

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОЧЕТАННОЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

М. А. Осадчук, Л. Ю. Островская, Е. А. Исламова

*Самарский военно-медицинский институт,
Саратовский государственный медицинский университет*

Определены особенности воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). В поражении пародонта при язвенной болезни имеет значение нарушение численной плотности клеток десны и желудка, продуцирующих синтазу оксида азота, эндотелин-1 и мелатонин, более значительные при хроническом пародонтите на фоне язвенной болезни желудка. Эффективность эрадикации зависит от тяжести воспалительных заболеваний пародонта: чем тяжелее степень поражения пародонта при ЯБЖ и ЯБДК, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, тем менее эффективна 7-дневная антихеликобактерная терапия. Полнота эрадикации при язвенной болезни в сочетании с пародонтитом средней и тяжелой степеней возможна только при увеличении сроков лечения до 14 дней.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, пародонтит, гингивит, синтаза оксида азота, мелатонин, эндотелин-1, эрадикация, *Helicobacter pylori*.

FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER AND INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

M. A. Osadchuk, L. Yu. Ostrovskaya, E. A. Islamova

Clinical features of inflammatory periodontal diseases in patients with peptic ulcer were determined. In pathogenesis of inflammatory periodontal diseases in patients with peptic ulcer the change of quantity of nitric oxide synthase-, endothelin-1-, melatonin-like cells of gingiva and stomach is of great value. Their lesion was more significant in patients with chronic periodontitis and stomach ulcer. The efficiency of eradication therapy depends on degree of periodontal diseases. The greater the degree of inflammatory periodontal diseases in patients with peptic ulcer, the less effective 1-week eradication therapy. Completeness of eradication in patients with peptic ulcer and periodontitis of severe degree is possible only upon increase of treatment to 14 days.

Key words: peptic ulcer, periodontitis, gingivitis, nitric oxide synthase, melatonin, endothelin-1, eradication, *Helicobacter pylori*.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) часто ассоциирована с гингивитом, пародонтитом, афтозными поражениями слизистой оболочки щек, губ, языка [1, 8].

Оксид азота, продуцируемый конститутивными NO-синтазами слизистой оболочки пищеварительного тракта, обладает широким спектром биологических эффектов, влияя на желудочную моторику, секрецию, микроциркуляцию, цитопротекцию [10]. Внимание исследователей привлекают мелатонин и эндотелин-1 как регуляторы желудочной секреции, микроциркуляции, тонуса гладкой мускулатуры, клеточного обновления эпителиоцитов [9]. Роль этих компонентов диффузной нейроэндокринной системы в развитии сочетанной патологии гастродуоденальной области и пародонта не изучена.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ этиопатогенетических факторов развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта и оптимизация на их основе тактики ведения данной категории больных

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 220 больных ЯБДК и 165 пациентов с ЯБЖ, контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Средний возраст пациентов в обеих группах составил — $(42,37 \pm 0,53)$ года, среди них преобладали мужчины; 258 (67 %). Длительность заболевания ЯБЖ и ЯБДК находилась в пределах от 1 месяца до 12 лет, в среднем $(5,62 \pm 0,43)$ года.

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты в возрасте 18—60 лет с ЯБЖ или ЯБДК, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Критерии исключения пациентов из исследования: наличие осложнений ЯБ (кровотечения, перфорации), сахарного диабета; тяжелых сопутствующих заболеваний (инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, онкологических заболеваний); пациенты с зубочелюстными аномалиями и деформациями, протяженными дефектами зубных рядов и патологической стираемостью, ортодонтическими аппаратами; отказ больного от обследования.

Диагностика ЯБЖ и ЯБДК базировалась на классических критериях, осуществлялась с учетом кли-

нико-эндоскопических, рентгенологических и морфологических данных. Оценка стоматологического статуса осуществлялась в соответствии с рекомендациями В. С. Иванова [4].

