

## РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА



Ризаев Жасур Алимджанович<sup>1</sup>, Асадова Гульнара Межнун кизи<sup>1</sup>, Олимжонов Камрон Жасур угли<sup>2</sup>

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

## HELICOBACTER PYLORI БИЛАН БОГЛИҚ ОШҚОЗОН-ИЧАК ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ СТОМАТОЛОГИК ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Ризаев Жасур Алимджанович<sup>1</sup>, Асадова Гульнара Межнун кизи<sup>1</sup>, Олимжонов Камрон Жасур ўгли<sup>2</sup>

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## RESULTS OF DENTAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH HELICOBACTER-ASSOCIATED GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

Rizaev Jasur Alimджанович<sup>1</sup>, Asadova Gulnara Mejnun kizi<sup>1</sup>, Olimjonov Kamron Jasur ugli<sup>2</sup>

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ушбу мақолада *Helicobacter pylori* билан боғлиқ ошқозон-ичак патологияси бўлган шахсларнинг стоматологик текшируви натижалари келтирилган. КПУ, Silness-Loe индекси, Stallard индекси, РМА индекси, Muhlemann индекси ва Schiller-Pisarev тест натижалари тақдим этилган. *Helicobacter pylori* билан боғлиқ ошқозон-ичак патологияси бўлган беморларда узоқ муддатли ремиссияга эришиш ва яллигланишли пародонтал касалликларнинг такрорланишини ва кариес интенсивлигини камайтириш учун фақат умумий қабул қилинган асосий стоматологик терапияни ўтказишнинг етарли эмаслиги исботланган.

**Калим сўзлар:** *Helicobacter pylori*, оғиз бўшилиги патологияси, стоматологик терапия.

**Abstract.** This article presents the results of a dental examination of individuals with *Helicobacter*-associated gastrointestinal pathology. The KPU, Silness-Loe index, Stallard index, PMA index, Muhlemann index, and Schiller-Pisarev test results are presented. The insufficiency of conducting only generally accepted basic dental therapy to achieve long-term remission and reduce the recurrence of inflammatory periodontal diseases and the intensity of caries in patients with *Helicobacter*-associated gastrointestinal pathology has been proven.

**Keywords:** *Helicobacter pylori*, oral pathology, dental therapy.

**Введение.** Среди этиологических факторов воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) важную роль играет зубной налет, представляющий собой микробную ассоциацию пародонтопатогенов, которую на сегодняшний день называют биопленкой, причем бактерии, входящие в ее состав долгое время сохраняются в организме хозяина и становятся недоступными для действия антибактериальных препаратов. Инфекция *Helicobacter pylori* (НР) является одной из наиболее распространенных во всем мире, наряду со *Streptococcus mutans*, вызывающим кариес [6]. Согласно последним информационным оценкам

до 50% населения во всем мире инфицированы этим микроорганизмом, причем в развитых странах его распространенность значительно меньше по сравнению с развивающимися странами, где уже большинство детей инфицированы НР до 10-летнего возраста. Имеются сведения о возможности существования внегастрального источника инфекции НР, в первую очередь ротовой полости. Доказано наличие НР в различных биотопах полости рта: слюне, зубном налете, пародонтальных карманах, афтах при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, гнойных выделениях и поверхности зубных протезов [2,7,10,11].

Анализ литературы показал, что нашей стране на эту проблему обратили внимание такие ученые: Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З. и др. (2019) описавшие распространенность и молекулярно-генетические характеристики Н. pylori в Узбекистане; Абдурахманов М., Шадиева Ш., (2021), Рахматуллаева О., Хасанов Ш., Жилонова З. (2023), которые провели обзор литературы по связи НР полости рта и других отделов ЖКТ; Джурабаев А.А., описавший в обзорной статье влияние НР в желудке на риск развития рака этого органа в 2024; Хабибова Н. Н., Курбонова Н.И., Ширинова Х.Х., Рохатова Д. (2021), обратившие внимание на сочетанность патологии полости рта и органов пищеварения у подростков, на проблему коморбидности болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта обратили внимание Шадиева Ш., Гиязова М. (2021), также Шадиева Ш. (2021) описала изменения качества жизни у стоматологических пациентов с НР [1,4,5,7-9].

