

СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

*Т.О. Петрушанко,
Н.Ю. Ємельянова*

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава

Інститут терапії ім. Л.Т. Малої АМНУ, м. Харків

Резюме. Представлено аналіз змін органів і тканин порожнини рота у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. Виявлені висока поширеність пошкодження зубів карієсом і некаріозними ураженнями, запальні та запально-дистрофічні зміни тканин пародонту, суб'єктивні та об'єктивні зміни язика, губ.

Ключові слова: стоматологічна захворюваність, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Т.А. Петрушанко, Н.Ю. Емельянова

Резюме

Представленный анализ изменений органов и тканей полости рта у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Выявлены высокая распространенность повреждения зубов кариесом и некарриозными поражениями, воспалительные и воспалительно-дистрофические изменения тканей пародонта, субъективные и объективные изменения языка, губ.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

THE STOMATOLOGY MORBIDITY PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

T. Petrushanko, N. Emelianova

Summary

The presented analysis of the changes of organs and tissues in oral cavity beside patients with gastro esophageal reflux disease. Has been revealed high prevalence teeth's damages by caries and uncaries defeats, inflammatory and inflammatory-dystrophic changes of parodontal tissues, subjective and objective changes the tongue, lips.

Key words: stomatological morbidity, gastro esophageal reflux disease.

Усе більше уваги дослідників і лікарів привертає проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у зв'язку з високою поширеністю та різноманіттям її клінічних проявів. Так, симптоми ГЕРХ діагностуються у 20–40 % дорослого контингенту населення у віці від 25 до 50-ти років з однаковою частотою в чоловіків і жінок [1]. ГЕРХ – хронічне захворювання, що виникає внаслідок регулярно повторюваного патологічного впливу шлункового вмісту на слизову оболонку стравоходу як наслідок гастроєзофагеального рефлюкса. Основною причиною його розвитку є порушення функціонування нижнього стравохідного сфінктера (НСС), а саме його недостатність, яка обумовлена цілим рядом факторів: зниженням функції фізіологічного антирефлюксного бар'єра (через первинне зменшення тиску в НСС, збільшенням кількості епізодів його спонтанного розслаблення або деструктуризації – грижі стравохідного отвору діафрагми); ослабленням фізіологічного кліренсу стравоходу (через зменшення нейтралізуючої дії слини, бікарбонатів стравохідного слизу та пригнічення вторинної перистальтики); пошкоджуючими властивостями рефлюксату; нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти ушкодженню; порушенням спорожнення шлунка; підвищенням внутрішньочеревного тиску [2]. Бабак О.Я., Фадеєнко Г.Д. серед основних факторів ризику розвитку ГЕРХ виділяють стрес, тривалі нахили тулуба, ожиріння, куріння, діафрагмальні грижі, уживання антагоністів кальцію та інших медикаментів [1].

Основним клінічним симптомом ГЕРХ є печія, яка сприймається як відчуття печіння за грудиною, що розповсюджується згори від мечоподібного відростка, підсилюється при нахилах, у положенні тулуба лежачи, фізичних напруженнях, може бути викликане вживанням певних продуктів. Так само частою ознакою ГЕРХ є відрижка, обумовлена ретроградним надходженням шлункового вмісту через нижній стравохідний сфінктер у стравохід, а потім і до порожнини рота.

У ряді випадків ГЕРХ може мати атиповий перебіг і маскуватись під інші системні захворювання. При цьому виявляються симптоми, що відповідають хворобам органів, прилеглих до стравоходу: болоче ковтання (хронічний ларингіт), відчуття стороннього предмета в ковтку, осиплість голосу, виразки та гранулеми голосових зв'язок (стеноз гортані, бронхів), хронічний кашель (неалергічна астма), а також зміни в легенях (аспіраційні пневмонії, пневмофіброз, ателектази й абсцеси легенів), у серці (некоронарний біль за грудиною, транзиторні порушення серцевого ритму та провідності), органів і тканин порожнини рота [2–6].

Одним з атипових (позастрвохідних) синдромів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є стоматологічний. За даними різних авторів [2, 6], для стоматологічного синдрому при ГЕРХ, що виникає внаслідок запальних змін слизової оболонки порожнини рота під дією рефлюксату, характерні поява ерозій емалі зубів, запалення тканин пародонту, зміна грибоподібних сосочків язика. Але поширеність, характер і тяжкість уражень органів і тканин порожнини рота не вивчені. Остаточо не з'ясованими залишаються й механізми їх розвитку.

Метою даної роботи став аналіз особливостей стоматологічного статусу хворих на ГЕРХ.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було обстежено 105 пацієнтів у віці 25–50 років. З них у 65-ти хворих (30 чоловіків і 35 жінок) був установлений діагноз ГЕРХ. Групу контролю склали 40 практично соматично здорових осіб аналогічного віку.

