



**И.Н. Скрипник, Н.Ю. Емельянова**

Полтавская медицинская стоматологическая академия  
ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой  
АМН Украины», Харьков

## Взаимосвязь стоматологических и фаринго-ларингеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ

### Ключевые слова

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс, эрозии эмали, ротовая жидкость.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) стала, по мнению международных экспертов, в нынешнем тысячелетии доминирующим заболеванием пищеварительной системы [7, 13]. Вместе с тем, официальная статистика, регистрирующая эпидемиологические показатели ГЭРБ, по целому ряду причин не полностью отражает действительные масштабы данного заболевания. Это связано с низкой обращаемостью пациентов к врачу в случае легких проявлений болезни, с одной стороны, и разнообразием клинических (внепищеводных) симптомов, нередко протекающих без поражения слизистой оболочки пищевода, что затрудняет диагностику ГЭРБ, — с другой [8, 9, 14–17].

В соответствии с Монреальским консенсусом (2006) выделены внепищеводные синдромы ГЭРБ с доказанной и предполагаемой связью [6, 18]:

#### *Связь с ГЭРБ доказана*

- Синдром рефлюксного кашля
- Синдром рефлюксного ларингита
- Синдром рефлюксной астмы
- Синдром рефлюксных эрозий зубов

#### *Связь с ГЭРБ предполагается*

- Фарингит
- Синусит
- Идиопатический фиброз легких
- Рецидивирующий средний отит

Несмотря на то что за последние годы внепищеводным проявлениям ГЭРБ посвящено достаточное количество работ, в них освещены пре-

имущественно респираторные (бронхиальная астма) и ларинго-фарингеальные проявления ГЭРБ.

К ларингологическим симптомам ГЭРБ относятся ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание «прочистить горло», охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может являться причиной рецидивирующих фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии [1, 11].

Вместе с тем при поражениях полости рта при ГЭРБ не могут быть интактными ткани гортани и глотки, поскольку, только минуя их, рефлюксат достигает полости рта. При поражении тканей полости рта и ЛОР-органов задействован единый механизм рефлюкса, несколько отличный от такового при других внепищеводных проявлениях ГЭРБ.

В отличие от физиологического антирефлюксного барьера, защищающего пищевод (нижний пищеводный сфинктер, клиренс пищевода, тканевая резистентность пищевода, карбоангидразный гидрокарбонатный насос), верхние дыхательные пути и полость рта защищены дополнительно верхним пищеводным сфинктером. Только при нарушении функции верхнего пищеводного сфинктера возможно проникновение рефлюксата в гортань и ротоглотку. Рефлюксат, проникающий через верхний пищеводный сфинктер, никогда не будет считаться физиологическим, поэтому даже один эпизод рефлюкса будет раздражать слизистые оболочки гортано-глотки и полости рта.

Несмотря на то что доказана связь между поражением твердых тканей зубов и ГЭРБ, данной теме посвящены единичные исследования [2, 12]. Нет данных о частоте встречаемости стоматологических проявлений при ГЭРБ, окончательно не определена их структура, не изучены связи и ее характер между формами ГЭРБ и характером нарушений твердых и мягких тканей полости рта и ротовой жидкости. Кроме того, не определена связь между поражением полости рта и глотки, гортани; не выделены наиболее характерные поражения их тканей, а также не установлена частота случаев без типичных проявлений ГЭРБ (изжога, регургитация).

Цель работы — изучение взаимосвязи стоматологических проявлений и поражения глотки и гортани и их характера при ГЭРБ.

### Материалы и методы исследования

Обследовано 92 больных с верифицированным диагнозом ГЭРБ и 20 пациентов контрольной группы (без соматической патологии). Диагноз ГЭРБ устанавливал гастроэнтеролог на основании международного консенсуса и стандартов диагностики и лечения МЗ Украины. Перед стоматологическим осмотром все были обследованы оториноларингологом на предмет выявления фаринго-ларингологических проявлений ГЭРБ. На консультации стоматолога у всех пациентов спрашивали, нет ли жалоб со стороны ротовой полости, собирали данные анамнеза, проводили объективное исследование органов и тканей полости рта. Обращали внимание на тип дыхания, вид кожи и слизистых оболочек, состояние прикуса и твердых тканей зубов, слизистой оболочки щек и губ, уздечки языка и губ, спинки и боковых поверхностей языка, десен. Патологические изменения тканей пародонта оценивали с помощью пародонтальных индексов на основе классификации заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского, утвержденной на пленуме Ассоциации стоматологов Украины [3, 5, 10].