Все вышесказанное делает вопрос изучения сочетанной патологии тканей пародонта и ЖКТ, ассоциированной с НР, а также профилактики осложнений, возникающих при эрадикационной терапии (ЭТ), актуальным.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 120 пациентов, которые дали согласие на участие в исследовании (90 пациентов с патологией ЖКТ, 30 - без заболеваний ЖКТ со сходными социолого-демографическими характеристиками). Все пациенты наблюдались и проходили стоматологическое лечение на базе кафедры терапевтической стоматологии СамГМУ. Для характеристики стоматологического статуса были обследованы пациенты без соматической патологии (30 человек) и с сопутствующей патологией ЖКТ (90 пациентов), с нозологиями хронический гастрит (ХГ) и хронический гастроудоденит (ХГД), ассоциированные с НР, которые в дальнейшем в работе были объединены. Пациенты с сопутствующей патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, находились на амбулаторном лечении в Многопрофильной клинике СамГМУ по поводу установленного диагноза на протяжении 2023-2025 годов.

Верификацию диагноза ХГ и ХГД, ассоциированного с НР, проводили на основе клинико-анамнестических данных и данных инструментальных (эзофагогастроудоденоскопия) и дыхательного уреазного теста для диагностики инфекции НР.

Возраст пациентов составлял 18-35 лет, определяющий людей наиболее трудоспособного и социально активного возраста.

Стоматологический статус определяли следующим путем: проводили осмотр полости рта -

определяли анатомические особенности: состояние преддверия рта (глубину, цвет), прикрепление уздечек языка, верхней и нижней губы, наличие тяжелой слизистой. При осмотре зубных рядов обращали внимание на наличие зубных отложений, кариозных поражений зубов, наличие пломб, ортопедических конструкций, характер прикуса и окклюзионных соотношений, аномалии положения зубов, степень стирания твердых тканей и подвижность зубов, наличие зубочелюстных аномалий, адентии. Отмечали состояние слизистой оболочки полости рта, языка, мягкого и твердого неба: цвет, консистенцию, увлажненность и наличие новообразований на ней.

Проводилась индексная оценка гигиенического состояния полости рта.

Определялись следующие гигиенические и пародонтальные индексы: индексы КПУ, Silness-Loe, Stallard, зубного камня, РМА в модификации Parma, Muhlemann, проба Шиллера-Писарева.

**Результаты и обсуждение.** Основными жалобами пациентов с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями ЖКТ со стороны полости рта на первичном приеме были неприятный запах изо рта, выраженная кровоточивость десен (как во время чистки зубов, так и во время употребления твердой пищи), отек и покраснение десен, зуд, большое количество налета и зубного камня, некоторые пациенты жаловались на сухость полости рта, периодические высыпания на слизистой полости рта, совпадавшие с периодами обострения заболеваний ЖКТ.

При объективном обследовании полости рта у пациентов обнаруживали: значительные отложения мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня; пигментированный зубной налет, расположенный циркулярно в области шейки зуба (чаще всего это нижние фронтальные зубы, верхние и нижние моляры); отек десен; увеличены в объеме десневые сосочки, выраженная гиперемия с цианотическим оттенком, кровоточивость десен (иногда самопроизвольная), воспалительный процесс распространялся на десневые сосочки и маргинальный край десен, у некоторых пациентов была поражена даже альвеолярная часть десен; отмечали нарушение рельефа десневых сосочков (утрата заостренных вершин). У определенных пациентов отмечали имеющиеся изменения со стороны СОПР - участки десквамации эпителия нитевидных сосочков, расположенные на боковых поверхностях языка и кончика, по периферии которых расположены участки ороговеющего эпителия, в участке десквамации наблюдаются грибовидные; имеющиеся афты, окруженные ободком гиперемии и покрытые сероватым фибринозным налетом, болезненные при пальпации.