Материал для морфологического исследования забирали при гастроскопии из антрального отдела желудка и из слизистой оболочки маргинального края десны. *H. pylori*-статус в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела желудка, пародонтальных карманах и зубном налете первых моляров определяли гистобактериоскопически и с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР), для индикации *H. pylori* использовали ПЦР — тест-системы «АмплиСенс — *Helicobacter pylori*-520» (ЦНИИЭ МЗ РФ, Москва). Иммуногистохимический метод использовали для идентификации эпителиоцитов десны и желудка, продуцирующих эндотелин-1, мелатонин и NO-синтазу. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием моноклональных мышиных антител к NO-синтазе (1:150, Novocastra), к эндотелину-1 (Sigma, St. Louis, USA, титр 1:200) и кроличьих антител к мелатонину (1:100, CIDtech Res. Сотр.). Морфометрический анализ выполняли с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений (Nikon). Количество клеток подсчитывали в 10 полях зрения и цифровые данные пересчитывали на 1 мм² десны и на 0,1 мм² антрального отдела желудка с помощью пакета морфометрических программ Videotest.

Терапия пациентов с ЯБДК и ЯБЖ базировалась на рекомендациях Маастрихтской конференции III (2005 г.) и включала в себя ингибитор протонной помпы — омепразол, 20 мг 2 раза в день, и два антибактериальных препарата: кларитромицин, 500 мг 2 раза в сутки, и амоксициллин, 1 г 2 раза в сутки в течение 7 или 14 дней. Проводили комплексное лечение заболеваний пародонта, включающее профессиональную гигиену полости рта, антибактериальную и противовоспалительную терапию. Больным хроническим гингивитом проводили аппликации метронидазола («Метрогил-дента гель») по 30 минут, пациентам с хроническим пародонтитом метронидазол вводили в пародонтальный карман, рекомендовали полоскание полости рта 0,05%-м раствором хлоргексидина биглюконата. Кратность антибактериальной обработки предполагала 3 посещения с интервалом 2 дня. По показаниям производилось хирургическое устранение пародонтального кармана.

После первоначального обследования все пациенты с *H. pylori*-ассоциированной ЯБДК и ЯБЖ были разделены на группы. Группу I составили 96 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне ЯБДК и 91 — на фоне ЯБЖ, которые получали стоматологическое лечение и эрадикационную терапию первой линии в течение 7 дней. В группу II вошли 85 пациентов с гингиви-

том и пародонтитом на фоне ЯБДК и 67 — на фоне ЯБЖ, которые получали стоматологическое лечение и эрадикационную терапию первой линии в течение 14 дней. Пациенты обследованы в динамике по мере редукции клинических проявлений ЯБДК (эзогастродуоденоскопия [ЭГДС]), через 8 недель от начала терапии (опрос, объективное клиническое обследование, проведение ЭГДС, тесты на *H. pylori*, морфологическое обследование).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ «STATISTICA» с использованием критериев достоверности Стьюдента и Манна-Уитни. Исследование одобрено этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении стоматологического статуса пациентов с ЯБДК и ЯБЖ у 82,3 % пациентов с ЯБДК и у 95,8 % больных ЯБЖ были диагностированы воспалительные заболевания пародонта (табл. 1). Установлена ассоциация тяжести изменений пародонта с локализацией язвенного дефекта. У пациентов с ЯБДК чаще выявляли хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ) (21,4 %) и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой степени (37,3 %), реже — пародонтит средней (19,1 %) и тяжелой степени (4,5 %). Для ЯБЖ более типично развитие хронического генерализованного пародонтита средней (41,2 %) или легкой (34,6 %) степени тяжести, реже регистрировали пародонтит тяжелой степени (10,3 %) и хронический гингивит (9,7 %). Стоматологическая патология при ЯБДК и ЯБЖ также была представлена афтозным стоматитом (10,5—13,9 % пациентов), десквамативным глосситом (5,9—12,7 % пациентов) и кандидомикозом ротовой полости (4,1—7,9 % пациентов).

Таблица 1

Характеристика состояния органов ротовой полости у больных ЯБЖ и ЯБДК

Нозологическая форма	Пациенты с ЯБДК, n = 220	Пациенты с ЯБЖ, n = 165
	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Хронический генерализованный катаральный гингивит	47 (21,4)	16 (9,7)*
Хронический генерализованный пародонтит:		
-легкая степень	134 (60,9)	142 (86,1)
-средняя степень	82 (37,3)	57 (34,6)
-тяжелая степень	42 (19,1)	68 (41,2)
Афтозный стоматит	10 (4,5)	17 (10,3)
Десквамативный глоссит	23 (10,5)	23 (13,9)
Кандидомикоз	9 (4,1)	13 (7,9)
Десквамативный глоссит	14 (5,9)	21 (12,7)

* Показатели имеют достоверные различия со значениями в группе больных ЯБДК ($p < 0,05$).

