

## ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА

Джамалдинова Т.Д.<sup>1</sup>, Максимовская Л.Н.<sup>1</sup>, Ли Е.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет

<sup>2</sup> Поликлиника Центрального банка РФ

Джамалдинова Тамила Джамалдиновна

Тел.: 8 (903) 791 2489

E-mail: toma-stomat@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Клинически и лабораторно обследовано 138 больных: 93 человека с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), у которых в полости рта отмечались изменения со стороны тканей пародонта, и 45 человек без сопутствующей ГЭРБ. Всем пациентам было проведено клиническое обследование полости рта с установлением пародонтального статуса на основании системы «Флорида Проб» и индексной оценки.

В исследовании был проведен анализ основных стоматологических жалоб как «внепищеводных» признаков у пациентов с рефлюкс-эзофагитом, а также оценка степени выраженности воспалительного процесса в тканях пародонта в зависимости от стадии ГЭРБ.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ); воспалительные заболевания пародонта; хронический катаральный гингивит; хронический генерализованный пародонтит легкой степени.

### SUMMARY

Were examined clinical and laboratory examined 138 patients: 93 people with gastroesophageal reflux disease (GERD) in whose mouth there were changes in the periodontal tissues, and 45 people without a concomitant GERD with help of clinical and laboratory methods. All patients were conducted to clinical examination of the oral cavity with the establishment of periodontal status on the basis of "Florida Proub" system and evaluation index.

During the study was analyzed the major dental complaints as "extraesophageal" symptoms in patients with reflux esophagitis, as well as evaluation of the inflammatory process in periodontal tissues, depending on the stage of GERD.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease (GERD), inflammatory periodontal disease, chronic catarrhal gingivitis, mild generalized chronic periodontitis.

### ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) как по частоте, так и по спектру осложнений занимает одно из ведущих мест среди заболеваний гастроэнтерологического профиля. Симптомы ГЭРБ выявляются почти у половины взрослого населения развитых стран, причем в последние годы заболеваемость неуклонно возрастает и не имеет тенденции к снижению. Все это дает основание многим гастроэнтерологам относить ГЭРБ к болезням XXI века [1–4] и уделять повышенное внимание связи рефлюкс-эзофагита и патологии других органов и систем организма.

Столь пристальное внимание к ГЭРБ связано не только с высокой распространенностью данного заболевания, но и с разнообразием ее клинических проявлений, поскольку признаки данной патологии достаточно часто представлены экстрапищеводной симптоматикой («масками» ГЭРБ), что приводит к поздней диагностике этого заболевания и неадекватной терапии [1; 5–8]. Только около 18% больных с ГЭРБ впервые обращаются к врачу именно по поводу ее атипичных проявлений. В старшей возрастной группе внепищеводные проявления ГЭРБ отмечаются значительно чаще

(до 60% случаев) с превалированием кардиальной симптоматики [9].

Популяционное исследование распространенности ГЭРБ в России — МЭГРЕ, проведенное по международной методологии в 6 городах среди 7812 респондентов старше 18 лет, продемонстрировало количественные критерии ГЭРБ у 13,3% опрошенных. Также отмечено, что большинство респондентов даже при частом возникновении симптомов не придают им существенного значения и не обращаются к врачу.

По результатам данного исследования, распространенность ГЭРБ с возрастом увеличивается ( $r = 0,6$ ), при этом структура главных симптомов изменяется: происходит уменьшение доли больных с изжогой ( $r = -0,3$ ) и увеличение — с регургитацией ( $r = 0,7$ ). В среднем распространенность ГЭРБ у мужчин (12,5%) и женщин (13,9%) существенно не отличается, однако с возрастом наблюдается прирост ГЭРБ у женщин, достигая максимума в пожилом возрасте (24%), в то время как у мужчин возрастная динамика не отмечается. Частые изжога и /или регургитация (ГЭРБ) достоверно ассоциированы с частой отрыжкой воздухом (24,3%), хроническим кашлем (22,9%), диспепсией (19,8%), болью за грудиной (15,1%), тошнотой (14,9%), дисфонией (11,4%), дисфагией (8,1%), одинофагией (7,3%), а также с запором (37,8%) [10].

У лиц же молодого и зрелого возраста (от 18 до 44 лет) из внепищеводных проявлений ГЭРБ преобладают ротоглоточные симптомы [9]. Поэтому, несмотря на значительный интерес, проявляемый во всем мире к проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и достигнутые в последнее время значительные успехи в вопросах диагностики и лечения этого заболевания и его «внепищеводных» проявлений, все же остается большой круг вопросов, требующих дальнейшего изучения.

