

Коморбидность заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней органов пищеварения с изменениями органов и тканей полости рта

Д.И. Трухан, Л.Ю. Трухан, Д.С. Иванова

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия
dmitry_trukhan@mail.ru

Аннотация

В настоящее время в большинстве клинических случаев у пациента имеется сопутствующая или сочетанная патология, описываемая терминами «полиморбидность» (при отсутствии патогенетической связи) и «коморбидность» (при наличии патогенетической связи) между различными болезнями и патологическими состояниями. В системе взаимоотношений врача-интерниста с врачами других специальностей наименее изученными являются аспекты их клинического взаимодействия с врачом-стоматологом. Вместе с тем часто причиной обращения пациента к стоматологу является наличие соматической патологии, и в большинстве своем на прием к врачу-стоматологу приходят не абсолютно здоровые пациенты, проблемы которых ограничиваются полостью рта. С другой стороны, наличие определенных изменений органов и тканей полости рта и консультативная помощь стоматолога могут помочь интернисту в диагностике и адекватном лечении пациента. В первой части представленного обзора рассматриваются возможные изменения со стороны органов и тканей полости рта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и болезнями органов пищеварения. Вторая часть обзора посвящена анализу возможного влияния на органы и ткани полости рта лекарственных препаратов, применяемых для лечения сердечно-сосудистых и гастроэнтерологических заболеваний.

Ключевые слова: стоматология, кардиология, гастроэнтерология, коморбидность, полиморбидность, лекарственная терапия.

Для цитирования: Трухан Д.И., Трухан Л.Ю., Иванова Д.С. Коморбидность заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней органов пищеварения с изменениями органов и тканей полости рта. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 3: 6–17. DOI: 10.47407/kr2021.2.3.00044

Comorbidity of diseases of the cardiovascular system and diseases of the digestive organs with changes in organs and tissue of the oral cavity

Dmitry I. Trukhan, Larisa Yu. Trukhan, Darya S. Ivanova

Omsk State Medical University, Omsk, Russia
dmitry_trukhan@mail.ru

Abstract

Currently, in most clinical cases, the patient has a concomitant or combined pathology described by the terms "polymorbidity" (in the absence of a pathogenetic relationship) and "comorbidity" (in the presence of a pathogenetic relationship) between various diseases and pathological conditions. In the system of relationships between an internist and physicians of other specialties, the least studied aspects of their clinical interaction with a dentist. At the same time, often the reason for a patient's visit to the dentist is the presence of somatic pathology, and for the most part, not completely healthy patients come to the dentist's appointment, whose problems are limited to the oral cavity. On the other hand, the presence of certain changes in organs and tissues of the oral cavity and the advice of a dentist can help the internist in the diagnosis and adequate treatment of the patient. The first part of the presented review examines possible changes in the organs and tissues of the oral cavity in patients with diseases of the cardiovascular system and diseases of the digestive system. The second part of the review is devoted to the analysis of the possible effect on the organs and tissues of the oral cavity of drugs used to treat cardiovascular and gastroenterological diseases.

Key words: dentistry, cardiology, gastroenterology, comorbidity, polymorbidity, drug therapy.

For citation: Trukhan D.I., Trukhan L.Yu., Ivanova D.S. Comorbidity of diseases of the cardiovascular system and diseases of the digestive organs with changes in organs and tissue of the oral cavity. Clinical review for general practice. 2021; 3: 6–17. DOI: 10.47407/kr2021.2.3.00044

В настоящее время в большинстве клинических случаев у пациента имеется сопутствующая или сочетанная патология, описываемая терминами «полиморбидность» (при отсутствии патогенетической связи) и «коморбидность» (при наличии патогенетической связи) между различными болезнями и патологическими состояниями. В системе взаимоотношений врача-интерниста с врачами других специальностей

наименее изученными являются аспекты их клинического взаимодействия с врачом-стоматологом.

В первую очередь это связано с изолированным структурным расположением городских и областных стоматологических клиник от других лечебных учреждений. Во вторую очередь следует отметить взаимную недооценку изменений со стороны органов и тканей полости рта при различных заболеваниях внутренних

органов и под влиянием лекарственной терапии этих заболеваний [1].

Вместе с тем часто причиной обращения пациента к стоматологу является наличие соматической патологии, и в большинстве своем на прием к врачу-стоматологу приходят не абсолютно здоровые пациенты, проблемы которых ограничиваются полостью рта. С другой стороны, наличие определенных изменений органов и тканей полости рта и консультативная помощь стоматолога могут помочь интернисту в диагностике и адекватном лечении пациента [2, 3].

Приведем несколько клинических примеров.

Клинический пример 1. Пациентка К., 55 лет, была направлена стоматологом-ортопедом к стоматологу-терапевту для санации полости рта, в связи с наличием множественного кариеса с преимущественной локализацией в пришеечной области, для подготовки к последующему протезированию. В ходе лечения пациентка пожаловалась на увеличение языка и неприятные ощущения, обусловленные «прикусыванием» по краям языка. Стоматологом-терапевтом пациентка была направлена на консультацию к участковому терапевту, поскольку клиническая картина соответствует стоматологической «маске» гипотиреоза [4, 5]. При сборе анамнеза участковым терапевтом выявлен ряд симптомов, позволяющих заподозрить гипотиреоз: чувство зябкости, немотивированное нарастание массы тела на фоне сниженного аппетита, дневная сонливость, сухость кожи, склонность к запорам. При объективном осмотре пальпируется перешеек щитовидной железы, частота пульса 60 в минуту, артериальное давление (АД) – 130/100 мм рт. ст. Электрокардиография – брадикардия, низкий вольтаж, отрицательный зубец Т. При лабораторном исследовании отмечено повышение уровня тиреотропного гормона и снижение T_4 , что подтвердило предварительный диагноз – гипотиреоз. Пациентке назначена заместительная терапия левотироксином. Через месяц отметила стабилизацию массы тела, уменьшился язык, чувствует себя бодрее, улучшилось настроение, частота пульса 68 в минуту, АД – 125/85 мм рт. ст.

Клинический пример 2. Пациентка Д., 34 лет, обратилась к стоматологу-терапевту с жалобами на периодически появляющиеся язвочки (ранки) на внутренней стороне губ и щек. Диагностирован афтозный стоматит, назначено лечение. При осмотре слизистой полости рта стоматологом-терапевтом отмечены на слизистой оболочке полости рта участки воспалительной гиперплазии и грануляции типа «бульбужной мостовой». Рекомендована консультация гастроэнтеролога. На приеме у гастроэнтеролога выяснилось, что в течение двух последних лет периодически возникает кишечный дискомфорт, проявляющийся приступообразной схваткообразной болью в животе и расстройством стула по типу диареи, самостоятельно поставила себя диагноз по интернету –

«синдром раздраженного кишечника» и принимала рекламируемые лекарственные препараты, с небольшим улучшением. В общем анализе крови отмечены признаки железодефицитной анемии – гемоглобин 108 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,75. При дополнительном лабораторном обследовании уровень фекального кальпротектина составил 620 мкг/г. При дальнейшем углубленном обследовании у гастроэнтеролога диагностирована болезнь Крона.

