

**Д.А. ТРУНИН, Г.Х. ЯНБУЛАТОВА**

Самарский государственный медицинский университет

**СОСТАВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ КЛИНОВИДНОМ  
ДЕФЕКТЕ ЗУБОВ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ  
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**В статье приведены данные исследования показателей ротовой жидкости у пациентов с клиновидными дефектами зубов при патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей.**

**Ключевые слова:** клиновидный дефект, ротовая жидкость, желчный пузырь, желчевыводящие пути

*Трунин Дмитрий Александрович - д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по стоматологии Министерства здравоохранения Самарской области, директор стоматологического института СамГМУ. E-mail: trunin-027933@yandex.ru*

*Ямбулатова Гульназ Хамзиевна - заочный аспирант кафедры стоматологии ИПО. E-mail: gulnazik05@yandex.ru*

**D.A. TRUNIN, G.X. YANBULATOVA**

Samara State Medical University

**COMPOSITION OF ORAL LIQUID FOR WEDGE-SHAPED  
DEFECTS TOOTH ASSOCIATED WITH PATHOLOGY  
OF GALLBLADDER AND BILE DUCTS**

**The article presents data of the study of indicators of oral fluid in patients with wedge-shaped defects of teeth in the pathology of the gallbladder and bile ducts.**

**Keywords:** wedge-shaped defects, oral fluid, gallbladder, bile duct

*Dmitry Trunin - MD, Professor, Chief Specialist in the Ministry of Health Dentistry CO, Director Dental Institute Samara State Medical University. E-mail: trunin-027933@yandex.ru*

*Gulnaz Yanbulatova - Post-graduate student of the Dentistry Department IPO.*

*E-mail: gulnazik05@yandex.ru*

Распространенность клиновидных дефектов (КД) зубов, за последние годы сильно возросла (Ю.А. Федоров, 2002; Н.В. Рубежова, 2000; Е.И. Марченко, 2004). Если в период 60–80 г. он составлял от 8 до 22% [3, 4, 5], то в 1980–2000 г. этот процент увеличился до 38,5 – 82% [2, 6, 7]. Считалось, что эта патология лиц старше 40 лет. Однако, согласно данным Ф.А. Афанасова [1], изучавшего КД у лиц молодого возраста, - патологическая пораженность студентов составила 16%, в т.ч. 1-2 стадии у 76% пациентов; у 24% - 3-4 стадии.

На сегодняшний день существует множество противоречивых гипотез и теорий этиологии КД зубов, но до сих пор нет единой точки зрения на основные звенья данной патологии (В.К. Патрикеев, 1973; А.С. Бурлуцкий, 1988; А.В. Цимбалистов, 1999; О.В. Головатенко, 2009; М.Д. Туас, 2002). В работах Е.В. Боровского, П.А. Леус (1971) рассматривается связь КД зубов с гастроэнтеропатологией. Лесоме Р. (1994) обратил внимание, что при гипосаливации нарастает частота некари-

озных поражений зубов. Так же считается, что причиной возникновения КД твердых тканей зубов являются: заболевания эндокринной системы [8], прием кислотосодержащих продуктов и медикаментов [9, 10].

Есть также работы, посвященные связи КД зубов с гастроэзофагеальным рефлюксом (Barlett D.W. а. oth., 1996). Литературных источников, авторы которых исследовали бы ассоциацию «КД зубов – болезни желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП)», нами не обнаружено.

Патогенетические особенности и клиника КД, коморбидных с патологией ЖП и ЖВП, отличаются большей частотой поражения зубов, более тяжелым течением; параметры ротовой жидкости (РЖ) адекватно отражают организменные факторы. РЖ – важнейший субстрат полости рта, обладающий рядом необходимых для поддержания гомеостаза в организме свойств, важнейшими из которых являются: минерализующая, защитная, очищающая.

**Цель исследования:** определить состав ротовой жидкости у пациентов с клиновидными дефектами зубов при патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

**Задачи исследования:** выявить изменения состава РЖ у пациентов с клиновидными дефектами зубов при патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей, и без патологии. Путем исследования биохимических показателей: С-реактивный белок, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, альфа-амилаза, щелочная фосфатаза, кальций, фосфор, хлориды, рН.

**Материал и методы исследования**

Исследование было проведено на базе Самарской областной клинической стоматологической поликлиники и в клиниках Самарского государственного медицинского университета.

Обследовано 180 пациентов, которые были разделены на 2 группы.

**Основная группа** (пациенты с КД зубов при патологии ЖП и ЖВП) составила 120 человек, из них мужчин было 48 чел., женщин 72 чел. По возрастному составу: в возрасте 18-19 лет – 2 чел., 20-29 лет – 4 чел., 30-39 лет – 6 чел., 40-49 лет – 50 чел., 50-59 лет – 58 чел.

Критерии включения:

- наличие КД зубов;
- четкая хронологическая связь указанной одонтопатологии с патологией ЖП, ЖВП, подтвержденная данными анамнеза, клиникой, результатами обследования как в амбулаторно-поликлиническом звене, так и в условиях специализированных гастроэнтерологических отделений стационаров.

Критерии исключения:

- пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта;

- тяжелая соматическая патология (эндокринные заболевания, системные болезни соединительной ткани, гемобластозы).