**Цель исследования** — изучение влияния гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 138 человек в возрасте от 19 до 55 лет, из которых 65 пациентов (47,1%) — мужчины в возрасте от 21 до 49 лет и 73 человека (52,9%) — женщины в возрасте от 19 до 55. Средний возраст пациентов составил  $36,5 \pm 4,2$  года.

## ИССЛЕДУЕМАЯ ПОПУЛЯЦИЯ

Пациенты с хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) и хроническим генерализованным пародонитом легкой степени (ХГПл), протекающих на фоне ГЭРБ и без сопутствующей патологии со стороны пищевода.

Все пациенты были разделены на четыре группы:

I группа сравнения (группа лечения ГЭРБ) включала 48 человек (34,8%) с воспалительными заболеваниями пародонта и ГЭРБ (26 больных с хроническим катаральным гингивитом и 22 пациента

с хроническим генерализованным пародонитом легкой степени). Данным пациентам проводилась традиционная терапия ГЭРБ с назначением ингибиторов протонной помпы и альгинатов.

II группу сравнения составили 45 человек (32,6%) с воспалительными заболеваниями пародонта и сопутствующей ГЭРБ (20 человек с ХКГ и 25 пациентов с ХГПл). Терапию ГЭРБ данные больные не получали, используя симптоматическую терапию время от времени различными препаратами (например, антацидами).

I контрольная группа — 30 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта без ГЭРБ (15 человек с ХКГ и 15 пациентов с ХГПл). II контрольная группа состояла из 15 практически здоровых человек с интактным пародонтом без ГЭРБ.

Диагностика пародонтального статуса пациентов и оценка поражения слизистой оболочки полости рта осуществлялись посредством клинического стоматологического обследования и индексной оценки распространенности воспалительного процесса в тканях пародонта (индексы РМА, PI по Russel, индекс кровоточивости SBI) с использованием компьютерной системы «Флорида Проуб» (США). Кровоточивость десны оценивалась по методу Н. R. Muhlemann (1971) зондовой пробой, индекс гигиены определялся по Green — Vermillion (1964).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сборе жалоб и клиническом обследовании пациентов отмечались наличие патологических проявлений в полости рта со стороны слизистой оболочки и губ, а также тканей пародонта, периодичность их проявлений и зависимость от ГЭРБ.

У пациентов с ГЭРБ при выяснении жалоб и объективном осмотре у 48,4% обследованных больных (45 человек) была отмечена сухость слизистой оболочки полости рта, а в 41,9% случаев (у 39 человек) — сухость губ. Наличие хейлита, трещин на красной кайме и заед в углах рта было констатировано у 25 человек (в 26,9% случаев). Неприятный запах изо рта присутствовал при осмотре более чем у половины больных — в 65,6% случаев (61 пациент), тогда как обильный налет на языке беспокоил менее трети пациентов — 21 человека из 93 (22,6% случаев) (табл. 1, рис. 1 см. на цветной вклейке).

В I и II контрольных группах у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, но без сопутствующей ГЭРБ, распределение жалоб и состояние слизистой оболочки полости рта и губ, определяемые при клиническом осмотре, имели значимые отличия от групп сравнения (табл. 2). Так, ощущение сухости во рту и сухость губ беспокоили по 11% пациентов в обеих контрольных группах по каждому критерию соответственно. Наличие заед и хейлита было отмечено у 8,9%. Обильный налет на языке при клиническом осмотре был отмечен у 15,6%. Неприятный же запах изо рта беспокоил всего 13,3%.

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЭРБ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ			
Жалобы	I группа сравнения (n = 48)	II группа сравнения (n = 45)	Всего (n = 93)
Ощущение сухости во рту	21 (43,75%)	24 (53,3%)	45 человек (48,4%)
Заеды, хейлит	13 (27,1%)	12 (26,7%)	25 человек (26,9%)
Обильный налет на языке	12 (25%)	9 (20%)	21 человек (22,6%)
Неприятный запах изо рта	32 (66,7%)	29 (64,4%)	61 человек (65,6%)
Сухость губ	18 (37,5%)	21 (46,7%)	39 человек (41,9%)

Примечание:  $p > 0,05$  — между первой и второй группами сравнения.

Таблица 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У БОЛЬНЫХ С ГЭРБ И БЕЗ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА			
Жалобы	Пациенты I и II групп сравнения (с ГЭРБ) (n = 93)	Пациенты I и II контрольных групп (без ГЭРБ) (n = 45)	p
Ощущение сухости во рту	45 (48,4%)	5 человек (11%)	0,0001*
Заеды, хейлит	25 (26,9%)	4 человек (8,9%)	0,027**
Обильный налет на языке	21 (22,6%)	7 человек (15,6%)	0,464
Неприятный запах изо рта	61 (65,6%)	6 человек (13,3%)	0,0001*
Сухость губ	39 (41,9%)	5 человек (11%)	0,0001*

Примечание: Показатели имеют достоверное различие со значениями в I и II группах сравнения \* —  $p < 0,001$ ; \*\* —  $p < 0,05$ .

