

УДК 616.314-616.329-00.2.2-02.616.33-008.17

Н.Ю.Емельянова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕФЛЮКСА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины, Харьков

Изучение заболеваний желудочно-кишечного тракта представляет большой интерес для врачей-стоматологов, поскольку практически все заболевания пищеварительной системы сопровождаются патологическими изменениями в полости рта [1,5,10]. Среди данных заболеваний наименее изученной патологией является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ГЭРБ – это спектр клинических нарушений, которые являются следствием ретроградного рефлюкса желудочного или дуоденального содержимого в пищевод [8,9,13]. ГЭРБ и ее проявления обусловлены влиянием соляной кислоты и пепсина на слизистую оболочку пищевода, куда они попадают из желудка вследствие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса. Эффект этих повреждающих факторов зависит от рН пищевода (большее время суток при рН пищевода ниже 4,0) [4]. Согласно современных представлений гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь рассматривается как заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее значение в ее патогенезе отводится снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, которое выявляется почти у 80% больных, ослаблению пищеводного клиренса (способность пищевода быстро эвакуировать обратно в желудок попавшее в него содержимое), повышению внутрижелудочного давления [2,3].

В настоящее время принято выделять эндоскопически негативную рефлюксную болезнь (НЭРБ) и эндоскопически позитивную рефлюксную болезнь (с образованием эрозий в пищеводе) [7].

Клиническая значимость гастроэзофагеальной рефлюксной болезни определяется, в первую очередь, ее высокой частотой. Основным симптомом заболевания - изжога - выявляется примерно у 30% всего населения [2,10,12]. Большое внимание уделяется, кроме того, внепищеводным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. При этом наблюдаются признаки, соответствующие заболеваниям органов, близлежащих к пищеводу: глотки (хронический ларингит, ощущение инородного тела в глотке, осиплость голоса, язвы и гранулемы голосовых связок, стеноз гортани), бронхов (хронический кашель, неаллергическая астма), легких (аспирационные пневмонии, пневмофиброз, ателектазы и абсцессы легких), сердца (некоронарные боли за грудиной, транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости), полости рта [6,11,12,14-16].

Цель настоящего исследования - сравнительный анализ проявлений различных видов рефлюкса в ротовой полости.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 92 человека с верифицированным диагнозом ГЭРБ, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в Институте терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины. Для диагностики заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки проводилась эзофагогастродуоденоскопия.

Все больные были распределены на две группы:

- 1 - больные с эндоскопически негативной ГЭРБ (39 человек);
- 2 - больные с эндоскопически позитивной ГЭРБ (53 человека).

Так как у большей части больных 2 группы при эндоскопии был определен и дуоденальный компонент, было принято решение о разделении второй группы на две подгруппы:

- 2А - больные с эзофагеальным рефлюксом (23 человека);
- 2В - больные с эзофагеальным и дуоденальным рефлюксом (30 человек).

Для анализа стоматологического статуса проводилось клиническое обследование органов и тканей полости рта. Учитывали кровоточивость десен по данным анамнеза. Фиксировали состояние зубных тканей (кариозные и некариозные поражения, индекс КПУ), наличие патологической подвижности. Изучали изменения слизистой оболочки полости рта, уделяли особое внимание тканям пародонта, языку. Для оценки гигиены полости рта и определения бактериального загрязнения использовали упрощенный гигиенический индекс (ГИ) Грина-Вермильона. С целью определения активности воспалительного процесса в деснах проводили пробу Шиллера-Писарева, оценивая ее качественно и количественно по йодному числу Свракова. Для количественной оценки клинических признаков воспалительной патологии десен применяли РМА по Parma. Определяли также комплексный пародонтальный индекс по Леусу. Налет оценивали визуально с помощью индекса WTC. На каждого больного заполняли специальную карту обследования, в которой фиксировали данные пациента, данные стоматологического обследования, индексную оценку состояния полости рта.

Полученные результаты статистически обработаны с помощью стандартных пакетов программ “Microsoft Excel”, “Statistics” на персональном компьютере с вычислением средней величины M , средней ошибки средней величины m , критерия достоверности t , значения достоверности p и расхождения между сравниваемыми показателями.

Результаты исследования и их обсуждение

При эзофагогастродуоденоскопии у больных 1 группы были выявлены явления эзофагита (без наличия эрозий). В полости желудка имелось мутное содержимое с примесью желчи. При эзофагогастродуоденоскопии больных 2А группы также диагностировались явления эзофагита различной степени. В полости желудка примеси желчи не выявлено. При обследовании 2В группы, кроме

наличия эрозий в области пищевода, обнаружена желчь в желудке. Таким образом, по данным эндоскопии наибольшие соматические изменения были обнаружены у больных 2В группы.