Верифікація діагнозу ГЕРХ проводилась лікарем-гастроентерологом за загальноприйнятими критеріями: урахування клінічних симптомів (пекучі болі за грудиною, відрижка, нудота й т. д.), даних моніторингу рН стравоходу, фіброгастроуденоскопії стравоходу, шлунка.

При стоматологічному обстеженні враховували такі показники порожнини рота: стан гігієни порожнини рота (індекс Гріна-Вермільона), стан твердих тканин зубів (каріозні та некаріозні ураження), розраховували інтенсивність карієсу (індекс КПУ), характер змін тканин пародонту (наявність запального чи дистрофічного процесу, індекс кровоточивості за даними анамнезу й об'єктивно за Muhlemann, індекси РМА за Парма (%), КПП за Лесусом, проба Шиллера-Пісарєва якісна та її числове вираження за Свраковим, ступінь патологічної рухливості зубів), стан слизової оболонки губ і щік, піднебіння, язика. Ерозії емалі оцінювали за класифікацією Eccles і Jenkins (1974), зміни тканин пародонту за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994).

Отримані дані статистично оброблені за допомогою стандартних пакетів програм «Microsoft Excel», «Statistics» з обчисленням середньої величини M, серед-

ньої помилки середньої величини m, критерію вірогідності t, значення вірогідності p. Розходження між порівнюваними показниками вважались достовірними, якщо значення ймовірності було більшим або дорівнювало 95 % (p < 0,05).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При опитуванні виявлено, що соматичні скарги, які характеризують ГЕРХ, були у 43-х хворих, що склало 66,2±1,0 % обстежених. У 57-и осіб із ГЕРХ зареєстровані скарги на зміни в порожнині рота (87,7±1,15 %). Найчастіше такі пацієнти скаржились на печію язика, сухість слизової оболонки порожнини рота й неприємний запах із рота. За даними анамнезу, кровоточивість ясен першого ступеня відмічена у 24-х осіб із ГЕРХ (36,9±0,75 % від кількості осіб у групі), другого ступеня – у 21-го пацієнта (32,3±0,7 %) та навіть третього ступеня – у 4-х хворих (6,1±0,31 %), тоді як у контрольній групі перший ступінь кровоточивості ясен був тільки у 8-и осіб (20±0,71 % від кількості осіб у групі), а другий – у 2-х пацієнтів (5±0,35 %).

Таблиця 1

Зміни органів і тканин порожнини рота обстежених осіб основної та контрольної груп

Зміни органів і тканин порожнини рота	Хворі на ГЕРХ (65)		Група контролю (40)	
	Абс. кількість	% від загальної кількості	Абс. кількість	% від загальної кількості
Карієс	43	66,1±1,01*	17	42,5±1,03
Запломбовані зуби	52	80,0±1,10	33	82,5±1,43
Видалені зуби	51	78,5±1,09*	24	60,0±1,22
Ерозії твердих тканин	24	36,9±0,75**	3	7,5±0,43
Некроз твердих тканин зубів	15	23,1±0,59**	1	2,5±0,25
Хвороби тканин пародонту	54	83,1±1,25**	12	30,0±1,58
Катаральний гінгівіт	36	67,6±1,02**	9	22,5±0,75
Гіпертрофічний гінгівіт	6	9,2±0,38	2	5,0±0,35
Локалізований пародонтит	3	4,6±0,27*	1	2,5±0,25
Генералізований пародонтит	9	13,8±0,46**	0	0
Десквамативний глосит	17	26,0±0,63**	2	5,0±0,35
Парестезії язика	51	78,5±1,09**	7	17,5±0,61
Ексфоліативний хейліт	10	15,4±0,49**	1	2,5±0,25

Примітка: * p < 0,05 у порівнянні з групою контролю;
 ** p < 0,01 у порівнянні з групою контролю.

Партнер рубрики – компанія «Колгейт-Палмолив Україна»
 03150, г. Київ, ул. Димитрова, 16-г, 4 этаж; тел.: +38 (044) 247-69-39; факс: +38 (044) 247-69-38; e-mail: colgate_club@colpal.com



Індексна оцінка стану тканин пародонту обстежених осіб основної та контрольної груп

Індексний показник	Хворі на ГЕРХ (65)	Група контролю (40)
РМА за Парма, %	25,0±0,62**	0,7±0,13
КПІ за Леусом	1,4±0,15*	0,3±0,01
Число Свракова	2,4±0,19**	0,5±0,11

Примітка: * $p < 0,05$ у порівнянні з групою контролю;
** $p < 0,01$ у порівнянні з групою контролю.