Клинический пример 3. Пациент С., 46 лет, обратился к стоматологу-терапевту с жалобами на жжение и болезненность в языке, периодически возникающее чувство горечи во рту. При осмотре: поверхность языка ярко-красного цвета, блестящая, сосочки атрофированы, налет коричневого цвета на спинке языка. Стоматолог-терапевт порекомендовал пациенту обратиться за консультацией к участковому терапевту. При сборе анамнеза участковым терапевтом выявлено, что пациента периодически беспокоят неприятные ощущения в правом подреберье, неустойчивый стул – чередование запоров и поносов. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено умеренное увеличение желчного пузыря, уплотнение его стенок, в полости желчного пузыря неоднородное содержимое – билиарный сладж. При исследовании кала на яйца глист – обнаружены яйца *Opisthorchis felinus*. После проведения дегельминтизации и последующей реабилитационной терапии прокинетику и урсодезоксихолевой кислотой отмечает исчезновение жалоб на жжение и болезненность в языке, исчезла горечь во рту.

В рамках данного обзора рассмотрим основные изменения со стороны органов и тканей полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) и болезнях органов пищеварения.

Болезни сердечно-сосудистой системы относятся к числу наиболее распространенных и социально значимых заболеваний. ССЗ часто сопровождаются различными изменениями со стороны органов и тканей полости рта [4–7].

Артериальная гипертензия. При наличии артериальной гипертензии (АГ) нередко наблюдается возникновение геморрагических пузырей на слизистой оболочке полости рта. Пузыри различных размеров с геморрагическим содержимым чаще появляются на слизистой оболочке мягкого неба, боковых поверхностях языка, слизистой оболочке щек по линии смыкания. Пузырь возникает внезапно вследствие разрыва мелкого сосуда, часто во время еды, увеличивается в размерах, вскрывается и остается эрозия, покрытая беловатым налетом, располагающаяся на гиперемированном фоне слизистой оболочки. Эпителизация эрозии наступает в зависимости от ее размеров спонтанно через 3–7 дней [8].

Приведем клинический пример.

Клинический пример 4. Пациентка Ю., 52 лет, обратилась к стоматологу-ортопеду с целью протез-

зирования. При осмотре на боковой поверхности языка обнаружена безболезненная эрозия, покрытая беловатым налетом, располагающаяся на гиперемизованном фоне слизистой оболочки. Пациентка указала, что периодически после эпизодов сильной головной боли, которые она для себя обозначает как «приступ мигрени», на языке или на мягком небе появляются пузыри, которые в течение нескольких дней вскрываются и затем заживают в течение недели. На приеме измерено АД 160/100 мм рт. ст. Стоматологом перед протезированием рекомендована консультация терапевта или кардиолога. Консультация терапевта совпала с эпизодом «приступа мигрени», при этом АД составило 190/110 мм рт. ст., при дальнейшем обследовании пациентке выставлен диагноз: Гипертоническая болезнь и назначена антигипертензивная терапия.

Среди других клинических проявлений в полости рта при АГ следует указать на отек языка и других участков слизистой оболочки полости рта [1, 2]. Также при АГ может отмечаться цианоз слизистой оболочки губ, языка, щек, дна полости рта, нередко сопровождающийся чувством жжения.

Пародонтит при сердечно-сосудистых заболеваниях. Наиболее активно обсуждаются взаимоотношения между болезнями пародонта и ССЗ [9–13]. Основной вопрос, на который в настоящее время нет однозначного ответа, это вопрос взаимосвязи этих заболеваний, их течения параллельно или в «одной связке» [9].

Болезни пародонта и ССЗ имеют много общих факторов риска: метаболический синдром, сахарный диабет, дислипидемия, АГ [14]. Эпидемиологические данные указывают на наличие потенциальной связи пародонтита (рис. 1) с распространенностью АГ и повышением уровня АД. Результаты перекрестных исследований позволяют предполагать, что при АГ наличие у пациентов пародонтита может увеличить риск и степень поражения органов-мишеней [15, 16]. Повышение АД у пациентов с патологией пародонта отмечено в целом ряде исследований [9]. Корейские ученые для анализа возможного влияния гигиены полости рта на уровень АГ [17] использовали данные почти 20 тыс. взрослых лиц и отметили, что люди с плохим гигиеническим уходом за полостью рта имеют более высокую распространенность АГ еще до развития клинических проявлений пародонтита, и предложили рассматривать гигиеническое состояние полости рта в качестве независимого показателя риска АГ.

В целом ряде исследований продемонстрировано наличие определенной положительной связи клинических проявлений и лабораторных воспалительных изменений при заболеваниях пародонта (рис. 2) с атеросклерозом и ССЗ [9]. В клиническом исследовании INVEST (Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study) [18] в результате наблюдения в течение трех лет за 420 участниками с пародонтитом (средний возраст в начале исследования 68±8 лет) показали, что

Рис. 1. Хронический генерализованный пародонтит на фоне артериальной гипертензии [8].

Fig. 1. Generalized chronic periodontitis associated with hypertension [8].



Рис. 2. Хронический пародонтит у пациента с ИБС и сахарным диабетом [8].

Fig. 2. Chronic periodontitis in patient with coronary artery disease (CAD) and diabetes mellitus [8].



средняя толщина интима-медиа (ТИМ) сонной артерии увеличилась в течение периода наблюдения на $0,139 \pm 0,008$ мм, однако прогрессирование ТИМ сонной артерии ослабилось с улучшением клинического или микробиологического состояния пародонта. Японские ученые отметили, что плохая гигиена полости рта, снижение частоты чистки зубов, могут быть связаны с эндотелиальной дисфункцией сосудов [19]. Немецкие стоматологи отмечают, что использование зубной нити и межзубной щетки может уменьшить риск для новых сердечно-сосудистых событий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и пародонтитом (относительный риск 0,2, доверительный интервал 0,06–0,6, $p=0,01$) [20]. Американский консенсус по пародонтиту и атеросклеротическим ССЗ рекомендует информировать пациентов с умеренным и тяжелым пародонтитом о возможном повышенном риске ССЗ и необходимости пройти кардиологическое обследование [21].

Ишемическая болезнь сердца. При ИБС часто отмечается цианоз слизистой оболочки полости рта, трещины, эрозии и даже язвы, иногда кровоизлияния, сухость и отек языка. Выявляется десквамативный глоссит, иногда глубокие трещины, гиперплазия нитевидных и грибовидных сосочков, кровоизлияния в сосочках и сосочковых структурах языка. Слизистая оболочка при хронической ИБС может быть бледной,

Рис. 3. Травматическая язва боковой поверхности языка у пациента с ХСН [8].

Fig. 3. Traumatic ulcer on the lateral border of the tongue in patient with chronic heart failure (CHF) [8].



Рис. 4. Афтозный стоматит у пациента с хронической ревматической болезнью сердца [8].