**Контрольная группа** (пациенты с КД зубов без патологии ЖП, ЖВП) составила 60 пациентов, из них мужчин 24 чел., женщин 36 чел. По возрастному составу: от 18 до 20 лет – 3 чел., от 21 года до 30 лет – 7 чел., от 31 года до 40 лет – 14 чел., от 41 года до 50 лет – 18 чел., от 51 года до 60 лет – 18 чел.

Исследования проводились по формализованным протоколам в соответствии с принципами Хельсинской Декларации ВОЗ, после получения добровольного согласия, в соответствии с правилами биоэтики.

Забор РЖ осуществлялся в 10-11 часов утра, через 1,5 часа после приема пищи. За час до взятия РЖ пациент тщательно прополаскивал рот дистиллированной водой. В лаборатории образцы замораживались в морозильной камере на сутки при температуре минус 40°С. После размораживания образцы тщательно перемешивали, центрифугировали в течение 10 мин.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты исследования РЖ представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что показатели кальция, фосфора у пациентов обеих групп практически не отличалась друг от друга. То же самое касается активности альфа-амилазы – основного фермента слюны, обеспечивающего начальный этап пищеварения.

Показатели билирубина и его фракций у пациентов основной группы повышены – так как в полость рта может попадать рефлюктант желчи (высокие цифры билирубина непрямого выше в 25 раз, билиру-

Таблица 1

**Данные исследования ротовой жидкости у пациентов основной и контрольной группы**

Показатели	Контрольная группа (60 чел.)	Основная группа (120 чел.)	P (величина степени достоверности результатов)
Кальций	1,58±0,065 ммоль/л	1,64±0,8 ммоль/л	>0,1
Фосфор	1,84±0,07 ммоль/л	1,87±0,1 ммоль/л	>0,1
Альфа-амилаза	21,550±1,025 у/а	20,300±1,044 у/а	>0,1
Щелочная фосфатаза	44,05±3,21 у/а	52,9±2,4 у/а	<0,05
Билирубин общий	0,78±0,08 моль/л	10,5±0,49 ммоль/л	<0,001
Билирубин прямой	0,18±0,04 ммоль/л	1,4±0,12 ммоль/л	<0,01
Билирубин непрямой	0,35±0,31 ммоль/л	9,05±1,06 ммоль/л	<0,01
С-протеин	0 mg/а	0,84±0,06 mg/а	<0,01
Хлориды	20,7±1,9 ммоль/л	41,8±2,1 ммоль/л	<0,001
рН	7,12±0,14	6,24±0,10	<0,001

бина общего в 13 раз, билирубина прямого в 8, в отличии от контрольной группы). То же самое касается значительного повышения уровня хлоридов в РЖ у пациентов основной группы: рефлюкс обычно бывает смешанного характера, и рефлюктант, проходя желудок, приобретает кислотный компонент. Следствием этого является изменение рН в кислую сторону по сравнению с группой контроля.

Появление С-протеина у пациентов с КД зубов при патологии ЖП, ЖВП может быть обусловлено тем, что в РЖ попадает рефлюктант, содержащий воспалительные субстраты.

### **Заключение**

Таким образом, при обнаружении у пациентов КД зубов и патологии ЖП, ЖВП, врачу-стоматологу следует собрать краткий анамнез на предмет выявления таких симптомов, как «горечь во рту, отрыжка кислым и горечью, боли в правом подреберье». При этих симптомах настоятельно рекомендовать пациенту обратиться к гастроэнтерологу для уточнения диагноза, определения нозологической принадлежности патологии ЖП, ЖВП с последующим адекватным лечением выявленной патологии.

Так же в стоматологическую практику рекомендуется широкое внедрение определения параметров РЖ с целью уточнения диагноза, определения эффективности проводимой комплексной терапии, профилактических мероприятий.

### **Список литературы**

1. Афанасов Ф.П. Профилактика и лечение клиновидных дефектов зубов с сочетанным применением гидроксиапатит – и фторсодержащих препаратов // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Ставрополь. 2010. С. 59-69.
2. Бокая В.Г., Мартыненко О.Ф., Бокая Е.Н. Глубокое фторирование в терапии гиперчувствительности зубов // Труды VI Съезда стоматологической ассоциации России. – М. 2000. С. 124-126.
3. Макеева И.М., Шевелюк Ю.В. Рабочая классификация клиновидных дефектов зубов // Стоматология для всех. 2011. С. 7-8.
4. Максимовская Л.Н. Использование десенситайзера двойного действия лечения повышенной чувствительности твердых тканей зуба // Маэстро стоматологии. 2002. С. 80-81.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по использованию качества жизни в медицине // Издательский дом Нева. – М.: ОЛМА - ПРЕСС Звездный мир. 2002. С. 320.
6. Посохова В.Ф., Чуев В.В., Бузов А.А. «Нанофлюор» - биоактивный фторирующий лак нового тысячелетия // Институт стоматологии. 2011. С.52-53.
7. Семченко И.М. Клинические проявления клиновидных дефектов зубов // Сб. научных работ. Труды молодых ученых. Юбилейное издание. – Минск. 2001. – С. 121-124.
8. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. 1997. № 10. С. 147.
9. Grace E.G., Sarlani E., Kaplan S. Tooth erosion caused by chewing aspirin // J Am Dent Assoc. Vol. 135. №7. P. 911-4.
10. Mahoney E.K., Kilpatrick N.M. // Dental erosion: part 1. Aetiology and prevalence of dental erosion. - New Zealand Dental J. 2003. Vol. 99. № 2. P. 35-43.