У всех пациентов изучали физические показатели ротовой жидкости — вязкость, скорость саливации, водородный показатель [4].

### Результаты и их обсуждение

В результате консультации гастроэнтеролога выявлено, что частота типичных симптомов ГЭРБ (изжога, отрыжка) составила  $(32 \pm 0,59) \%$ .

Согласно данным обследования ЛОР-органов, наиболее часто больные жаловались на: охриплость голоса —  $(68 \pm 0,86) \%$ , кашель —  $(49 \pm 0,73) \%$ , чувство кома в горле  $(44 \pm 0,69) \%$  и желание прочистить горло  $(45 \pm 0,7) \%$ . Пациенты контрольной группы таких жалоб не предъявляли.

Поскольку все вышеперечисленные симптомы являются неспецифическими, так как могут возникать при острых респираторных вирусных инфекциях, повышенной голосовой нагрузке, аллергии или длительном курении, то данные факторы не могут достоверно отображать истинную картину ГЭРБ.

Во время осмотра оториноларинголога у  $(87 \pm 0,97)$  обследованных выявлены воспалительные и деструктивные изменения (эрозии) слизистой оболочки глотки и гортани.

Для стоматологических проявлений ГЭРБ наиболее характерными были жалобы на ощущение сухости во рту  $(75$  пациентов, или  $81,5 \pm 0,94 \%$ ), сухость губ с появлениями чешуек на губах  $(53$  больных, или  $57,6 \pm 0,79 \%$ ), жжение языка  $(59$  пациентов, или  $64,1 \pm 0,83 \%$ ), увеличение языка  $(36$  пациентов, или  $39,1 \pm 0,65 \%$ ), кровоточивость десен  $(84$  пациента, или  $91,3 \pm 0,99 \%$ ).

При осмотре у  $72$   $(78,2 \pm 0,92 \%)$  пациентов из основной группы и у  $7$   $(17,5 \pm 0,93 \%)$  из группы контроля обращали на себя внимание сухая красная кайма губ. Отечный язык с отпечатками зубов на боковых поверхностях был у  $64$   $(69,5 \pm 0,87 \%)$  пациентов из основной группы и у  $3$   $(15 \pm 0,87 \%)$  — из группы контроля. Проявления десквамативного глоссита выявлены у  $(48,9 \pm 0,73)$  и  $(7,5 \pm 0,61) \%$  соответственно. Поражения тканей пародонта в виде гингивитов и пародонтитов различной степени тяжести диагностировали у  $62$   $(67,3 \pm 0,85 \%)$  пациентов из основной группы и у  $8$   $(40 \pm 1,41 \%)$  — из контрольной.

При осмотре твердых тканей зубов обращало на себя внимание наличие некариозных поражений в виде некрозов и эрозий твердых тканей зубов, что явилось важным диагностическим признаком. Такие поражения твердых тканей наблюдались у  $59$   $(63,8 \pm 0,83 \%)$  пациентов основной группы и у  $2$   $(10 \pm 0,71 \%)$  — из группы контроля.

У всех пациентов брали натошак ротовую жидкость для изучения ее физических показателей. Из исследования исключали пациентов с травмами слизистой оболочки и кровоточивостью десен в состоянии покоя. При изучении физических показателей ротовой жидкости получены следующие данные: скорость саливации у пациентов из основной группы значительно отличалась от контрольных показателей:  $0,27 \pm 0,05$  и  $0,5 \pm 0,1$  соответственно. Вязкость слюны была также повышена у пациентов из основной группы —  $5,15 \pm 0,24$  в отличие от контроля  $2,6 \pm 0,25$ .

Наиболее важным диагностическим маркером ГЭРБ, определяемым в ротовой жидкости, был водородный показатель. Так, у основной группы он составил  $6,3 \pm 0,26$ , а у группы контроля —  $6,9 \pm 0,42$ .

**Выводы**

В большинстве случаев (87 % ± 0,97 %) описанные изменения стоматологического статуса сочетаются с фаринго-ларингеальными поражениями в виде воспалительных и деструктивных изменений слизистой оболочки глотки, гортани, голосовых связок, подвязочного аппарата.