Fig. 4. Aphthous stomatitis in patient with chronic rheumatic heart disease [8].



сухой, истончена и легко травмируется зубами или грубой пищей [1, 2].

В период острого инфаркта миокарда наряду с цианозом слизистой оболочки на ней обнаруживаются трещины, эрозии и даже язвы, иногда кровоизлияния. Возможно наличие десквамативного глоссита, иногда имеются глубокие трещины, гиперплазия нитевидных и грибовидных сосочков. Язык может быть ярко-красным или малиновым, может появляться боль и жжение, что может вызывать дискомфорт при приеме пищи и разговоре. При мелкоочаговом инфаркте миокарда может иметь место сухость языка и его отек [1, 6].

Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. При хронической сердечно-сосудистой недостаточности (ХСН) слизистая оболочка бледная, сухая, истончена, легко травмируется зубами или грубой пищей. Пациенты часто предъявляют жалобы на затрудненный прием пищи, мучительную боль во рту, жжение языка, появление язв. Язвенно-некротические изменения слизистой оболочки и подслизистой клетчатки характерны для ХСН IIБ и III стадий. При осмотре в полости рта обычно определяется одна (рис. 3) или несколько язв на различных участках ротовой полости (боковые поверхности языка, слизистая оболочка щек, дна полости рта, неба). Язвы имеют неровные края, дно покрыто серовато-белым некротическим налетом. Характерно отсутствие выраженной воспалительной реакции в окружающей ткани. Отмечается десквамация нитевидных сосочков (полированный язык). Слюна вязкая, часто отмечается неприятный запах изо рта. В результате некротического распада возможно развитие тяжелых кровотечений. Появлению трофических язв способствуют травмы, причиненные зубами, протезами, таблетированными лекарственными препаратами. Описаны некротические изменения слизистой оболочки рта с поражением челюстных костей, а также с образованием сквозных дефектов щеки. При длительном существовании трофических язв существует риск их малигнизации [1, 2, 6].

Другие сердечно-сосудистые заболевания. При острой ревматической лихорадке часто встречается катаральное воспаление десен с их валикообразным утолщением и выраженным сосудистым рисунком. Слизистая оболочка может быть бледной и анемичной, при формировании приобретенного порока сердца становится цианотичной. Характерно появление афт при хронических рецидивирующих афтозных стоматитах (рис. 4). Пораженность зубов отличается наличием предкариозных меловых пятен и множественного кариеса, чаще осложненного.

В состав малых клинических критериев инфекционного эндокардита входят геморрагические высыпания (петехии) на слизистых оболочках (рис. 5) и коже (симптом Лукина). Кроме этого, на слизистой оболочке полости рта при инфекционном эндокардите могут развиваться вирусные заболевания, язвенно-некротический стоматит Венсана, гнойничковые заболевания, грибковые поражения [1, 2, 6, 22].

Болезни органов пищеварения. Морфофункциональное сходство слизистой оболочки полости рта и пищеварительного тракта, а также наличие тесного взаимодействия различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с его начальным отделом – полостью рта, осуществляемого посредством анатомических, физиологических и гуморальных взаимосвязей, часто проявляется различными изменениями со стороны органов и тканей полости рта при болезнях органов пищеварения [23, 24].

Наличие у пациента изменений органов и тканей полости рта при ряде гастроэнтерологических заболеваний

Рис. 5. Петехии слизистой неба у пациента с инфекционным эндокардитом [8].

Fig. 5. Petechiae of the palate in patient with infective endocarditis [8].



(гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – ГЭРБ, воспалительных заболеваниях кишечника – болезнь Крона, язвенный колит, синдроме мальабсорбции) вносит определенный вклад в их диагностику.

Болезни верхнего отдела ЖКТ. Специфические стоматологические симптомы ГЭРБ: жжение языка, щек, нарушение вкусовых ощущений, поражение твердых тканей зубов – истончение и эрозии эмали зубов, кариес, пародонтит и гранулема – выделены отдельной группой среди внепищеводных клинических проявлений заболевания. В Консенсусе группы экспертов по ГЭРБ (Монреаль, 2006 г.) отмечается, что рефлюкс-кариес является достоверно связанным с ГЭРБ внепищеводным симптомом заболевания. Специфичным клиническим симптомом для ГЭРБ является и слюнотечение вследствие ваготонии, характерной для большинства пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта [1, 25].

Практически у всех больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется гингивит, тяжесть которого находится в прямой зависимости от характера течения и давности основного заболевания. При обострении язвенной болезни наблюдаются отек слизистой оболочки полости рта, гиперемия и гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков языка, снижается вкусовая чувствительность к сладкому.

При заболеваниях желудка к субъективным жалобам пациента относятся ощущение жжения, болезненности в различных отделах языка, особенно при приеме раздражающей пищи. Парестезии и неприятные ощущения в языке являются специфичными симптомами дефицита витаминов группы В, особенно витамина В₁₂. Пациенты часто указывают на извращение вкусовых

ощущений, в первую очередь на металлический привкус во рту, особенно по утрам [26].

К нередко встречаемым патологическим изменениям полости рта при хроническом гастрите относятся хронический рецидивирующий афтозный стоматит, плоский лишай, реже встречаются острый афтозный стоматит, лейкоплакия, хейлит. При хроническом хеликобактерном гастрите слизистая оболочка полости рта обычно розовой окраски. Саливация нормальная или несколько повышена за счет ваготонии. В области средней и дистальной трети дорсальной поверхности языка нитевидные сосочки чаще гипертрофированы. В этой же зоне наиболее интенсивно выражен налет беловато-желтого или серовато-желтого цвета. Окраска и консистенция налета могут меняться в зависимости от интенсивности и выраженности сопутствующих диспепсических проявлений. Грибовидные сосочки спинки языка определяются менее четко в связи с гипертрофией нитевидных сосочков и плотностью налета. Листовидные сосочки языка рельефны, могут быть гиперемированными, что является основанием для онкологической настороженности [23, 24, 26].

Известно, что среди этиологических факторов заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки особое внимание уделяется *Helicobacter pylori*. Выявление *H. pylori* в зубном налете (зубной бляшке), а в последующем в ротовой жидкости и содержимом пародонтальных карманов, позволяет рассматривать полость рта как резервуар и дополнительный источник реинфицирования организма *H. pylori* после проведенной эрадикации [27, 28]. В ряде исследований отмечены положительные ассоциации между наличием *H. pylori* в зубном налете и желудке [29] с желудочно-пищеводным рефлюксом [30]. Таким образом, присутствие *H. pylori* в полости рта может быть источником реинфекции у пациентов с язвенной болезнью и хеликобактер-ассоциированным гастритом.

Приведем клинический пример.