Сравнительная оценка частоты встречаемости основных стоматологических жалоб у пациентов с ГЭРБ и без данной патологии пищевода приведена в табл. 2.

Согласно полученным данным, частота встречаемости стоматологических жалоб, отмеченных при клиническом осмотре, достоверно выше у пациентов с ГЭРБ. Так, сухость во рту и неприятный запах изо рта у пациентов с ГЭРБ выше в 4,4 ( $p < 0,001$ ) и 5 раз ( $p < 0,001$ ) соответственно, чем у пациентов контрольных групп (без ГЭРБ). Также значительные отличия выявлены и по другим данным: частота встречаемости обильного налета на языке, сухости губ и заед выше в 1,5, 3,8 ( $p < 0,001$ ) и 3 раза ( $p < 0,05$ ) соответственно, чем у пациентов без ГЭРБ (рис. 2).

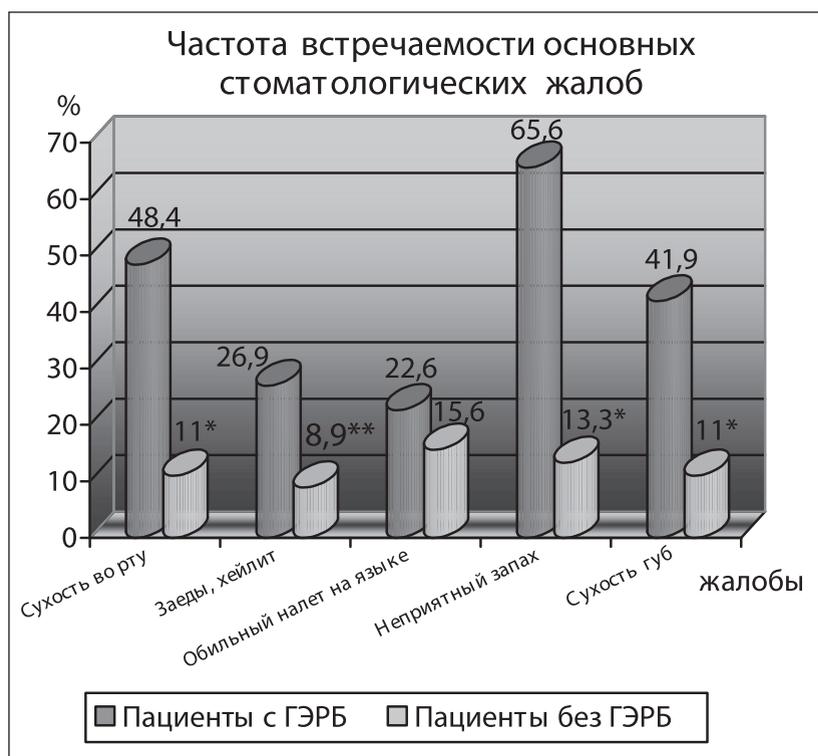
Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о наличии «внепищеводных» проявлений рефлюксной болезни в виде ротоглоточных симптомов у пациентов с ГЭРБ. Изменения на слизистой оболочке полости рта и губ у таких больных отмечаются достоверно чаще и более ярко выражены по сравнению с пациентами, не имеющими данной патологии со стороны пищевода.

Также в работе было проведено исследование влияния рефлюксной терапии на ткани пародонта.

Анализ результатов первичного диагностического этапа (выполнения ЭГДС) у пациентов с ГЭРБ

и оценка данных клинического осмотра пациентов с патологией пародонта показали, что частота верификации и характер воспалительных поражений пародонта различаются при различных формах ГЭРБ. Причем хронический катаральный гингивит достоверно чаще был диагностирован при эндоскопически «негативном» и катаральном эзофагите, чем при эрозивном рефлюкс-эзофагите, в то время как ХГПл — при катаральном и эрозивном рефлюкс-эзофагите (рис. 3, 4 см. на цветной вклейке).