**Таблица 1.** Сравнительная оценка интенсивности кариеса и уровня гигиены у соматически здоровых пациентов и у лиц с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ

| Группа больных   | Индексы             |                           |                        |                      |
|--|---------------------|---------------------------|------------------------|----------------------|
|  | Индекс КПУ, баллы   | Индекс Silness-Loe, баллы | Индекс Stallard, баллы | Зубной камень, баллы |
| Пациенты без соматической патологии (n=30)                     | 5,6±0,83            | 1,26±0,29                 | 1,44±0,28              | 0,88±0,24            |
| Пациенты из хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ (n=90) | 10,5±1,05<br>p<0,05 | 1,74±0,28 p>0,05          | 1,76±0,37<br>p>0,05    | 1,99±0,28<br>p<0,05  |

**Таблица 2.** Состояние тканей пародонта у соматически здоровых пациентов и пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ

| Группа больных  | Индексы             |                               |                              |                                |  |
|---|---------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
|   | Индекс РМА, %       | Проба Шиллера-Писарева, баллы | Индекс кровоточивости, баллы | Пародонтальный карман (ПК), мм | Потеря эпителиального прикрепления (ПЭП), мм |
| Пациенты без соматической патологии (n=30)                    | 23,4±2,04           | 1,25±0,26                     | 0,96±0,3                     | 1,3±0,3                        | 0,3±0,06                                     |
| Пациенты с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ (n=90) | 70,0±2,8<br>p<0,001 | 2,63±0,38<br>p<0,001          | 2,66±0,38 p<0,001            | 2,7±0,6<br>p<0,05              | 1,0±0,05<br>p<0,001                          |

У пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, протекающими на фоне хронического хеликобактерного гастрита и гастроудоденита, были выявлены заболевания СОПР, а именно ХРАС (20 пациентов), десквамативный глоссит (14 пациентов).

Учитывая наличие субъективных жалоб и данных объективного обследования полости рта всем пациентам с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ, провели клиническую и рентгенологическую оценку состояния тканей полости рта. Аналогичное обследование было проведено у пациентов без соматической патологии.

Результаты индексной оценки состояния полости рта пациентов, участвовавших в исследовании, представлены в таблице 1.

По результатам клинических исследований было выявлено, что у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, значение дентальных индексов значительно увеличено по сравнению с пациентами без соматической патологии. Интенсивность кариеса по данным индекса КПУ у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ в 1,87 раза выше по сравнению с соматически здоровыми пациентами. Гигиенические индексы Silness-Loe, Stallard и количество зубного камня достоверно увеличены в 1,4, 1,2 и 2,3 раза, соответственно, среди пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, по сравнению с пациентами без соматической патологии, и указывают на неудовлетворительное состояние гигиены

полости рта.

Далее определяли состояние тканей пародонтального комплекса у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ и соматически здоровых пациентов (табл. 2).

Результаты проведенных клинических исследований, представленных в таблице 2, показывают, что у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ имеются существенные патологические изменения в тканях пародонта по сравнению с пациентами без соматической патологии. Так, у пациентов с патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, индекс РМА увеличен в 3 раза по сравнению с соматически здоровыми пациентами, что свидетельствует о наличии воспаления в тканях пародонта - гингивит тяжелой степени тяжести, среднее значение пробы Шиллера-Писарева увеличено в 2,1 раз, кровоточивость относительно соматически здоровых пациентов в 2,77 раз. У пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ глубина пародонтального кармана в среднем в 2,07 раза больше, чем у пациентов без соматической патологии, у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ, ассоциированной с НР, достоверно больше (в 3,3 раза) и значение потери эпителиального прикрепления пародонта, соответствующие хроническому генерализованному пародонтиту легкой и средней степени тяжести, выявленному у 16 пациентов.

У 10 пациентов были обнаружены рентгенологические изменения, соответствующие хро-

ническому генерализованному пародонтиту легкой степени: остеопороз межзубных перегородок, деструкция и нарушение целостности компактной пластинки, незначительная резорбция и расширение периодонтальной щели только на верхушках межальвеолярных перегородок. У 6 пациентов был обнаружен хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, который рентгенологически характеризуется полной деструкцией кортикального слоя, расширение периодонтальной щели на верхушках, остеопороз губчатого вещества и резорбция в области верхней трети межальвеолярных перегородок.

В результате проведенного клинического обследования, определения стоматологических индексов, анализа рентгенограмм выявлена следующая патология тканей пародонта - хронический катаральный гингивит (ХКГ) и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой и средней степеней тяжести.

Среди пациентов без соматической патологии структура заболеваемости тканей пародонта выглядит следующим образом: у 46,7% обследованных был обнаружен ХКГ, у 9,4% пациентов – ХГП легкой и средней степени тяжести, тогда как 43,9% – здоровы. Среди пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ у 82,22% обследованных был обнаружен ХКГ, у 17,78% – ХГП легкой и средней степени.