Клинический пример 5. Пациент Ш., 48 лет, с молодого возраста страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, практически с ежегодными обострениями. В течение 2019 г. было 2 обострения, при эндоскопическом исследовании выявлялся язвенный дефект в луковице двенадцатиперстной кишки, и морфологическим методом подтверждено наличие *H. pylori*. Проводилась антихеликобактерная терапия. При наличии клинического улучшения, контроль эффективности эрадикационной терапии с помощью ¹³C-уреазного дыхательного теста продемонстрировал ее неэффективность. При осмотре рта гастроэнтеролог отметил неприятный запах изо рта (халитоз), плохое гигиеническое состояние полости рта, наличие зубного камня и порекомендовал пройти лечение у стоматолога. После проведенного лечения у стоматолога, профессиональной чистки зубов и удаления зубного налета был назначен повторный курс антихеликобактерной терапии, эффективность которого была подтверждена резуль-

татами ^{13}C -уреазного дыхательного теста. В течение 2020 г. у пациента обострения язвенной болезни не отмечено.

Гепатобилиарная система. Классическим признаком поражения желчного пузыря и билиарного тракта является ограниченная желтушность, расположенная по наружному краю мягкого неба, и налет желтоватого цвета на спинке языка, которые часто сопровождаются появлением характерного горьковатого привкуса или чувства горечи во рту [31].

При остром вирусном гепатите слизистая оболочка полости рта всегда вовлекается в патологический процесс. В продромальном периоде отмечается сухость слизистой оболочки, нередко ее отечность, появляются очаги разлитой гиперемии в области вестибулярной поверхности губ. Внутренняя поверхность губ имеет розовато-кирпичный оттенок в начале заболевания, которая сменяется бледностью в фазе его разрешения. На высоте заболевания возможно снижение вкусовой чувствительности на сладкое и горькое, по мере улучшения общего состояния вкусовая чувствительность восстанавливается. В периоде нарастания желтухи отмечается интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки, наиболее интенсивно – в области твердого и мягкого неба. Геморрагический синдром со стороны слизистой оболочки полости рта при патологии печени – телеангиэктазии и геморрагии. Телеангиэктазии слизистой оболочки полости рта наиболее четко выражены в области мягкого неба, языка и вестибулярной поверхности губ (рис. 6).

В период разгара болезни на слизистой оболочке полости рта появляются участки десквамации эпителия дорсальной поверхности языка, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков. Эти изменения могут захватывать всю поверхность языка, но их рельефность менее выражена на фоне общей атрофии эпителия языка. Важный признак острого вирусного гепатита – желтушное прокрашивание выводных протоков парных слюнных желез: околоушной, подчелюстной и подъязычной. Отмечается гиперплазия окружающего выводные протоки эпителия, нередко его мацерация. Малые слюнные железы слизистой оболочки полости рта также могут включаться в патологический процесс. Отмечается гиперплазия выводных протоков малых слюнных желез, нередко зияние их концевых отделов. В продромальном периоде, а также в разгаре заболевания на слизистой оболочке полости рта могут наблюдаться множественные мелкие, чаще склонные к группировке, эрозии. Фибриновый налет на их поверхности интенсивно окрашивается в желтый цвет. У больных с жировыми включениями в слизистой оболочке полости рта (гранулы Форда), располагающимися преимущественно в области щек, ретромолярных пространствах, а также вестибулярной поверхности губ, скопления их резко контурируются, они также прокрашиваются в желтый цвет [1, 23, 24].

Слизистая оболочка десневого края ярко гиперемирована, отечна, клиническая картина изменения соот-

Рис. 6. Телеангиэктазии. <http://dermline.ru/htm/21a/212007.htm>
Fig. 6. Telangiectasias. <http://dermline.ru/htm/21a/212007.htm>



ветствует катаральному гингивиту. Возможна повышенная кровоточивость десен. В случае тяжелого осложнения – дистрофического изменения печеночной паренхимы, изменения слизистой оболочки полости рта из катаральных могут переходить в язвенно-некротические. Ликвидация патологических высыпаний на слизистой оболочке полости рта наступает по мере обратного развития острого вирусного гепатита.

При хронических диффузных заболеваниях печени, прежде всего при хроническом гепатите, наиболее частым поражением слизистой оболочки полости рта является катаральный стоматит. Типичны изменения со стороны языка – катаральный глоссит, отечность, цианотичная окраска боковой и нижней поверхности языка, атрофия нитевидных сосочков языка. Патологические проявления на языке могут быть в виде изменений окраски слизистой оболочки, участков десквамации и разрастания отдельных участков эпителия языка, появления борозд на спинке языка [1, 2, 23].

Характерным признаком хронических болезней печени является извращение вкусовых ощущений, ощущение горечи в полости рта, особенно по утрам. Отмечается иктеричный оттенок (диффузное окрашивание в желтый цвет) в области слизистой оболочки мягкого неба. Возможны гиперемия, отечность и набухание мягкого неба. Субъективным симптомом заболевания является парестезия слизистой оболочки полости рта. Часто больные предъявляют жалобы на жжение и покалывание не только в области языка, но также и в области губ. Чувство жжения и болезненности слизистой оболочки нередко сочетается с ощущением зуда, особенно выраженного в области неба. Стараясь устранить это ощущение, больные иногда прибегают к помощи инородных предметов. В периоды обострения хронического гепатита указанные симптомы более выражены [31].

Повышенная кровоточивость десен и различные формы гингивита также относятся к частым симптомам при хронических диффузных заболеваниях

Рис. 7. Кандидоз полости рта.
<http://dermline.ru/htm/10/104103.htm>

Fig. 7. Oral candidiasis. <http://dermline.ru/htm/10/104103.htm>



печени. Слизистая оболочка десен часто цианотична. При хронических заболеваниях печени описаны «лаковые» губы.

Слизистая оболочка полости рта при компенсированном циррозе печени напоминает описанную выше при хронических гепатитах. Отмечаются иктеричность слизистой оболочки мягкого неба, горький привкус, выражен сосудистый рисунок в области мягкого неба. Пациенты предъявляют жалобы на жжение в области твердого и мягкого неба, вестибулярной поверхности губ и различных отделов языка. При декомпенсированном циррозе печени соответственно общей симптоматике отмечается изменение окраски слизистой оболочки, она становится бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, расширены вены языка. Отмечается очаговое или диффузное помутнение эпителия, местами его мацерация вплоть до образования микроэрозий.

Присоединение портальной гипертензии может сопровождаться появлением голубовато-розовой окраски языка. Возможно появление «печеночного запаха» изо рта, снижение чувствительности вкусового анализатора. При заболеваниях печени возможно и развитие синдрома Шегрена или «сухого синдрома».

При остром описторхозе пациенты могут предъявлять жалобы на жжение и болезненность в языке, чувство горечи во рту. Поверхность языка ярко-красного цвета, блестящая, сосочки атрофированы. Достаточно часто выявляются признаки гипертрофического и катарального гингивита. При хроническом описторхозе характерна ограниченная желтушность, расположенная по наружному краю мягкого неба, и налет желтоватого или коричневого цвета на спинке языка, обусловленный, вероятнее всего, нарушениями моторики верхних отделов пищеварительного тракта – гастроэзофагельным и дуоденогастральным рефлюксами [1, 2, 24].

