пищи.

Практические рекомендации

1. Значительные изменения стоматологического статуса, выявляемые у пациентов с диагнозами нарушения пищевого поведения и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта, подтверждают обособность комплексной лечебно-профилактической стоматологической помощи. Подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта должны строиться с учетом универсальных патогенетических механизмов развития сочетанной патологии. Стоматологическое лечение должно проводиться на фоне коррекции основных заболеваний.

2. Пациентов с анорексией и булимией, страдающих воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, необходимо выделять в группу риска по развитию заболеваний пародонта.

3. При составлении плана лечения и профилактики заболеваний твердых тканей необходимо учитывать высокую интенсивность кариеса зубов у пациентов, страдающих анорексией и булимией.

4. В подготовку врачей-стоматологов рекомендуется включать комплексные образовательные программы, обучающие общесоматическому подходу к оценке проявлений в полости рта.

Поступила 01.07.2012

*Координаты для связи с авторами:
127473, Москва, ул. Делегатская, д.20, стр. 1, МГМСУ
Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банченко Г. В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М.: Медицина, 1979.
Banchenko G. V. Sochetannye zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i vnutrennih organov. – М.: Medicina, 1979.
2. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: Медицина, 1984. – С. 400.
Borovskij E. V. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i губ. – М.: Medicina, 1984. – С. 400.
3. Денисов А. Б. Слюнные железы. Слюна. – М., 2003. – С. 136.
Denisov A. B. Sljunnyje zhelezy. Sljuna. – М., 2003. – С. 136.
4. Епишев В. А. Состояние полости рта при хронических гастритах. – Ташкент: Медицина, 1972. – С. 163.
Epishev V. A. Sostojanie polosti rta pri hronicheskix gastritax. – Tashkent: Medicina, 1972. – С. 163.
5. Коломиец С. П. Состояние слизистой полости рта у больных язвенной болезнью Текст (обзор) // Стоматология. 1970. №5. С. 19.
Kolomiec S. P. Sostojanie slizistoy polosti rta u bol'nyh jazvennoj bolezni'ju Tekst (obzor) // Stomatologija. 1970. №5. S. 19.
6. Маев И. В., Барер Г. М., Бусарова Г. А. и др. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клиническая медицина. 2005. №11. С. 33-38.

- Maev I. V., Barer G. M., Busarova G. A. i dr. Stomatologicheskie pojavlenija gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni // Klinicheskaja medicina. 2005. №11. S. 33-38.
7. Максимовский Ю. М., Митронин А. В., Володина Е. В., Мдинарадзе Г. И. Современные представления об этиопатогенезе и внекишечных клинических проявлениях неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Dental Forum. 2007. №1. С. 17-24.
Maksimovskij Ju. M., Mitronin A. V., Volodina E. V., Mdinardze G. I. Sovremennye predstavlenija ob etiopatogeneze i vnekishechnyx klinicheskix pojavlenijax nespecificeskogo jazvennogo kolita i bolezni Krona // Dental Forum. 2007. №1. S. 17-24.
8. Орехова Л. Ю. Клинико-иммунологические и микробиологические параллели при хроническом генерализованном пародонтите и язвенной болезни желудка // Стоматология. 2006. №6. С. 22-26.
Orehova L. Ju. Kliniko-immunologicheskie i mikrobiologicheskie paralleli pri hronicheskom generalizovannom parodontite i jazvennoj bolezni zheludka // Stomatologija. 2006. №6. S. 22-26.
9. Рабинович И. М., Банченко Г. В., Рабинович О. Ф. и др. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки рта // Стоматология. 2002. №5. С. 48-50.
Rabinovich I. M., Banchenko G. V., Rabinovich O. F. i dr. Rol' mikroflory v patologii slizistoy obolochki rta // Stomatologija. 2002. №5. S. 48-50.