При исследовании клинико-морфологических характеристик сочетанной патологии отмечено, что

Таблица 2

Количественная плотность эпителиоцитов десны и желудка, иммунопозитивных к эндотелину-1, синтазе оксида азота и мелатонину, у пациентов с ЯБЖ и ЯБДК в сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта

хронический генерализованный катаральный гингивит и пародонтит легкой степени чаще возникают на фоне впервые выявленной или редко рецидивирующей (один раз в два года и реже) ЯБЖ или ЯБДК и сочетаются с поверхностным хеликобактерным гастритом. Развитие пародонтита средней и тяжелой степени связано с более тяжелым клинико-эндоскопическим вариантом течения ЯБЖ и ЯБДК — чаще множественным поражением, сочетанным с эрозивным гастродуоденитом, рецидивирующей ежегодно или два раза в год, формирующейся на фоне хронического атрофического хеликобактерного гастрита.

H. pylori был обнаружен в зубном налете первых моляров у всех обследованных с язвенной болезнью, а в материале из пародонтальных карманов у 59 из 82 (72 %) пациентов с пародонтитом легкой и 42 из 52 (80,8 %) — средней и тяжелой степени на фоне ЯБДК и у 43 из 57 (75,4 %) пациентов с пародонтитом легкой и 69 из 85 (81,2 %) — средней и тяжелой степени на фоне ЯБЖ. Отмечена положительная корреляция выявления *H. pylori* в пародонтальных карманах с плохими показателями гигиены ротовой полости ($r = 0,633$).

Выявлены особенности местного нейроэндокринного статуса ротовой полости в зависимости от характера поражения пародонта и локализации пептического дефекта. Хронический гингивит на фоне ЯБДК или ЯБЖ ассоциирован с гиперплазией эпителиальных клеток десны, иммунопозитивных к синтазе оксида азота и мелатонину, тогда как число эндотелин-1-иммунопозитивных эпителиоцитов десны не отличается от контрольных значений. Хронический пародонтит характеризуется более существенными изменениями со стороны клеток, продуцирующих синтазу оксида азота, ситуация усугубляется повышением количественной плотности клеток, продуцирующих эндотелин-1. При ЯБЖ наблюдается снижение числа мелатонинпродуцирующих клеток десны, что, по-видимому, располагает к развитию более тяжелых форм поражения пародонта при желудочной локализации язвы (табл. 2).

Показатели в группе больных пародонтитом средней и тяжелой степени имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе пациентов с гингивитом и пародонтитом легкой степени ($p < 0,05$).

Развитие или обострение ЯБДК и ЯБЖ тесно связано с повышением количественной плотности клеток антрального отдела желудка, иммунопозитивных к NO-синтазе, эндотелину-1 и мелатонину, достоверно более значимым при ЯБЖ. Число указанных клеток антрального отдела желудка ассоциировано не только с локализацией язвенного дефекта, но и со степенью тяжести поражения пародонта, когда их максимальные значения характерны для больных ЯБДК и ЯБЖ в сочетании с хроническим пародонтитом средней и тяжелой степеней (табл. 2).