Болезни поджелудочной железы. У пациентов с патологией поджелудочной железы часто выявляются различные иммунные нарушения. Тесную связь поджелудочной железы и слюнных желез демонстрирует на-

Рис. 8. Красный плоский лишай слизистой рта.
<http://dermline.ru/htm/52/52509.htm>

Fig. 8. Oral lichen planus. <http://dermline.ru/htm/52/52509.htm>



личие антител к тканевому антигену слюнных желез у 1/3 больных хроническим панкреатитом с наличием антител к тканевому антигену поджелудочной железы. При остром панкреатите и обострении хронического панкреатита слизистая оболочка полости рта гиперемирована, четко обозначен сосудистый рисунок, возможна преджелтушная окраска дистальных отделов. Язык может быть обложен желто-белым налетом, нитевидные и грибовидные сосочки увеличены, нередко отмечается очаговая десквамация эпителия дорсальной поверхности языка, гиперплазия грибовидных сосочков. У пациентов могут быть ксеростомия и нарушение вкусовой чувствительности. Возможно развитие катарального стоматита, на фоне которого появляются афтозные высыпания.

При хроническом панкреатите изменения слизистой оболочки полости рта могут быть следствием вторичного гиповитаминоза и вовлечения в патологический процесс других органов пищеварительной системы. Поэтому клинические симптомы, проявляющиеся на слизистой оболочке, характеризуются атрофическими изменениями дорсальной поверхности языка вплоть до глоссита, характерного для В-витаминной недостаточности. Нередко развивается кандидоз слизистой оболочки полости рта (рис. 7). Отмечается истончение красной каймы губ, появление хронических трещин в углах рта.

У пациентов с патологией поджелудочной железы часто диагностируется плоский лишай (рис. 8). Клиническая картина зависит от формы заболевания (типичная, экссудативная, эрозивная, буллезная и гиперкератотическая). Общим элементом является ороговевшая папула величиной 1–3 мм розового цвета с четкими границами. Папулы имеют выраженную склонность к слиянию с формированием сетчатого рисунка [31].

Болезни кишечника. При острой кишечной инфекции (например, острой дизентерии) слизистая оболочка полости рта имеет интенсивно красный цвет, наиболее выраженный в области языка и неба,

Рис. 9. Генерализованный гингивит. Локальный пародонтит у пациента на фоне постоянного приема нифедипина [8].

Fig. 9. Generalized gingivitis. Localized periodontitis associated with chronic use of nifedipine [8].



который при хроническом течении дизентерии сменяется на цианотичный. В дебюте болезни слизистая оболочка полости рта отечна, повышена саливация. Четкие отпечатки зубов видны на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, боковых поверхностях языка. На 2–3-й день заболевания в зависимости от тяжести патологического процесса в кишечнике и выраженности диспепсических явлений возможно появление сухости слизистой оболочки полости рта. Дорсальная поверхность языка может покрываться плотным серовато-желтым налетом. При выраженной интоксикации, количественном и качественном изменении кишечной микрофлоры наблюдаются гиперплазия нитевидных сосочков и их прокрашивание в коричневый и даже черный цвет. Изменение цвета нитевидных сосочков наиболее выражено у их основания, в верхней части сосочки окрашены менее интенсивно. Одним из осложнений заболевания является развитие кандидоза слизистой оболочки полости рта. Кроме этого, в полости рта могут выявляться катаральный и афтозный стоматит, эрозии и неспецифические язвы слизистой оболочки полости рта, десквамативный глоссит [32].

Наиболее распространенной патологией слизистой оболочки полости рта при заболеваниях кишечника является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Нередки случаи появления афт в полости рта задолго до возникновения симптомов со стороны ЖКТ.

У больных с синдромом избыточного бактериального роста в кишечнике часто обнаруживаются глоссит, афтозный стоматит и заеды, протекающие на фоне дефицита витаминов РР и В12. Изменения языка характеризуются яркой гиперемией с последующим цианозом, отеком. Возможен складчатый язык, часто встречается десквамация и сглаженность рельефа языка.

Для синдрома избыточного бактериального роста в толстом кишечнике характерным является обложенность языка, а при избыточном бактериальном росте в тонком кишечнике – десквамация и атрофические изменения его эпителия.

При болезни Крона гистологические изменения в макроскопически интактной слизистой оболочке полости рта выявляются у 70% пациентов. Видимые пора-

жения обнаруживаются в 20% случаев независимо от пола и возраста. У отдельных пациентов имеются болезни пародонта. Выделяют следующие виды оральных поражений при болезни Крона: афты, афтозный стоматит; участки воспалительной гиперплазии, трещины или грануляции типа «бульжной мостовой»; индуративные полиповидные образования на ретромолярной или вестибулярной слизистой оболочке; персистирующие темные линейные язвы с гиперплазированными краями; индуративные трещины в средней части верхней губы; диффузные опухоли губ и щек; макрохейлия (увеличение губ).

Указанные поражения полости рта характерны для локализации процесса в толстой кишке, особенно с вовлечением кожи и суставов. Изменения слизистой оболочки полости рта могут предшествовать кишечным расстройствам и протекать бессимптомно.

Воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта могут служить первыми клиническими проявлениями болезни Крона или же наблюдаться одновременно с поражением подвздошной и толстой кишок. Чаще всего обнаруживаются афтозный стоматит, макрохейлия (увеличение губ) или изменения рельефа слизистой оболочки в виде бульжной мостовой [23, 24, 32].

Изменения в полости рта при язвенном колите встречаются в 5–20% случаев. Чаще всего это рецидивирующие афты, численность которых коррелирует со степенью активности основного заболевания. Почти у 30% больных отмечаются незначительные гистологические изменения на фоне макроскопически нормальной слизистой оболочки полости рта. Практически специфичной для язвенного колита считается пиостомы с вегетациями (*Pyostomatis vegetans*). При этом на слизистой оболочке щек, губ, неба возникают припухлости, переходящие в темные щелевидные язвы и папиллярные разрастания. Возможно развитие гингивита с подчелюстной лимфаденопатией.

Развитие глоссита при язвенном колите может быть связано с дефицитом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, вторичным кандидозом, последствиями стероидной или антибиотикотерапии [1, 32].

Влияние лекарственной терапии соматических заболеваний. Определенное влияние на состояние органов и тканей полости рта могут оказывать лекарственные препараты, применяемые для лечения ССЗ и болезней органов пищеварения.

В первую очередь это относится к антигипертензивным препаратам. Так, наиболее серьезным осложнением применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента является возможность развития ангионевротического отека лица, губ, языка. Среди других побочных эффектов у препаратов этой группы отмечаются сухость во рту, нарушение вкусовой чувствительности (периндоприл, мозексиприл, фозиноприл, рамиприл, спираприл, трандолаприл, беназеприл, лизиноприл), стоматит (каптоприл, эналаприл, рамиприл, зофеноприл, спираприл), глоссит (эналаприл, мозексиприл, зофеноприл), гиперплазия десен

(каптоприл), повышенная чувствительность или воспаление слизистой оболочки щек (рамиприл) [6, 33].