При клінічному обстеженні хворих основної групи порушень функції скронево-нижньощелепного суглоба не відмічено. Під час огляду порожнини рота звертали на себе увагу недостатня зволоженість слизової оболонки, наявність густої в'язкої ротової рідини.

Оцінюючи стан гігієни порожнини рота обстежених, слід відмітити, що загалом вона задовільна, але у пацієнтів із ГЕРХ гігієнічний індекс за Грінном-Вермільоном у 2,3 разу більший (у контрольній групі – $0,7 \pm 0,13$ бала, в основній – $1,6 \pm 0,16$; $p < 0,05$).

Поширеність уражень твердих тканин зубів у осіб основної групи склала $88,0 \pm 1,16$ % при інтенсивності каріозного процесу $7,8 \pm 0,35$; групи контролю – $85,1 \pm 1,45$ % з індексом КПВ – $3,8 \pm 0,31$ ($p < 0,05$). Структура стоматологічної захворюваності представлена в таблиці 1.

Слід відмітити, що якщо за кількістю запломбованих зубів пацієнти обох груп не відрізняються, то поширеність нелікованого карієсу та видалених зубів у хворих на ГЕРХ вища у 1,5 та 2,1 разу відповідно. У той же час суттєві відмінності виявлені в обстежених групах стосовно некаріозних уражень зубів. Кількість ерозій емалі та дентину, некрозу твердих тканин зуба більша у 4,9 та 9,2 разу порівняно з відповідними показниками осіб без соматичної патології. Тяжкість некаріозних уражень зубів корелювала із тривалістю існування ГЕРХ. Дослідження деяких авторів [4, 7] припускають, що зміни в порожнині рота у хворих на ГЕРХ можуть бути обумовлені ступенем ацидифікації (на фоні постійного рефлюкса) ротової рідини зі зниженням рН слини нижче 6,8; при яких вона здобуває демінералізуючі властивості. Патологічна рухливість зубів першого ступеня діагностована нами в 7-и пацієнтів із ГЕРХ ($10,7 \pm 0,41$ % від кількості осіб у групі) та другого ступеня у 2-х пацієнтів ($3,07 \pm 0,22$ %), тоді як у контрольній групі тільки в одного обстеженого ($2,5 \pm 0,25$ %). Таке порушення статичності зубів було обумовлено наявністю в даних осіб патологічних змін у тканинах пародонту.

Участь дифузної нейроендокринної системи травного тракту пояснює Л.М. Цепов часте ураження тканин пародонту у хворих на ГЕРХ [8]. За нашими даними, зміни у тканинах пародонту при гастроєзофагальній рефлюксній хворобі в осіб 25–50-ти років реєструються у $83,1 \pm 1,25$ %, тоді як в осіб аналогічного віку без внутрішніх хвороб у $30,0 \pm 1,58$ % ($p < 0,001$). У структурі захворюваності наявні тільки запальні зміни

(гінгівіт різних клініко-морфологічних форм і пародонтит) (див. табл. 1). Характерною виявилась більша у три рази поширеність катарального, у 1,8 разу гіпертрофічного гінгівіту у хворих на ГЕРХ порівняно з аналогічними показниками осіб контрольної групи, в якій також і генералізований пародонтит узагалі не діагностувався. Зареєстрований у хворих на ГЕРХ генералізований пародонтит у 7-и ($77,7 \pm 1,09$ % від кількості осіб із пародонтитом) був першого ступеня тяжкості, у 2-х ($22,2 \pm 0,58$ %) – другого ступеня. Негативна проба Шиллера-Пісарєва у групі контролю відмічена в 70 % обстежених, а в основній групі – тільки у 23 %. Відмінності індексних показників стану тканин пародонту наведені в табл. 2.

Наявність у скаргах хворих на ГЕРХ печії язика, його пощипування, відчуття збільшення, набряку корелювала з виявленими об'єктивними змінами язика. Так, відбитки зубів на язиці зареєстровані в 47-и осіб основної групи ($72,3 \pm 1,18$ %), у 8-и осіб контрольної групи ($20,0 \pm 0,82$ %). Згладженість грибоподібних сопочків язика спостерігалась у 18,4 % хворих на ГЕРХ. Десквативний глосит виявляли у 5,2 разу, а парестезії язика в 4,5 разу частіше серед пацієнтів із ГЕРХ порівняно з обстеженими контрольної групи. Екسفоліативний хейліт також у 6,1 разу частіше зустрічався у хворих основної групи.

ВИСНОВКИ

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба супроводжується стоматологічними проявами. Більшість пацієнтів пред'являють скарги на зміни в порожнині рота. Характерними є висока поширеність пошкодження зубів карієсом і некаріозними ураженнями, запальні та запально-дистрофічні зміни тканин пародонту, суб'єктивні та об'єктивні зміни язика, губ.