10. Рабинович И. М., Рабинович О. Ф., Банченко Г. В. Микробиологическая характеристика полости рта в норме и при дисбактериозе. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 16.
- Rabinovich I. M., Rabinovich O. F., Banchenko G. V. Mikrobiologičeskaja karakteristika polosti rta v norme i pri disbakterioze. – М.: GJeOTAR-MED, 2003. – S. 16.
11. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Банченко Г. В. и др. Коррекция дисбиотических изменений при заболеваниях слизистой оболочки рта. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 11.
- Rabinovich O. F., Rabinovich I. M., Banchenko G. V. i dr. Korrekcija disbiotičeskix izmenenij pri zabolevanijah slizistoj obolochki rta. – М.: GJeOTAR-MED, 2004. – S. 11.
12. Резепова Г. Т. Состояния слизистой оболочки губ при заболеваниях пищеварительной системы // Стоматология. 1976. Т. 55. С. 31.
- Rezepova G. T. Sostojanija slizistoj obolochki gub pri zabolevanijah pishchevaritel'noj sistemy // Stomatologija. 1976. T. 55. S. 31.
13. Сайдакбарова Х. И. Состояние слизистой оболочки полости рта у больных хроническим колитом и энтероколитом. – М., 1967. – С. 193.
- Sajdakbarova H. I. Sostojanie slizistoj obolochki polosti rta u bol'nyh hroničeskim kolitom i jenterokolitom. – М., 1967. – S. 193.
14. Хазанова В. В., Ильина Е. И. Клинические и микробиологические данные у больных с поражением слизистой оболочки полости рта // Экспериментальная и клиническая стоматология. 1971. Т. 3. С. 81-85.
- Hazanova V. V., Il'ina E. I. Kliničeskie i mikrobiologičeskie dannye u bol'nyh s poraženiem slizistoj obolochki polosti rta // Jeksperimental'naja i kliničeskaja stomatologija. 1971. T. 3. S. 81-85.
15. Johansson A. K., Norring C., Unell L., Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study // Eur J Oral Sci. 2012. Feb. №120 (1). P. 61-68.
16. Lundgren J. D., Smith B. M., Spresser C., Harkins P., Zolton L., Williams K. The relationship of night eating to oral health and obesity in community dental clinic patients // Gen Dent. 2010. May-Jun. №58 (3). P. 134-139.
17. Buczkowska-Radlińska J., Kaczmarek W., Tyszler Ł., Mikołajczyk E., Fraczak B. Dental status in patients with eating disorders // Ann Acad Med Stetin. 2007. №53 (1). P. 90-93.
18. Lo Muzio L., Lo Russo L., Massaccesi C., Rappelli G., Panzarella V., Di Fede O., Kerr A. R., Campisi G. Eating disorders: a threat for women's health. Oral manifestations in a comprehensive overview // Minerva Stomatol. 2007. May. №56 (5). P. 281-292.
19. Paszyńska E., Limanowska-Shaw H., Słopeń A., Rajewski A. Evaluation of oral health in bulimia nervosa // Psychiatr Pol. 2006. Jan-Feb. №40 (1). P. 109-118.
20. Ohrn R., Enzell K., Angmar-Månsson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders // Eur J Oral Sci. 1999. Jun. №107 (3). P. 157-163.
21. Rytömaa I., Järvinen V., Kanerva R., Heinonen O. P. Bulimia and tooth erosion // Acta Odontol Scand. 1998. Feb. №56 (1). P. 36-40.
22. Hazelton L. R., Faine M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients // Int J Prosthodont. 1996. Jan-Feb. №9 (1). P. 65-73.

9-й Международный эндодонтический конгресс IFEA 2013

23-26 мая 2013 года в Японии, в Токийском международном форуме, состоится 9-й Международный эндодонтический конгресс IFEA 2013.

Участникам Конгресса будут предоставлены оснащенные первоклассным оборудованием и техническими средствами залы для научных заседаний, выставочный зал для стендовых работ и конференц-залы.

В работу Конгресса включаются: прекогресс, который состоится 23 мая; 34-я ежегодная научная встреча Японской эндодонтической ассоциации (JEA); 11-я объединенная научная встреча между KAE (Корейской эндодонтической ассоциацией) и JEA.

В программе Конгресса – пленарная лекция авторитетнейшего специалиста по эндодонтии из Сан-Антонио (США) – Dr. Kenneth M Hargreaves.

С ключевыми лекциями выступят мировые «звезды»: Dr. Paul Abbott (University of Western Australia, Австралия), Dr. Shimon Friedman (University of Toronto, Канада), Dr. PNR Nair (University of Zurich, Швейцария), Dr. Seung-Jong Lee (Yonsei University, Южная Корея).

В программу Конгресса войдут также сессии представителей стран, симпозиумы, круглые столы, устные и постерные презентации, выставка и т. д. Безусловно, планируется интереснейшая культурная программа по столице Страны восходящего солнца.

В своем обращении к коллегам, приглашая их участвовать в работе Конгресса, от имени его организационного комитета президент 9-го Конгресса IFEA Hideaki Suda, президент JEA Akifumi Akamine, бывший президент JEA Masahiro Taguchi отметили: «Главная тема токийского конгресса – формирование будущего эндодонтии. Это первый международный конгресс по эндодонтии в Японии, с участием Японской эндодонтической ассоциации в качестве

организатора. Мы благодарны мировому сообществу за доверие.

JEA была создана в 1981 году, как только стали формироваться специализированные ассоциации по эндодонтии в Японии. Ее члены пытаются осуществлять свои профессиональные задачи с чувством высокой ответственности, чтобы через эндодонтическое лечение, основанное на научных данных, помогать пациентам вести здоровый образ жизни.

Мы надеемся, что программные мероприятия этого Конгресса не только помогут специалистам обрести новый опыт и будут способствовать успешному всеобъемлющему обучению новейшим тенденциям во всем мире, но и позволят коллегам по достоинству оценить эндодонтические методы, принятые в Японии. Чтобы добиться успешного и плодотворного проведения Конгресса, наш организационный комитет энергично трудится, формирует привлекательные программы.

11 марта 2011 года – трагическая дата для всей Японии. Крупные землетрясения и цунами, дальнейшая катастрофа с аварией на атомной электростанции. Однако сейчас мы оправляемся от пережитого, постоянно ощущаем сердечную поддержку во всем мире. Члены JEA также очень ценят международную поддержку, работу членов IFEA.

Токио, расположенный в центре Японии, – столица и политическая, и экономическая. Это очень удобно для поездок из Токио не только в исторически знаменитые города, такие, например, как Киото и Осака, но и в другие города. Кроме того, май – самое приятное время года в Японии, можно наслаждаться свежестью, весенним климатом».

Материал подготовила Галина Масис