Сухость во рту и нарушения вкусовых ощущений относятся к нежелательным явлениям, не относящимся к серьезным. Однако при необходимости длительного приема препарата (например, антигипертензивного) и выраженности этих симптомов может потребоваться смена лекарственного препарата.

Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан, телмисартан, эпросартан, валсартан, кандесартан) и монооксидин также могут вызывать развитие ангионевротического отека лица, губ, языка. Прием диуретиков часто сопровождается сухостью во рту, а прием гидрохлоротиазида может усугубиться еще и развитием сиалоденита.

Прием β -адреноблокаторов может сопровождаться сухостью во рту и изменениями вкуса.

Наиболее значимым побочным эффектом селективных блокаторов кальциевых каналов (нифедипин, амлодипин, лацидипин, нимодипин, верапамил, дилтиазем) являются гиперплазия десен (кровоточивость, болезненность, отечность) и гипертрофический гингивит (рис. 9). Также возможны сухость во рту, извращение вкуса и нарушение вкусовых ощущений (амлодипин, дилтиазем), стоматит (амлодипин) [1, 6].

Клинический пример 6. Пациенту Д., 55 лет, с гипертонической болезнью терапевтом назначен комбинированный антигипертензивный препарат амлодипин+периндоприл. Спустя месяц приема препарата пациент обратился к стоматологу с жалобами на болезненность и отечность десен, нарушение вкусовых ощущений. Поскольку раньше в анамнезе у пациента аналогичных проблем не было, стоматолог порекомендовал обратиться к терапевту и сообщить ему о перечисленных выше жалобах, возникших после начала приема селективного блокатора кальциевых каналов амлодипина, входящего в состав комбинированного препарата для лечения артериальной гипертензии. Терапевтом проведена коррекция антигипертензивной терапии, вместо комбинированного препарата назначены 2 препарата периндоприл и тиазидоподобный диуретик индапамид, который наряду со свойствами классического тиазидного диуретика обладает и свойствами антагониста кальция. Спустя месяц приема подкорректированной антигипертензивной терапии пациент отметил исчезновение отечности и болезненности десен, восстановление вкусовой чувствительности, при достижении целевого уровня АД, не превышающего 140/90 мм рт. ст.

К побочным эффектам селективных агонистов имидазолиновых рецепторов (монооксидин и рилмеридин) относятся сухость во рту и кожная сыпь. Появление выраженной сухости во рту характерно для клонидина (клофелина).

Применение допегита (метилдопа) может сопровождаться воспалением слюнных желез, сухостью во рту, изъязвлением или почернением языка, развитием ал-

лергических реакций, вплоть до развития синдрома Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).

Коррекция дислипидемии также может сопровождаться развитием побочных эффектов со стороны органов и тканей полости рта. Чаще всего эти изменения могут наблюдаться при назначении аторвастатина, к ним относятся сухость во рту, потеря вкусовых ощущений, глоссит, хейлит, кровоточивость десен, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта. При использовании других препаратов этой группы возможно появление сухости во рту (ловастатин), нарушение вкусовых ощущений (симвастатин), развитие аллергических реакций (розувастатин) – ангионевротического отека и крапивницы.

Применение нитратов сублингвально или в виде дозированного спрея может сопровождаться сухостью во рту и ощущением жжения языка. Применение нитратов внутрь также сопровождается сухостью во рту, возможна гиперемия лица и развитие кожных аллергических реакций.

Повышенная кровоточивость десен, удлинение времени кровотечения и кровотечения после хирургического вмешательства отмечаются при использовании ацетилсалициловой кислоты, клопидогреля, тиклопидина, варфарина, нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (надропарин кальция, далтепарин натрия, эноксапарин натрия, бемипарин натрия, репиварин натрия), фондапаринукса натрия, ривароксабана, дабигатрана этексилата, абциксимаба и эптифибатида. Тромболитическая терапия (стрептокиназа, алтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа) также может быть причиной развития десневых кровотечений [1, 6].

Применение амиодарона может сопровождаться нарушением вкуса и металлическим привкусом во рту, при длительном приеме отмечается сероватая или голубоватая пигментация кожи, возможно развитие экфолиативного дерматита, фотодерматита, сенсорных периферических нейропатий и аллергических реакций.

Прием гастроэнтерологическими пациентами антисекреторных препаратов может сопровождаться появлением сухости во рту, изменением вкусовых ощущений (ингибиторы протонной помпы, блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов, антациды и алгинаты). Регулятор моторной функции ЖКТ итотрида гидрохлорид может вызывать повышенное слюноотделение. Среди возможных побочных эффектов омепразола и эзомепразола указывается стоматит [1, 23, 24].

При приеме антибиотиков возможно развитие кандидоза слизистой оболочки полости рта, обусловленное биологическим действием препаратов. Использование в схеме эрадикации хеликобактерной инфекции 1-й линии кларитромицина предполагает возможность развития нарушения вкуса (искажение и изменения восприятия вкуса), глоссита, стоматита, изменения цвета языка и цвета зубов (в большинстве случаев обратимое). Обесцвечивание зубов обычно восстанавливается профессиональной чисткой у стоматолога.

Назначение пациенту схемы эрадикации *H. pylori* 2-й линии предполагает появление возможных побочных эффектов метронидазола и тетрациклина со стороны органов и тканей полости рта. Так, прием метронидазола может сопровождаться изменением вкусовых ощущений, металлическим привкусом во рту, сухостью во рту, возможно развитие глоссита и стоматита. Применение тетрациклина, кроме общеизвестного необратимого изменения цвета зубов у детей в период их развития, предполагает возможность появления сухости во рту, глоссита, изменения цвета языка. При использовании антибиотиков резерва – рифабутина и рифампицина возможно красно-коричневое окрашивание языка, слюны и других биологических жидкостей организма [1, 34].

Прием целого ряда препаратов для лечения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей также может сопровождаться побочными эффектами со стороны органов и тканей полости рта – сухостью во рту (метацин, платифиллин, атропин, пирензепин, гиосцина бутилбромид, бенциклана фумарат), изменением вкусовых ощущений. Развитие аллергических реакций возможно при приеме спазмолитиков – пинаверия бромида, бенциклана фумарата, мебеверина (крапивница, отек Квинке), гиосцина бутилбромида (кожная сыпь).

Развитие аллергических реакций, в том числе с клиническими проявлениями со стороны слизистой оболочки полости рта, может отмечаться при использовании ингибиторов протеаз (ингитрил, контрикал, гордокс) и приеме ферментных препаратов (препараты панкреатина) у пациентов с патологией поджелудочной железы.