Обследование у стоматолога начинали с выяснения жалоб и сбора анамнеза. Жалобы на чувство кислого в полости рта предъявляли больные 1 группы (15 человек) и 2А группы (20 человек). Больные же 2В группы жаловались на ощущение не только кислого, но часто и горького во рту (30 человек), жжение и онемение участков языка. Также все обследуемые отмечали сухость в полости рта и связанные с ней ощущения, сухость губ. Следовательно, $38,0 \pm 0,99$ % больных первой группы отмечали менее выраженные субъективные ощущения по сравнению с пациентами 2 и 3 групп, тогда как в последней у всех обследуемых в жалобах был дискомфорт в полости рта. При опросе было выяснено также, что большая часть опрошенных отмечает кровоточивость десен во время чистки зубов: 1 группа – $76,0 \pm 1,39$ % лиц, 2А группа - $82,6 \pm 1,89$ %, 2В группа - $86,6 \pm 1,69$ %. Степень тяжести кровоточивости десен по данным анамнеза в обследуемых группах пациентов представлена в таблице 1.

Распространенность и интенсивность поражений зубов кариесом анализировали во всех группах также дифференцированно. Показатель интенсивности кариеса (КПУ) составил: в группе 1 - $6,9 \pm 0,42$; в группе 2А – $6,6 \pm 0,54$; в группе 2В – $10,4 \pm 0,59$ (достоверность отличий в группах составляет $p < 0,05$).

Анализ некариозной патологии зубов выявил частое наличие в обследованных эрозии и некроза твердых тканей. Так, у больных 1 группы - в $59,0 \pm 1,23$ % наблюдений, у $56,0 \pm 1,56$ % больных 2 группы и $76,6 \pm 1,59$ % больных 2В группы ($p < 0,05$).

Распространенность болезней пародонта также достоверно отличается у больных 1 и 2 групп ($84,6$ % и 100 % соответственно).

Структура изменений тканей пародонта в обследуемых группах представлена в таблице 2.

Определенные значения гигиенического индекса, а также индексная оценка состояния тканей пародонта приведены в таблице 3. Так, у пациентов 3 группы гигиена полости рта неудовлетворительная и достоверно отличается от уровня гигиены больных с эрозивным гастроэзофагеальным рефлюксом. Проба Писарева-Шиллера составила в первых двух группах слабо-умеренное значение, а в 3 группе число Свракова составляло $2,71 \pm 2,23$, что свидетельствует об умеренно выраженном воспалении. Состояние пародонта, наиболее неблагоприятное по индексу РМА, отмечалось в 3 группе и соответствовало средней степени тяжести воспалительного процесса. Значение индекса КПИ показало, что хотя 2 и 3 группы и имели числовые различия по КПИ, но оно соответствует легкой степени.

При внутриротовом осмотре было выявлено, что у 7 человек 1 группы ($18,0 \pm 0,68\%$), у 17 человек 2А группы ($74,0 \pm 1,7\%$) и у 30 человек 2В группы ($100,0 \pm 1,82\%$) отмечалась отечность языка с отпечатками зубов на боковых поверхностях. Также у больных первой группы выявлен тонкий светлый налет на корне языка. У больных 2А группы налет располагался на корне и спинке языка и имел плотную консистенцию и белый цвет. У пациентов 2В группы налет также располагался на корне и спинке языка и в большинстве своем имел цвет от светло-желтого до желтого. Налет оценивали визуально с помощью индекса WTC. Таким образом, у больных 1 группы индекс в среднем был равен $1,7 \pm 0,21$. У больных 2А группы индекс равен $3,4 \pm 0,38$, а у больных 2В группы - $4,8 \pm 0,4$.

У $30,7 \pm 0,89\%$ больных 1 группы были очаги десквамации на спинке языка. А у больных 2А и 2В групп десквамативные явления на языке составили $40,0 \pm 1,33\%$ и $47,8 \pm 1,26\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Выводы

Интенсивность кариозного процесса, распространенность некариозной патологии зубов, значения индексов РМА, ГИ, КПИ, налета на языке статистически значимо отличаются у больных с эрозивным и неэрозивным рефлюксом. В свою очередь показатели всех индексов у лиц со смешанным рефлюксом значительно отличаются от показателей двух других групп.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее неблагоприятная ситуация в полости рта складывается у больных с эрозивной рефлюксной болезнью с примесью дуоденального компонента, где отмечаются наибольшая распространенность изменений твердых тканей зубов, тканей пародонта, языка и максимальные значения всех клинических индексов.

Литература

1. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта / Г.М. Барер, И.В. Маев, Г.А. Бусарова [и др.] // Cathedra. – 2004. - № 9. – С. 58-61.
2. Иванова О.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Иванова // Болезни органов пищеварения.- 2004. - № 2. – С. 15-21.
3. Ивашкин В.Т. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // РМЖ.-2003. - №2. – С. 43-48.
4. Маев И.В. Достижения в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявский // Фарматека. – 2007. - № 2. – С. 49-52.
5. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.М.Барер, Г.А. Бусарова [и др.] // Клиническая медицина. – 2005. - № 11. – С. 35-38.