На основе полученных данных в дальнейшем исследовании принимали участие пациенты с основным стоматологическим диагнозом «хронический катаральный гингивит» как наиболее распространенный среди патологии пародонта у пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ.

Пациенты с хроническим катаральным гингивитом на фоне сопутствующей патологии ЖКТ, ассоциированной с НР, в дальнейшем находились под диспансерным наблюдением, и мы проводили обследование через 1, 3 и 6 месяцев.

После окончания курса базовой стоматологической терапии ХКГ и ЭТ пациенты отмечали уменьшение симптомов со стороны тканей пародонта: уменьшалась кровоточивость десен (кровоточивость десен возникала только при чистке зубов), отек и гиперемия десен, исчезал или уменьшался неприятный запах изо рта.

При объективном обследовании полости рта отмечали, что уменьшалась гиперемия и отек десен, частично восстанавливался рельеф десен. При осмотре полости рта через 1 месяц у подавляющего большинства пациентов (42 обследованных из 90, что составляло 46,66%) выявляли незначительные отложения мягкого зубного налета,

невыраженную гиперемию и отечность единичных десневых сосочков, у 16 обследованных пациентов, после проведенной общепринятой стомат.терапии – десна бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, безболезненные при пальпации, не кровоточащие. В то же время у 33,33% обследованных наблюдали незначительное ухудшение клинического состояния полости рта - незначительные отложения мягкого зубного налета, гиперемию десен, отечность единичных десневых сосочков, в некоторых участках - кровоточивость десен, десна безболезненные. При этом пациенты жалоб не предъявляли.

Через 3 месяца 41,1% пациентов жаловались на появление кровоточивости десен, которая возникает как во время чистки зубов, так и во время еды, неприятный запах изо рта, значительные отложения мягкого зубного налета, появление зубного камня, а также пигментированного зубного налета. В то же время только 20,0% обследованных указывали на уменьшение симптомов со стороны тканей пародонта по сравнению с предыдущим контрольным обследованием, а 38,9% отмечали, что не заметили усиления симптомов или появления новых, сравнивая с прошлым контрольным осмотром.

При объективном обследовании у подавляющего большинства пациентов, которые жаловались на ухудшение ситуации в полости рта, выявлены: значительные отложения мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня, пигментированный зубной налет на единичных зубах, расположенный циркулярно в области шейки зуба. Десна в участке нижних фронтальных зубов набухшая, застойно гиперемированная, вершины межзубных сосочков неострые, кровоточащие при зондировании.

При осмотре пациентов данной группы через 6 мес. происходит усиление субъективных симптомов со стороны тканей пародонта. У 61,1% пациентов жалобы остаются и усиливаются. При объективном обследовании этих пациентов обнаруживаются значительные отложения мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня, занимающего большую площадь поверхности коронки зуба, пигментированный зубной налет, расположенный циркулярно в области шеек зубов верхней и нижней челюстей. Десна в области зубов верхней и нижней челюстей набухшая, застойно гиперемированная, рельеф десневого края сглажен, десны кровоточащая при зондировании с заполнением межзубного промежутка.

Результаты динамического наблюдения за пациентами с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ представлены ниже (табл. 3).



**Таблица 3.** Динамика изменений клинического состояния полости рта по данным стоматологических индексов у пациентов группы сравнения после проведенного курса ЭТ