При детальном распределении зависимости стадии ГЭРБ и наличия воспалительных заболеваний пародонта было выявлено, что в большей степени (в 49,5% случаев) из всех обследованных пациентов с ГЭРБ была диагностирована эндоскопически «негативная» ГЭРБ, которая в 69,6% (у 32 человек) приходилась на пациентов с ХКГ, а в 30,4% (у 14 человек) — на пациентов с генерализованным пародонтитом легкой степени. В 43% случаев была выявлена катаральная стадия ГЭРБ, которая в 35% (у 14 пациентов из 40) была диагностирована у пациентов с ХКГ, а в 65% случаев (у 26 человек) — у пациентов с ХГПл. Эрозивный РЭ в 100% случаев (у всех 7 пациентов) приходился только на пациентов с ХГПл. Особенностью течения ХКГ и ХГПл на фоне ГЭРБ являлось то, что у 60,2% (56 человек) признаки



**Рис. 2.** Частота встречаемости основных стоматологических жалоб у пациентов с ГЭРБ и без данной патологии пищевода.  
 Примечание: Показатели имеют достоверное различие со значениями в группах: сравнения и контрольных \* —  $p < 0,001$ ; \*\* —  $p < 0,05$ .

гингивита и пародонтита появлялись при обострении патологии пищевода.

При обследовании состояния тканей пародонта нами было выявлено, что ХКГ диагностирован у 46 больных ГЭРБ (49,5%) (рис. 2). При этом в 69,6% случаев (32 пациента) ХКГ сопровождался эндоскопически «негативной» ГЭРБ. В ходе работы установлено, что в 73,9% случаев (34 пациента) предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи, запах изо рта, дискомфортные ощущения в тканях десны, а в 26,1% случаев (12 пациентов) жалоб не предъявляли. Однако при клиническом осмотре полости рта у последних пациентов были отмечены гиперемия десневого края с застойными явлениями, отечность межзубных сосочков, наличие зубного налета. Показатель кровоточивости десны у пациентов с ХКГ равнялся 1 или 2 баллам. У данной группы больных выявлен неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, поскольку показатель ОНI-S составил  $1,8 \pm 0,02$ . Глубина зубодесневых карманов не превышала 3–3,5 мм, подвижность зубов не выявлена.

ХГПл был диагностирован у 47 человек (50,5%), в анамнезе у которых отмечалось наличие эндоскопически «негативной» ГЭРБ, катарального или эрозивного рефлюкс-эзофагита (рис. 3, 4 см. на цветной вклейке). У этих пациентов присутствовали жалобы на дискомфортные ощущения в области десен (48,9%), на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов и приеме пищи (87,2%), на неприятный запах изо рта (76,6%). При объективном осмотре также

отмечались гиперемия и отечность тканей десны, неплотное прилегание зубодесневых сосочков в области шеек зубов, наличие наддесневых и поддесневых зубных отложений. Среднее значение ОНI-S равнялось  $2,57 \pm 0,06$ , что соответствует плохому уровню гигиены полости рта. Кровоточивость равнялась 2–3 баллам, подвижность зубов — 1-й степени.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило выявить взаимосвязь между воспалительными заболеваниями полости рта и наличием патологического гастроэзофагеального рефлюкса и расценить их наряду с патологией слизистой оболочки полости рта и губ как «внепищеводные» признаки стоматологического проявления ГЭРБ в полости рта. Эти данные позволяют получить более полную информацию о состоянии здоровья пациентов, заподозрить наличие и выявить ГЭРБ при дополнительном обследовании, а также при необходимости назначить адекватную терапию как патологии полости рта, так и пищевода.

Полученные результаты позволяют говорить о необходимости дополнительного обследования пациентов с патологией пародонта и слизистой оболочки полости рта у гастроэнтеролога, плановых осмотров данных больных на этапах диспансеризации с целью ранней диагностики ГЭРБ и повышения эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта и патологий слизистой полости рта и губ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Трухманов А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение // Болезни органов пищеварения. — 2001. — Т. 3, № 1. — С. 23–27.
2. Старостин Б. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рус. мед. журн. — 1997. — № 2 — С. 75–80.
3. Heartburn across America: a Gallop Organization National Survey. — Princeton, NJ: Gallop Organization, 1998. — P. 1342.
4. Louis Harris & Associates GERD in America, 1997: a two year follow-up study. — Louis Harris & Associates, 1997. — P. 347.
5. Шентулин А. А., Киприанис В. А. «Внепищеводные» проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖГЖ. — 2005. — № 5. — С. 10–14.
6. Роцина Т. В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2003. — № 1. — С. 27–30.
7. Поликанова Е. Н. Клинико-лабораторное исследование мягких тканей полости рта и твердых тканей зубов у пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: дис.... канд. мед. наук. — М., 2005. — 138 с.
8. Маев И. В., Трухманов А. С. Клинико-функциональная оценка эффективности применения рабепразола, омепразола и эзомепразола у больных неэрозивной рефлюксной болезнью, ассоциированной с бронхиальной астмой // РЖГЖ. — 2004. — № 5. — С. 22–30.
9. Симонов Ю. В. Клиническое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных стабильной стенокардией // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 6. — С. 92–100.
10. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 6. — С. 4–12.