6. Сафронова Е.В. Влияние желчных кислот на состояние твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта у детей дошкольного возраста с рефлюксной болезнью: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Е.В. Сафронова. – Волгоград, 2004. – 16 с.

7. Трухманов А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиции современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов / А.С. Трухманов // РМЖ. – 2004. - №23. - С. 1344-1348.

8. Фадеенко Г.Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Как их распознать / Г.Д. Фадеенко // Сучасна гастроентерологія. -2005. - №3. – С. 12-15.

9. Шептулин А.А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.А. Шептулин, В.А. Киприанис // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. - №5. – С. 29-34.

10. Bertlett D.W. The role of the oesophagus in dental erosion / D.W. Bertlett, D.F. Evans // Oral Surg., Oral Patol. – 2000. - № 89(3). - P. 315-318.

11. Eley B.M. Advances in periodontal diagnosis. Potential inflammatory and immune markers / B.M. Eley, S.W. Cox // Br. Dent. J. – 1998. - № 184(5). - P.220-223.

12. Jones R.H. Extraesophageal symptom of GERD / R.H. Jones, APS. Hungin, J. Philips // Cleve. Clin. J. Med. – 2003. – Vol. 15. – P .20-32.

13. Meurman J.H. Oral and dental manifestation on GERD / J.H. Meurman, J. Toskala, P. Nurtincn // Oral surg. -1994. - Vol. 74. - P. 583-589.

14. Moazzer R. Dental erosion, gastro-oesophageal reflux disease and saliva: how are they related? / R. Moazzer, D. Bartlett // J. Dent. -2004. - 32(6). - P.489-494.

15. Dental and periodontal lesions in patients with GERD / J.V. Munoz, B. Herreros, V. Sanchiz [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2003. – Vol. 35(7). -P. 461-467.

16. Schroder Patric L. Filler Dental erosion and Acid reflux disease / Patric L. Schroder, J. Steven // J. Oral Rehabit. – 1999. – Vol. 28(5). - P. 809-815.

Стаття надійшла

16.02. 2009 р.

Резюме

У статті викладена порівняльна характеристика змін у порожнині рота при ендоскопічно позитивній і негативній рефлюксійній хворобі. Показана значна роль дуоденального компонента в складі рефлюксата.

Ключові слова: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, НЕРБ, дуоденальний рефлюкс, стоматологічний синдром.

Summary

The results of clinical estimation of different methods of direct restoration of the crowns of devitalized incisors are presented in the article. The top clinical efficacy is observed in patients with the restorations conducted with the help of fiber-glass and glass-plastic pins.

Key words: biophysical approach, restoration, devitalized incisors.

Таблица 1

Выраженность степени тяжести кровоточивости десен по данным анамнеза у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Степень тяжести кровоточивости	Неэрозивный рефлюкс (1 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный рефлюкс (2 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный и дуоденальный рефлюкс (3 группа)
Первая	18 больных (46,1 ± 1,08 %)	7 больных (30,4 ± 1,15 %) *	16 больных (53,3 ± 1,33 %) *
Вторая	15 больных (38,5 ± 0,99 %)	11 больных (48,0 ± 1,44 %) *	9 больных (30,0 ± 1,0 %) *
Третья	2 больных (5,0 ± 0,36 %)	3 больных (13,0 ± 0,75 %) *	2 больных (6,7 ± 0,47 %) *

Примечание: в данной и последующих таблицах * - $p < 0,05$ в сравнении с 1 группой.

Таблица 2

Структура изменений тканей пародонта у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Показатели	Неэрозивный рефлюкс (1 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный рефлюкс (2 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный и дуоденальный рефлюкс (3 группа)
Катаральный гингивит	22 больных (56,4 ± 1,20 %)	6 больных (26,0 ± 1,06 %) *	8 больных (26,7 ± 0,94 %) *
Гипертрофический гингивит	3 больных (7,7 ± 0,44 %)	8 больных (34,6 ± 1,30 %) *	9 больных (30,0 ± 1,0 %) *
Локализованный пародонтит	3 больных (7,7 ± 0,44 %)	5 больных (21,7 ± 0,97 %) *	5 больных (16,7 ± 0,75 %) *
Генерализованный пародонтит	5 больных (12,8 ± 0,57 %)	4 больных (17,7 ± 0,87 %) *	8 больных (26,7 ± 0,94 %) *

Таблица 3

Сравнительная характеристика индексных показателей состояния полости рта у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Показатели	Неэрозивный рефлюкс (1 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный рефлюкс (2 группа)	Эрозивный гастроэзофагеальный и дуоденальный рефлюкс (3 группа)
ГИ	1,4±0,19	1,56±0,26*	1,9±0,25*
РМА, %	24,0±0,78	21,9±0,97*	30,2±1,0*
КПИ, баллы	1,0±0,16	1,3±0,24*	1,46±0,22*