| Срок                     | Индексы  |  |   |  |   |   |  |
|--------------------------|--|--|---|--|---|---|--|
|                          | Индекс Silness-Loe, баллы                            | Индекс Stallard, баллы                               | Зубной камень, баллы                                  | Индекс РМА, %  | Проба Шиллера-Писарева, баллы                       | Кровоточивость, баллы                               | КПУ, баллы   |
| До начала лечения (n=30) | 1,74±0,28<br>p>0,05                                  | 1,76±0,37<br>p>0,05                                  | 1,99±0,28<br>p<0,05                                   | 70,0±2,8<br>p<0,001                                  | 2,63±0,38<br>p<0,001                                | 2,66±0,38<br>p<0,001                                | 10,5±1,05<br>p<0,05                                  |
| Через 1 мес. (n=30)      | 0,62±0,20<br>p<0,1<br>p1<0,001                       | 0,81±0,21<br>p<0,05<br>p1<0,05                       | 0,21±0,07<br>p<0,05<br>p1<0,001                       | 38,9±3,3<br>p<0,001<br>p1<0,001                      | 1,6±0,4<br>p>0,05<br>p1<0,1                         | 1,34±0,26<br>p>0,05<br>p1<0,05                      | 10,6±0,98<br>p>0,05<br>p1<0,05                       |
| Через 3 мес. (n=30)      | 1,57±0,33<br>p>0,05<br>p1<0,05<br>p2<0,05            | 1,63±0,31<br>p<0,05<br>p1>0,05<br>p2<0,05            | 1,11±0,21<br>p<0,05<br>p1<0,01<br>p2<0,05             | 42,3±4,7<br>p<0,001<br>p1<0,001<br>p2>0,05           | 1,62±0,55<br>p>0,05<br>p1<0,2<br>p2>0,05            | 1,68±0,73<br>p>0,05<br>p1>0,05<br>p2>0,05           | 11,3±1,03<br>p>0,05<br>p1>0,05<br>p2>0,05            |
| Через 6 мес. (n=30)      | 1,90±0,1<br>p<0,01<br>p1>0,05<br>p2<0,001<br>p3>0,05 | 1,86±0,20<br>p<0,05<br>p1>0,05<br>p2<0,05<br>p3>0,05 | 1,63±0,25<br>p<0,05<br>p1>0,05<br>p2<0,001<br>p3>0,05 | 56,4±3,6<br>p<0,001<br>p1<0,01<br>p2<0,01<br>p3<0,05 | 2,43±0,33<br>p<0,01<br>p1>0,05<br>p2<0,2<br>p3>0,05 | 2,31±0,3<br>p<0,01<br>p1>0,05<br>p2<0,05<br>p3>0,05 | 12,8±1,13<br>p>0,01<br>p1>0,05<br>p2<0,05<br>p3>0,05 |

*Примечание: p – по сравнению с группой пациентов без соматической патологии; p1- по сравнению с данными до начала лечения; p2 – по сравнению с данными, полученными через 1 мес.; p3 – по сравнению с данными, полученными через 3 мес.*

Результаты динамического наблюдения за пациентами с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ, представленные в таблице 3, свидетельствуют, что проведение профессиональной гигиены полости рта, обучение пациентов гигиене полости рта в домашних условиях, а также мотивация пациентов. в течение первых трех месяцев, с некоторым ухудшением и почти достижение уровня исходных данных через полгода наблюдений, что подтверждается данными индексов Silness-Loe, Stallard и зубного камня.

Состояние тканей пародонта по данным пародонтальных индексов изменялось следующим образом. Через 1 месяц индекс РМА снизился на 44,4%, через 3 месяца наблюдаем увеличение индекса РМА в 1,08 раза по сравнению с данными, полученными через 1 месяц, но он не достигает исходного уровня. При определении индекса РМА через 6 месяцев мы видим, что он увеличивается в 1,45 раз по сравнению с данными, полученными через 1 мес. после лечения, и почти достигает исходного уровня, что коррелирует с результатами клинического осмотра полости рта. Аналогичная тенденция наблюдается и с пробой Шиллера-Писарева, и с индексом кровоточивости. Результаты определения пробы Шиллера-Писарева свидетельствуют о ее снижении через 1 месяц от начала лечения в 1,64 раза, что поддерживается в течение следующих месяцев, но при осмотре через 6 месяцев значение пробы Шиллера-Писарева возрастает в 1,5 раза по сравнению с данными, полученными через 1 месяц после начала лечения, при этом достигая почти исходных

показателей. Индекс кровоточивости по Мюлеманну при определении через 1 месяц от начала лечения снижается в 1,98 раз, несколько возрастает при осмотре через 3 месяца, но максимум достигает через 6 месяцев - возрастает в 1,74 раза по сравнению с результатами, полученными через 1 мес. после окончания лечения. Интенсивность кариеса не имела достоверных различий.