Необхідність поглибленого вивчення ГЕРХ пов'язана з тим, що дуже часто її стоматологічні прояви можуть існувати у хворого без вираженої суб'єктивної симптоматики [6]. Можлива й відсутність скарг у пацієнтів із боку шлунково-кишкового тракту. Однак при стоматологічному обстеженні лікар-стоматолог може припустити наявність даного захворювання за клінічними проявами сукупності змін у порожнині рота й порекомендувати хворому консультацію в гастроентеролога.

Актуальність дослідження змін у порожнині рота при ГЕРХ визначається кількома обставинами. По-

перше, дані прояви недостатньо добре відомі практикуючим лікарям-стоматологам, які помилково можуть розцінювати некаріозні ураження зубів (ерозії емалі, некроз твердих тканин) як реакцію тканин зуба на дії екзогенних патогенних чинників (механічний вплив на емаль, часте вживання цитрусових, шкідливі умови виробництва та ін.). По-друге, під час реставрації зубів не враховується фізико-хімічний стан ротової рідини, і невідомо, який подальший перебіг некаріозних уражень зубів (ерозії, некрозу твердих тканин) у випадках

після їх пломбування. По-третє, тільки спільні дії гастроентеролога та стоматолога можуть призвести до якісного лікування та попередження виникнення стоматологічних проявів ГЕРХ.

Отримані дані свідчать про необхідність подальшого вивчення взаємозв'язку змін у порожнині рота у хворих із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою у відповідності до фізико-хімічних властивостей ротової рідини з метою розробки ефективної первинної та вторинної профілактики їх стоматологічної захворюваності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: СП ЗАТ «Интерфарма-Киев», 2000. – 175 с.
2. Шептулин А.А., Киприанис В.А. «Внепищеводные» проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 5. – С. 10–15.
3. Рошина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 1. – С. 27–30.
4. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – № 5. – С. 56–67.
5. Иванова О.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Хвороби органів травлення. – 2004. – № 2. – С. 15–21.
6. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта / Бабар Г., Маев И.В. Бусарова Г.И. и др. // «Cathedra». – 2004. – № 9. – С. 58–61.
7. Wasko-Czopnik. Changes in salivary components and occurrence of dental erosions in patients with gastroesophageal reflux disease // Materials of the 10th United European gastroenterology week, 2002.
8. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.

Подписной индекс: 22924.

Оформить подписку на журнал «СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
 Вы можете во всех отделениях связи Украины,
 а также в подписных агентствах:

Украина		
Библиотека пресс-информ	г. Днепропетровск	(056) 778-00-47, 778-00-93
Ангелика	г. Полтава	(0532) 50-90-76
Фарм. Медтех. Сервис	г. Луганск	(0642) 51-04-83
Кристалл	г. Запорожье	(0612) 62-35-01
Медпромторг	г. Кривой Рог	(0564) 53-02-38
ППРА Львівські оголошення	г. Львов	(0322) 97-15-15, 97-02-80
ХЦП «Кобзарь»	г. Херсон	(0552) 22-52-18, 42-09-09
Агентство подписки и рекламы	г. Харьков	(0572) 43-11-89
ТзОВ «ЗПС»	г. Ивано-Франковск	(0342) 50-20-20
ЧП Янишевский	г. Черкассы	(0472) 54-10-98
ЧП Потемкина	г. Хмельницкий	(0382) 79-56-61
ТзОВ «Ню-Хау»	г. Николаев	(0512) 47-35-03
ТОВ НВП «Идея»	г. Донецк	(062) 381-09-32; 304-20-22
SAMMIT	г. Киев	(044) 254-50-50 многоканальный
SAMMIT-Крым	г. Симферополь	(0652) 51-24-93
SAMMIT	г. Харьков	(0572) 14-22-60
SAMMIT	г. Николаев	(0512) 56-10-69
SAMMIT	г. Львов-247	(0322) 74-32-23
SAMMIT	г. Кременчуг	(05366) 3-21-88
Отдел реализации государственного специализированного изд-ва «Здоровье», г. Киев		(044) 216-15-64
Россия: г. Москва, магазин стоматологической литературы ЦНИИ стоматологии, ул. Т. Фрунзе, 16.		(095) 248-69-18 (+359 2) 981-11-59

Партнер рубрики – компания «Колгейт-Палмолив Украина»
 03150, г. Киев, ул. Димитрова, 16-г, 4 этаж; тел.: +38 (044) 247-69-39; факс: +38 (044) 247-69-38; e-mail: colgate_club@colpal.com