Группа обследованных		NO – синтаз-иммунопозитивные клетки	Эндотелин-1-иммунопозитивные клетки	Мелатонин-иммунопозитивные клетки
Практически здоровые лица, $n = 25$		$4,4 \pm 0,7$ $9,2 \pm 0,8$	$5,2 \pm 0,6$ $22,1 \pm 1,3$	$12,5 \pm 1,1$ $14,0 \pm 1,1$
Пациенты с ЯБДК и	Гингивитом, $n = 47$	$15,9 \pm 1,0^*$ $17,4 \pm 1,0^*$	$6,0 \pm 0,5$ $31,5 \pm 1,1$	$19,2 \pm 1,8$ $25,4 \pm 0,9$
	Пародонтитом легкой степени, $n = 82$	$23,0 \pm 1,2^{**}$ $19,2 \pm 1,3^*$	$20,7 \pm 0,9^{**}$ $34,7 \pm 1,5$	$32,1 \pm 1,6^{**}$ $28,0 \pm 1,2$
	Пароднтитом легкой и средней степени, $n = 52$	$31,4 \pm 1,7^{***}$ $28,3 \pm 1,5^{**}$	$33,2 \pm 1,4^{***}$ $42,4 \pm 1,7^{**}$	$10,7 \pm 0,8^{***}$ $13,8 \pm 1,0^{**}$
Пациенты с ЯБЖ и	Гингивитом, $n = 16$	$14,7 \pm 1,5$ $23,4 \pm 1,3$	$7,1 \pm 0,4$ $38,2 \pm 1,7$	$20,6 \pm 1,5$ $30,6 \pm 1,8$
	Пародонтитом легкой степени, $n = 57$	$24,5 \pm 1,3^{**}$ $25,8 \pm 1,7$	$25,6 \pm 1,1^{**}$ $40,2 \pm 2,3$	$34,4 \pm 1,7^{**}$ $28,6 \pm 1,5$
	Пароднтитом легкой и средней степени, $n = 85$	$34,8 \pm 2,0^{***}$ $37,2 \pm 2,0^{**}$	$40,5 \pm 2,3^{***}$ $48,2 \pm 2,5^{**}$	$4,3 \pm 0,7^{***}$ $6,6 \pm 0,7^{**}$

Примечание. В числителе приведены показатели десны, в знаменателе — желудка; расчеты приведены на 1 мм^2 десны и $0,1 \text{ мм}^2$ слизистой оболочки желудка.

* Показатели имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе практически здоровых лиц ($p < 0,05$). ** Показатели в группе больных пародонтитом легкой степени имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе пациентов с гингивитом ($p < 0,05$). *** Показатели в группе больных пародонтитом средней и тяжелой степени имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе пациентов с гингивитом и пародонтитом легкой степени ($p < 0,05$).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности 14-дневной схемы эрадикационной терапии первой линии при сочетанной патологии. Анализ результатов 7 и 14-дневных курсов эрадикационной терапии показал, что по данным ЭГДС дуоденальная язва зарубцевалась в течение двух недель у 63 из 96 (65,6 %) первой группы и 68 из 85 (80 %) больных второй группы. К концу 6-й недели от начала лечения у всех больных наблюдалась клинико-эндоскопическая ремиссия ЯБДК. Язва желудка зарубцевалась через 2 недели от начала курса эрадикационной терапии у 47 из 91 (51,6 %) пациента первой группы и у 47 из 67 (70,1 %) — второй группы. Клинико-эндоскопическая ремиссия ЯБЖ у абсолютного большинства пациентов второй группы была достигнута в сроки до 4 недель, у пациентов первой группы — до 6 недель.

Результативность тройной семидневной схемы эрадикации *H. pylori* при ЯБДК составила 75 %, при ЯБЖ — 73,6 %. Двухнедельная схема эрадикационной терапии первой линии оказалось более эффективной: 92,9 % при ЯБДК и 92,5 % при ЯБЖ ($p < 0,05$). Полученные нами результаты согласуются с данными Маастрихтского соглашения 2005 года о повышении эффективности антихеликобактерного лечения при пролонгировании сроков антибактериальной терапии до 14 дней.

Результативность эрадикации в ротовой полости имела лучшие результаты среди пациентов с гингивитом и пародонтитом легкой степени: при 14-дневной терапии у всех больных на фоне ЯБДК и ЯБЖ, при 7-дневной терапии — у 100 % больных гингивитом, у 94,2 % — пародонтитом легкой степени на фоне ЯБДК и у 87,5 % — на фоне ЯБЖ. При 14-дневной схеме эффективность антибактериальной терапии при пародонтите средней и тяжелой степени составила 100 % при фоновой ЯБДК и 92 % — при ЯБЖ, что достоверно выше, чем 7-дневная схема эрадикации: 63 % при ЯБДК и 60 % при ЯБЖ ($p < 0,05$). Частота выявления *H. pylori* в зубном налете и пародонтальных карманах коррелировала с таковой в антральном отделе желудка.

Показана четкая зависимость результатов лечения гингивита и пародонтита и продолжительности антихеликобактерного лечения. Через 2 месяца от начала лечения ремиссия гингивита и пародонтита легкой степени наблюдалась у всех пациентов группы I и группы II, ремиссия пародонтита средней и тяжелой степени на фоне ЯБДК и ЯБЖ достигнута соответственно у 66,7 и 70 % пациентов I группы и достоверно чаще — у 96 и 92 % пациентов группы II ($p < 0,05$).