В результате клинического обследования пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией ЖКТ (хронический хеликобактерный гастрит и гастродуоденит) у всех пациентов были выявлены изменения в тканях пародонта воспалительно-деструктивного характера - у 82,22% обследованных хронический катаральный гингивит и у 17,78% пародонтит легкой и средней степени. Следовательно, в структуре заболеваний пародонта наиболее распространен хронический катаральный гингивит с наличием симптомов кровоточивости десен, отека десневых сосочков и маргинального края десен, нарушением рельефа десен. Особое внимание обращает на преобладание воспалительного компонента над деструктивным и дистрофическим в структуре патологии пародонта, что подтверждается такими пародонтальными индексами как индекс РМА в модификации Parma, проба Шиллера-Писарева и индекс кровоточивости по Muhlemann в модификации Sop. Особенности заболеваний пародонта, протекающих на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ, являются их генерализованный характер, более короткий период ремиссии и быстрое наступление рецидива.

Кроме того, у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ обнаружен неудовлетворительный уровень гигиены и, как следствие, более высокая интенсивность кариеса (высокий и очень высокий уровень интенсивности кариеса) по сравнению с соматически здоровыми пациентами.

После проведенной базовой стоматологической терапии, продолжавшейся в течение курса ЭТ, пациенты первоначально отмечали улучшение состояния тканей полости рта, однако уже через 1 месяц при объективном обследовании появлялись первые признаки заболеваний пародонта, через 3 месяца пациенты уже отмечали возвращение некоторых симптомов заболеваний десен таких как кровоточивость десен во время еды, изо рта. При объективном обследовании выявляются значительные отложения мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня, пигментированный зубной налет на единичных зубах, расположенный циркулярно в участке шейки зуба. Десна в участке нижних фронтальных зубов набухшая, застойно гиперемированная, вершины межзубных сосочков неострые, кровоточащие при зондировании. Интенсивность кариеса выросла по сравнению с первым месяцем на 6,19%. При осмотре через 6 месяцев спустя пациенты отмечают усиление симптомов заболеваний пародонта, что подтверждается при объективном обследовании и определении пародонтальных индексов. КПУ возрастает по сравнению с исходным измерением на 18,0%.

Вышеуказанное указывает на недостаточность проведения только общепринятой базовой стоматологической терапии и обосновывает целесообразность и необходимость проведения дополнительной поддерживающей терапии для достижения длительной ремиссии и уменьшения рецидивов воспалительных заболеваний пародонта и интенсивности кариеса у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии ЖКТ.

### Литература:

1. Абдурахманов М., Шадиева Ш. Роль хеликобактерной инфекции в развитии функциональной диспепсии и воспалительных заболеваний пародонта. 2021. Стоматология, (2(83)), 76–79. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-55>
2. Галимова И. А., Усманова И. Н., Гажва С. И., Игаль Г., Кагарманова Э. М., Ишмухаметова А. Н., Юнусова Р. Д. Распространенность рецидивирующих афт полости рта у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Медицинский вестник Башкортостана. 2021. №3 (93). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-retsiviruyuschih-aft-polosti-rta-u-patsientov-s-zabolevaniyami-zheludочно-kishechnogo-trakta>.
3. Джурабаев А.А. о роли *Helicobacter pylori* в патогенезе атрофического гастрита и рака желудка. ЖКМП.-2024.-Т.1.-№1.-С. 16-19
4. Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З. и др. Распространенность и молекулярно-генетические характеристики *Helicobacter pylori* в Узбекистане // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 28. С. 48–51. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-28-48-51
5. Рахматуллаева О., Хасанов Ш., Жилонова З. Роль инфекции *Helicobacter pylori* при воспалительных процессах полости рта на фоне заболеваний ЖКТ. Актуальные вопросы хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, 1(1), 78–80. 2023 <https://inlibrary.uz/index.php/dental-implantology/article/view/16892>
6. Трухан Л. Ю., Трухан Д. И. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения // МС. 2016. №19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stomatologicheskie-problemy-gastroenterologicheskikh-patsientov-i-vozmozhnye-puti-ih-resheniya>.
7. Хабибова Н. Н., Курбонова Н.И., Ширинова Х.Х., Рохатова Д. Проблема сочетанной патологии полости рта и органов пищеварения у подростков // Биология и интегративная медицина. 2021. №4 (51). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-sochetannoy-patologii-polosti-rta-i-organov-pishevareniya-u-podrostkov-1>.
8. Шадиева Ш.Ш. Изменение стоматологического статуса и качества жизни у пациентов с *Helicobacter pylori* - ассоциированной функциональной диспепсией // Биология и интегративная медицина. 2021. №6 (53). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmenenie-stomatologicheskogo-statusa-i-kachestva-zhizni-u-patsientov-s-helicobacter-pylori-assotsiirovannoy-funktsionalnoy>.
9. Шадиева Ш., Гиязова М. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта. Общество и инновации, 2021, 2(4/S), 424–428. <https://doi.org/10.47689/2181-1415-vol2-iss4-Spp424-428>
10. Kadota T, Hamada M, Nomura R, Ogaya Y, Okawa R, Uzawa N, Nakano K. Distribution of *Helicobacter pylori* and Periodontopathic Bacterial Species in the Oral Cavity. Biomedicines. 2020 Jun 15;8(6):161. doi: 10.3390/biomedicines8060161.
11. Mao X, Jakubovics NS, Bächle M, Buchalla W, Hiller KA, Maisch T, Hellwig E, Kirschneck C, Gessner A, Al-Ahmad A, Cieplik F. Colonization of *Helicobacter pylori* in the oral cavity - an endless