Лечение хронических заболеваний печени противовирусными препаратами (интерфероны, аналоги нуклеозидов) может сопровождаться извращением вкуса, сухостью во рту, кровоточивостью десен, глосситом, катаральным и язвенным стоматитом, кандидозом поло-

сти рта. При длительном приеме пациентами глюкокортикостероидных гормонов стоматологу следует учитывать их иммунодепрессивное действие, проявляющееся замедлением процессов регенерации, снижением устойчивости к инфекциям. Применение других препаратов с иммунодепрессивным действием (метотрексат, азатиоприн и др.) дополнительно может сопровождаться развитием язвенного стоматита, гингивита, повышенной кровоточивости (вследствие развития тромбоцитопении).

У пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника также следует помнить о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов, применяемых для лечения этих заболеваний. Для аминосалицилатов, глюкокортикостероидных гормонов, иммуносупрессоров и инфликсимаба характерны повышенная кровоточивость (вследствие тромбоцитопении) и угнетение иммунитета, проявляющееся замедлением заживления ран, снижением устойчивости к инфекциям. При приеме аминосалицилатов отмечаются сухость во рту и стоматит. Терапия иммуносупрессорами (метотрексат, азатиоприн и др.) может сопровождаться развитием язвенного стоматита и гингивита. Использование инфликсимаба может быть причиной хейлита, отека лица и губ аллергического генеза, герпетических высыпаний, лимфоаденопатии, васкулита (преимущественно кожного), кандидоза полости рта.

Знание интернистами и стоматологами изменений со стороны органов и тканей полости рта при соматических заболеваниях, а также возможного влияния лекарственной терапии этих заболеваний на состояние полости рта позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и улучшить качество жизни пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Трухан Д.И., Викторова И.А., Трухан Л.Ю. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов. М.: Практическая медицина, 2012. [Trukhan D.I., Viktorova I.A., Trukhan L.Iu. *Izmenenie organov i tkanei polosti rta pri zabolevaniiah vnutrennikh organov*. Moscow: *Prakticheskaiia meditsina*, 2012 (in Russian).]
2. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И., Викторова И.А. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов. Справочник поликлинического врача. 2011; 7: 8–14. [Trukhan L.Iu., Trukhan D.I., Viktorova I.A. *Izmenenie organov i tkanei polosti rta pri zabolevaniiah vnutrennikh organov*. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2011; 7: 8–14 (in Russian).]
3. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И., Викторова И.А. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях органов дыхания (продолжение). Справочник поликлинического врача. 2011; 8: 9–14. [Trukhan L.Iu., Trukhan D.I., Viktorova I.A. *Izmenenie organov i tkanei polosti rta pri zabolevaniiah organov dykhaniiia (prodolzhenie)*. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2011; 8: 9–14 (in Russian).]
4. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Клиника, диагностика и лечение основных эндокринных и гематологических заболеваний. Учебное пособие. Новокузнецк: Полиграфист, 2015. [Trukhan D.I., Filimonov S.N. *Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh endokrinnykh i gematologicheskikh zabolevaniia*. *Uchebnoe posobie*. Novokuznetsk: Poligrafist, 2015 (in Russian).]
5. Трухан Д.И., Викторова И.А. Нефрология. Эндокринология. Гематология. СПб.: СпецЛит, 2017. [Trukhan D.I., Viktorova I.A. *Nefrologiia. Endokrinologiiia. Gematologiiia*. Saint Petersburg: SpetsLit, 2017 (in Russian).]
6. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Трухан Л.Ю. Изменения органов и тканей полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и соединительной ткани, и их лекарственной терапии. *Consilium Medicum*. 2014; 1: 79–82. [Trukhan D.I., Tarasova L.V., Trukhan L.Iu. *Izmeneniia organov i tkanei polosti rta pri zabolevaniiah serdechno-sosudistoi sistemy i soedinitel'noi tkani, i ikh lekarstvennoi terapii*. *Consilium Medicum*. 2014; 1: 79–82 (in Russian).]
7. Трухан Д.И., Трухан Л.Ю. Изменения органов и тканей полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и соединительной ткани. *Кардиогазета*. 2014; 2 (1): 11–2. [Trukhan D.I., Trukhan L.Iu. *Izmeneniia organov i tkanei polosti rta pri zabolevaniiah serdechno-sosudistoi sistemy i soedinitel'noi tkani*. *Kardiogazeta*. 2014; 2 (1): 11–2 (in Russian).]