У пациентов с гингивитом и пародонтитом легкой степени на фоне ЯБДК или ЯБЖ после как 7-дневной, так и 14-дневной схемы антихеликобактерного лечения восстанавливается число клеток десны, иммунопозитивных к NO-синтазе, эндотелину-1 и мелатонину. При пародонтите средней и тяжелой степени на фоне ремиссии ЯБДК или ЯБЖ, достигнутой в результате 14-дневной схемы антихеликобактерного лечения, число эпителиальных клеток десны и желудка, иммунопозитивных к синтазе оксида азота и мелатонину, соответствует контрольным значениям, но сохраняется гиперплазия клеток десны и желудка, экспрессирующих эндотелин-1 (табл. 3).

У пациентов с пародонтитом на фоне ремиссии ЯБДК и ЯБЖ, получавших 7-дневную антихеликобактерную терапию, через 2 месяца сохраняются нарушения числа клеток десны и желудка, продуцирующих синтазу оксида азота, мелатонин и эндотелин-1, что характеризует торпидное течение патологического процесса в пародонте и требует у части пациентов пролонгированного лечения и наблюдения.

Следовательно, воспалительные заболевания пародонта протекают тяжелее на фоне ЯБЖ, чем на фоне ЯБДК. Степень воспалительно-деструктивных

изменений пародонта ассоциирована с более тяжелым клинико-эндоскопическим вариантом течения ЯБ, активностью гастрита и атрофией слизистой оболочки желудка на фоне хеликобактерной инфекции.

Таблица 3

Количественная характеристика эпителиоцитов десны и желудка, иммунопозитивных к эндотелину-1, мелатонину и NO-синтазе, у пациентов с ЯБЖ и ЯБДК в сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта через 2 месяца после лечения

Группа пациентов	NO – синтаза-иммунопозитивные клетки	Эндотелин-1-иммунопозитивные клетки	Мелатонин – иммунопозитивные клетки
Практически здоровые лица, $n = 25$	$4,4 \pm 0,7$ $9,2 \pm 0,8$	$5,2 \pm 0,6$ $22,1 \pm 1,3$	$12,5 \pm 1,1$ $14,0 \pm 1,1$
Пациенты с ХГКГ на фоне ЯБДК и ЯБЖ	Группа I, $n = 43$	$6,0 \pm 0,8$ $8,7 \pm 0,9$	$7,4 \pm 0,9$ $29,4 \pm 1,5$
	Группа II, $n = 20$	$5,0 \pm 0,8$ $10,5 \pm 0,7$	$7,1 \pm 0,8$ $28,3 \pm 1,1$
Пациенты с ХГП средней и тяжелой степени на фоне ЯБДК и ЯБЖ	Группа I, $n = 82$	$5,7 \pm 0,6$ $10,2 \pm 0,7$	$6,0 \pm 0,7$ $32,2 \pm 1,7$
	Группа II, $n = 57$	$6,2 \pm 0,8$ $12,4 \pm 1,0$	$6,5 \pm 0,8$ $31,3 \pm 2,2$
Пациенты с ХГП средней и тяжелой степени на фоне ЯБДК и ЯБЖ	Группа I, $n = 72$	$10,3 \pm 0,7$ $18,2 \pm 1,4$	$22,4 \pm 1,4$ $33,9 \pm 2,1$
	Группа II, $n = 65$	$5,7 \pm 0,8$ $11,4 \pm 0,6$	$17,4 \pm 1,2$ $36,2 \pm 1,6$

Примечание. В числителе приведены показатели десны, в знаменателе — желудка; расчеты приведены на 1 мм² десны и 0,1 мм² слизистой оболочки желудка.

* Показатели имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе практически здоровых лиц ($p < 0,05$).

H. pylori, который практически одинаково часто встречался в зубном налете пациентов с язвенной болезнью и гингивитом или пародонтитом, скорее можно отнести к универсальным маркерам нарушенного биоценоза ротовой полости при гастроэнтерологических заболеваниях, чем к облигатным патогенам, вызывающим воспалительные заболевания пародонта.