В (68 ± 0,86) % случаев для ГЭРБ не характерны типичные как стоматологические, так и фаринго-ларингеальные проявления, такие как изжога и отрыжка. Это необходимо учитывать при постановке диагноза.

Исходя из полученных результатов, можем предположить, что стоматологические и фаринго-ларингеальные изменения обусловлены действием соляной кислоты, когда происходит сдвиг pH слюны в кислую сторону с последующим поражением данных органов и тканей.

Результаты исследования открывают перспективы для дальнейшего изучения связи стоматологических и ЛОР-проявлений ГЭРБ. Это позволит определить патогенетические особенности течения заболевания при таком их сочетании и стать основой для разработки ранней эффективной диагностики и адекватного лечения.

**Список литературы**

1. Алексеева О.П., Курышева М.А. Алгоритм диагностики и лечения ГЭРБ у больных бронхиальной астмой // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2003.
2. Барер Г., Маев И.В., Бусарова Г.А. и др. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта // Cathedra.— 2004.— № 9.— С. 58—61.
3. Борисенко А.В., Ткаченко А.Г. Индексная оценка интенсивности воспалительных и деструктивных изменений в тканях пародонта при генерализованном пародонтите // Совр. стоматол.— 2005.— № 1.— С. 64.
4. Гудер В.Г., Нарайанан С., Виссер Г., Цавта Б. Пробы: от пациента до лаборатории: Пер. с англ. В.В. Меньшикова, 2-е изд. (тампоны, валики, шарики для сбора слюны) // УТВЕРЖАЮ.— 2001.— С. 105.
5. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевание пародонта.— К.: Здоров'я, 2000.— 464 с.
6. Кляритская И.Л., Мошко Ю.А. Монреальский консенсус по ГЭРБ // КТЖ.— 2006.— № 3.— С. 27—44.
7. Лабезник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни от Генвала к Монреалу // Экспер. клин. гастроэнтерол.— 2007.— № 5.— С. 4—10.
8. Лабезник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // Тер. арх.— 2008.— № 2.— С. 5—11.
9. Лапина Т.Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов // Фарматека.— 2003.— № 10.— С. 10—15.
10. Леус П.А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследованиях болезней пародонта // Стоматология.— 1990.— Т. 69, № 1.— С. 80—88.
11. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г., Сергеева Т.А. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium Medicum.— 2006.— № 2.— С. 22—27.
12. Маев И.В., Барер Г.М., Бусарова Г.А., Пустовойт Е.В., Поликанова Е.Н., Бурков С.Г., Юренев Г.Л. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. мед.— 2005.— № 11.
13. Фадеев Г.Д., Кушнир И.Э., Бабак М.О. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 5 (43).— С. 12—16.
14. Шептулин А.А., Киприанис В.А. «Внепищеводные» проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2005.— № 5.— С. 10—15.
15. Couch T., Upper J. Supra-oesophageal manifestation of Gastro-oesophageal reflux disease // Eur. J. Gastroenterol. & Hepatol.— 2003.— № 15 (12).— P. 1339—1350.
16. Monnikes H. Global clinical symptom spectrum in gastroesophageal reflux disease // J. Gastroenterol.— 2007.— Vol. 41.— P. 168—174.
17. Poelmans J., Tack J. Extracardiac-manifestations of Gastroesophageal reflux // Gut.— 2005.— N 54.— P. 1490—1499.
18. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. and the Global Consensus Group. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol.— 2006.— Vol. 101.— P. 1900—1920.

І.Н. Скрипник, Н.Ю. Ємельянова

**Взаємозв'язок стоматологічних****і фаринго-ларингеальних виявів у пацієнтів з ГЕРХ**

У статті викладено дані про зміни у ротовій порожнині при ГЕРХ та простежено їхній зв'язок з фаринго-ларингологічними виявами при означеній патології.

I.N. Skrypnyk, N.Yu. Ємельянова

**Relationship of the dental****and pharyngo-laryngeal manifestations in patients with GERD**

The article presents the data regarding oral cavity changes in the GERD patient and their relationship with pharyngo-laryngeal manifestations at this pathology.

**Контактна інформація**

Ємельянова Наталія Юріївна, лікар

61039, м. Харків, вул. Постишева, 2-а. Тел. (057) 373-90-32. E-mail: gdf-therapy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 12 грудня 2008 р.