8. Сулимов А.Ф., Трухан Л.Ю., Тимашов В.Н. Изменения органов и тканей полости рта при артериальной гипертензии и других заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Справочник поликлинического врача. 2020; 1: 40–3.
[Sulimov A.F., Trukhan L.Iu., Timashov V.N. Izmeneniia organov i tkanei polosti rta pri arterial'noi gipertenzii i drugikh zabolovaniiax serdechno-sosudistoi sistemy. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2020; 1: 40–3 (in Russian).]
9. Трухан Д.И., Трухан Л.Ю. Пародонтит и сердечно-сосудистые заболевания: параллельно или в одной связке? Consilium Medicum. 2015; 5: 73–9.
[Trukhan D.I., Trukhan L.Iu. Parodontit i serdechno-sosudistye zabolovaniia: parallel'no ili v odnoi svyazke? Consilium Medicum. 2015; 5: 73–9 (in Russian).]
10. Трухан Д.И., Трухан Л.Ю. Некоторые аспекты коморбидности пародонтита и сердечно-сосудистых заболеваний. Медицинский совет. 2015; 17: 12–6.
[Trukhan D.I., Trukhan L.Iu. Nekotorye aspekty komorbidnosti parodontita i serdechno-sosudistykh zabolovaniy. Meditsinskii sovet. 2015; 17: 12–6 (in Russian).]
11. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И. Пародонтит и сердечно-сосудистые заболевания: фактор риска или осложнение? Dental Tribune Russia. 2015; 3: 8.
[Trukhan L.Iu., Trukhan D.I. Parodontit i serdechno-sosudistye zabolovaniia: faktor riska ili oslozhenie? Dental Tribune Russia. 2015; 3: 8 (in Russian).]
12. Трухан Д.И., Трухан Л.Ю. Взаимоотношения болезней пародонта и сердечно-сосудистых заболеваний. Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2016; 4 (11): 15–24.
[Trukhan D.I., Trukhan L.Iu. Vzaimootnosheniia boleznei parodonta i serdechno-sosudistykh zabolovaniy. Mezhdunarodnyi zhurnal serdtsa i sosudistykh zabolovaniy. 2016; 4 (11): 15–24 (in Russian).]
13. Trukhan D.I., Trukhan L.Yu. Relationship between periodontal and cardiovascular diseases. Int Heart Vasc Disease J Cardioprogress Foundation 2016; 4 (11): 12–9.
14. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Коморбидность в клинике внутренних болезней: изменения органа зрения, кожи и слизистых оболочек при соматических заболеваниях. Учебное пособие. Новокузнецк: Полиграфист, 2018.
[Trukhan D.I., Filimonov S.N. Komorbidnost' v klinike vnutrennikh boleznei: izmeneniia organa zreniia, kozhi i slizistykh obolochek pri somaticheskikh zabolovaniiax. Uchebnoe posobie. Novokuznetsk: Poligrafist, 2018 (in Russian).]
15. Tsioufis C, Kasiakogias A, Thomopoulos C, Stefanadis C. Periodontitis and blood pressure: the concept of dental hypertension. Atherosclerosis 2011; 219 (1): 1–9.
16. Leong XF, Ng CY, Badiah B, Das S. Association between hypertension and periodontitis: possible mechanisms. Scientific World J 2014; 2014: 768237.
17. Choi HM, Han K, Park YG, Park JB. Associations Among Oral Hygiene Behavior and Hypertension Prevalence and Control: The 2008–2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol 2015; 5: 1–19.
18. Desvarieux M, Demmer RT, Jacobs DR et al. Changes in Clinical and Microbiological Periodontal Profiles Relate to Progression of Carotid Intima-Media Thickness: The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study. J Am Heart Assoc 2013; 2 (6): e000254.
19. Kimura K, Takase B. Significant association between periodontitis and cardiovascular risk. Circ J 2014; 78 (4): 837–8.
20. Reichert S, Schlitt A, Beschow V et al. Use of floss/interdental brushes is associated with lower risk for new cardiovascular events among patients with coronary heart disease. J Periodontol Res 2015; 50 (2): 180–8.
21. Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD et al. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology editors' consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. J Periodontol 2009; 80: 1021–32.
22. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит, 2016.
[Trukhan D.I., Filimonov S.N. Bolezni serdechno-sosudistoi sistemy: klinika, diagnostika i lechenie. Saint Petersburg: SpetsLit, 2016 (in Russian).]
23. Трухан Д.И., Голошубина В.В., Трухан Л.Ю. Изменения со стороны органов и тканей полости рта при гастроэнтерологических заболеваниях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015; 3: 88–91.
[Trukhan D.I., Goloshubina V.V., Trukhan L.Iu. Izmeneniia so storony organov i tkanei polosti rta pri gastroenterologicheskikh zabolovaniiax. Eksperimental'naiia i klinicheskaia gastroenterologiya. 2015; 3: 88–91 (in Russian).]
24. Трухан Д.И. Изменения кожи и слизистой оболочки рта при гастроэнтерологических заболеваниях. Справочник поликлинического врача. 2016; 5: 23–7.
[Trukhan D.I. Izmeneniia kozhi i slizistoi obolochki rta pri gastroenterologicheskikh zabolovaniiax. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2016; 5: 23–7 (in Russian).]
25. Трухан Л.Ю., Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Изменения со стороны органов и тканей полости рта при болезнях органов пищеварения. Dental Tribune. 2013; 5: 7.
[Trukhan L.Iu., Tarasova L.V., Trukhan D.I. Izmeneniia so storony organov i tkanei polosti rta pri bolezniakh organov pishchevarenii. Dental Tribune. 2013; 5: 7 (in Russian).]
26. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов. Dental Tribune Russia. 2015; 2: 12.
[Trukhan L.Iu., Trukhan D.I. Stomatologicheskie problemy gastroenterologicheskikh patsientov. Dental Tribune Russia. 2015; 2: 12 (in Russian).]
27. Dye BA, Kruszon-Moran D, McQuillan G. The relationship between periodontal disease attributes and Helicobacter pylori infection among adults in the United States. Am J Public Health 2002; 92: 1809–15. DOI: 10.2105/ajph.92.11.1809
28. Арутюнов С.Д. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее. Пародонтология. 2009; 1: 3–6.
[Арутюнов С.Д. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее. Пародонтология. 2009; 1: 3–6 (in Russian).]
29. Butt AK, Khan AA, Khan AA et al. Correlation of Helicobacter pylori in dental plaque and gastric mucosa of dyspeptic patients. J Pak Med Assoc 2002; 52: 196–200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12174490/>
30. Mattana CM, Vega AE, Flores G et al. Isolation of Helicobacter pylori from dental plaque. Rev Argent Microbiol 1998; 30: 93–5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9744036/>
31. Трухан Д.И., Сулимов А.Ф., Лебедев О.И., Трухан Л.Ю. Изменения кожи, слизистой полости рта и органа зрения при заболеваниях гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Справочник поликлинического врача. 2018; 2: 17–23.
[Trukhan D.I., Sulimov A.F., Lebedev O.I., Trukhan L.Iu. Izmeneniia kozhi, slizistoi polosti rta i organa zreniia pri zabolovaniiax hepatobiliarnoi sistemy i podzheludochnoi zhelezy. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2018; 2: 17–23 (in Russian).]
32. Трухан Д.И., Лебедев О.И., Сулимов А.Ф., Трухан Л.Ю. Изменение органа зрения, кожи и слизистых оболочек при заболеваниях кишечника. Терапия. 2018; 2 (20): 34–40.
[Trukhan D.I., Lebedev O.I., Sulimov A.F., Trukhan L.Iu. Izmenenie organa zreniia, kozhi i slizistykh obolochek pri zabolovaniiax kishchechnika. Terapiia. 2018; 2 (20): 34–40 (in Russian).]
33. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Оптимизация лекарственной терапии ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии: выбор ингибитора ангиотензин превращающего фермента. Системные гипертензии. 2014; 1: 73–7. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21437279>
[Trukhan D.I., Tarasova L.V. Optimizatsiia lekarstvennoi terapii ishemi Cheskoj bolezni serdtsa i arterial'noi gipertenzii: vybor inhibitora angiotenzin prevrashchaiushchego fermenta. Sistemnyye gipertenzii. 2014; 1: 73–7. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21437279> (in Russian).]
34. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И. Возможности комплексных биорегуляционных препаратов в стоматологической практике у коморбидных пациентов и при наличии побочных эффектов лекарственных препаратов. Dental Tribune Russia. 2016; 5–6: 19–20.
[Trukhan L.Iu., Trukhan D.I. Vozmozhnosti kompleksnykh bioregulyatsionnykh preparatov v stomatologicheskoi praktike u komorbidnykh patsientov i pri nalichii pobochnykh effektov lekarstvennykh preparatov. Dental Tribune Russia. 2016; 5–6: 19–20 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Трухан Дмитрий Иванович – д-р мед. наук, доцент, проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Омский ГМУ». E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru. ORCID: 0000-0002-1597-1876

Dmitry I. Trukhan – D. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Prof., Omsk State Medical University. E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru. ORCID: 0000-0002-1597-1876

Трухан Лариса Юрьевна – канд. мед. наук, врач-стоматолог. E-mail: larissa_trukhan@mail.ru; ORCID 0000-0002-4721-6605

Larisa Yu. Trukhan – Cand. Sci. (Med.), Dentist. E-mail: larissa_trukhan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4721-6605

Иванова Дарья Сергеевна – канд. мед. наук, доцент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Омский ГМУ». E-mail: darja.ordinator@mail.ru; ORCID 0000-0002-4145-7969

Darja S. Ivanova – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Omsk State Medical University. E-mail: darja.ordinator@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4145-7969

Статья поступила в редакцию / The article received: 24.03.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 29.04.2021