controversy? Crit Rev Microbiol. 2021 Sep;47(5):612-629. doi: 10.1080/1040841X.2021.1907740.

12.Kubaev A.S., Buzrukzoda J.D., Abdullaev A.S. Elimination Of Perforation Of The Bottom Of The Maxilla Jaw Sinus With Application Of Osteoplastic Material // Central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 162-166.

13.Rizaev J.A., Akhrorova M.Sh., Kubaev A.S., Khazratov A.I. Clinical and immunological aspects of the relationship of the oral cavity and covid-19, TJE - Thematic journal of Education, 7, 3-15, 2022

14.Rizaev Jasur Alimjanovich, Ahrorova Malika Shavkatovna, Kubaev Aziz Saydalimovich, Hazratov Alisher Isamiddinovich, Morphological Changes in the Oral Mucous Membrane in Patients with COVID-19, American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 12 No. 5, 2022, pp. 466-470. doi: 10.5923/j.ajmms.20221205.04.

15.Бузрукзода Ж. Д. и др. Устранение перфорации дна верхнечелюстного синуса с применением остеопластического материала // Интернаука. – 2021. – №. 7-1. – С. 25-27

16.Бузрукзода, Ж., Ахтамов, Ш., & Щербакова, Ф. (2022). Анализ гендерных различий строения челюстей жителей города Самарканда по данным конусно-лучевой компьютерной томографии. Медицина и инновации, 1(4), 238–241. извлечено от [https://inlibrary.uz/index.php/medicine\\_and\\_innovations/article/view/391](https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/391)

17.Ибрагимов, Д. Д., и Ж. Д. Бузрукзода. "Опыт использования остеопластических материалов для пластики дефекта перфорации верхнечелюстного синуса." Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицине» СамГосМИ. 2018.

18.Ризаев, Ж., Кубаев, А. и Бузрукзода, Ж. 2022. Современный подход к комплексной

реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти (обзор литературы). Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2, 3 (фев. 2022), 77–83. DOI:<https://doi.org/10.26739.2181-0966-2021-3-15>.

19.Buzrukzoda Javokhirkhon Davron. "Combined Application of Osteoplastic Material in the Bone Defects Treatment." Eurasian Medical Research Periodical 7 (2022): 208-211.

Veis A. (Ed.) The chemistry and biology of mineralized connective tissue. Elsevier, New York, 1981, p.377-387.

20.Rizaev, E. A., & Buzrukzoda, J. D. (2022). Optimization of guided bone regeneration in conditions of jaw bone atrophy. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 4-8.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

*Ризаев Ж.А., Асадова Г.М., Олимжонов К.Ж.*

**Резюме.** В статье приведены результаты стоматологического обследования лиц на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии желудочно-кишечного тракта. Приведены КПУ, индекс Silness-Loe, индекс Stallard, индекс РМА, индекс Muhlemann, результаты пробы Шиллера-Писарева. Доказана недостаточность проведения только общепринятой базовой стоматологической терапии для достижения длительной ремиссии и уменьшения рецидивов воспалительных заболеваний пародонта и интенсивности кариеса у пациентов на фоне хеликобактер-ассоциированной патологии желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** Хеликобактер пилори, патология полости рта, стоматологическая терапия.