Проведенные нами исследования позволяют дополнить представления о механизмах развития синтропии язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и воспалительных заболеваний пародонта. Важным фактором в формировании синтропии язвенной болезни и воспалительных заболеваний пародонта становится системное нарушение нейрогуморальной регуляции, определяющее активность факторов агрессии и истощающее компенсаторные возможности организма. Инфекция *H. pylori* служит фоновым фактором формирования воспалительных заболеваний пародонта, инициируя развитие активного гастрита и язвенной болезни, патогенетически тесно связанных с гингивитом и пародонтитом. Очевидно, что инфекция *H. pylori* пищевари-

тельного тракта может усугублять течение уже существующей патологии пародонта, но не инициировать ее возникновение.

При хроническом генерализованном катаральном гингивите и хроническом генерализованном пародонтите легкой степени на фоне ЯБДК или ЯБЖ после проведения комплексного лечения, включая 7-дневную антихеликобактерную терапию, наблюдается полная регрессия клинических симптомов, восстановление морфологических параметров. Это позволяет рекомендовать назначение пациентам с гингивитом и пародонтитом легкой степени на фоне ЯБДК или ЯБЖ, ассоциированной с *H. pylori*, 7-дневный курс эрадикационной терапии первой линии. Наличие пародонтита средней и тяжелой степеней у пациентов с ЯБЖ и ЯБДК, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, определяет необходимость пролонгирования антихеликобактерной терапии первой линии до 14 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Тяжесть поражения пародонта тесно связана с клинико-морфологическими особенностями ЯБЖ и ЯБДК. Патология пародонта на фоне ЯБДК представлена, в основном, хроническим пародонтитом легкой степени (37,3 %) и хроническим генерализованным катаральным гингивитом (21,4 %); для ЯБЖ более типично развитие хронического пародонтита средней (41,2 %) или легкой (34,6 %) степени тяжести.

2. *Helicobacter pylori* является универсальным маркером нарушенного биоценоза ротовой полости при воспалительных заболеваниях пародонта у пациентов с фоновой *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологией. Частота встречаемости *Helicobacter pylori* в пародонтальных карманах у пациентов с пародонтитом на фоне ЯБЖ и ЯБДК положительно коррелирует с показателями гигиены ротовой полости.

3. Эффективность эрадикации зависит от тяжести воспалительных заболеваний пародонта. Чем тяжелее степень поражения пародонта при ЯБЖ и ЯБДК, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, тем менее эффективна 7-дневная антихеликобактерная терапия. Полнота эрадикации при язвенной болезни в сочетании с пародонтитом средней и тяжелой степеней возможна только при увеличении сроков лечения до 14 дней.

4. Ремиссия воспалительных заболеваний пародонта достигается при заживлении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, эрадикации *Helicobacter pylori* в ротовой полости и желудке. Клинико-инструментальная ремиссия воспалительных заболеваний пародонта наблюдается через 2 месяца от начала лечения и характеризуется нормализацией морфологических показателей при гингивите и пародонтите легкой степени и их улучшением — при пародонтите средней и тяжелой степеней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов С. Д., Маев И. В., Романенко Н. В. и др. // Пародонтология. — 2005. — № 3. — С. 30—33.
2. Горбачева И. А., Кирсанов А. И., Орехова Л. Ю. // Стоматология. — 2004. — № 3. — С. 6—11.
3. Дмитриева Л. А., Маев И. В., Самсонов А. А. и др. // Пародонтология. — 2006. — № 4. — С. 43—47.
4. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 300 с.
5. Лепилин А. В., Осадчук М. А., Островская Л. Ю. // Рос. стомат. журн. — 2006. — № 2. — С. 27—29.
6. Хакимова Д. Р., Шептулин А. А. // Рус. мед. журн. — 2003. — Т. 11, № 2. — С. 59—62.
7. Циммерман Я. С., Михалева Е. Н. // Клин. медицина. — 2003. — № 1. — С. 80—84.
8. Adler I., Denninghoff V. C., Alvarez M. I. // *Helicobacter*. — 2005. — Vol. 10, № 4. — P. 312—317.
9. Bubenik G. A. // *Dig. Dis. Sci.* — 2002. — Vol. 47, № 10. — P. 2336—2348.
10. Cho C. H. // *Physiol. Paris.* — 2001. — Vol. 95, № 1—6. — P. 253—256.