



Н.Ю. Ємельянова, О.Г. Котляренко

ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої
АМН України», Харків

Епідеміологічні аспекти стоматологічних виявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

Ключові слова

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, десквамативний глосит, ерозії та некрози твердих тканин зубів.

Останніх кілька років проблема «позастравохідних» виявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) привертає увагу вчених [2, 6, 10]. Інтерес до цієї проблеми значною мірою зумовлений тяжкістю діагностики та лікування, необхідністю спільної роботи лікарів різного фаху, оскільки на перший план можуть виходити тільки «позастравохідні» вияви, імітуючи захворювання інших органів [7, 8].

Ураховуючи анатомічне сусідство, схожість кровопостачання, іннервації та гуморальної регуляції органів травного каналу, останнім часом посилилася увага до питань поєднаної патології порожнини рота й захворювань стравоходу, оскільки порожнина рота є початковим відділом травного каналу, а слизова оболонка порожнини рота — це важлива складова органів травлення [3, 5]. Відповідно до існуючих уявлень усі зміни у порожнині рота при ГЕРХ можна умовно розподілити на зміни м'яких тканин (червоної облямівки губ, слизової оболонки, язика, тканин пародонту), твердих тканин зубів і порушення вмісту та якості ротової рідини [1, 4, 9].

Метою роботи було вивчення поширеності та структури стоматологічних виявів ГЕРХ.

Матеріали та методи

Проведено скринінговий стоматологічний огляд 200 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні захворювань печінки та травного каналу або зверталися амбулаторно у

поліклініку ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» у період з 2005 по 2009 рр. На час клінічного обстеження всі хворі мали верифікований діагноз ГЕРХ, установлений гастроентерологом та підтверджений після обстеження пацієнта на підставі критеріїв Комітету експертів ВООЗ та затверджених протоколів МОЗ України. У 79 (39,5 ± 3,5) % пацієнтів діагностовано неерозивну форму ГЕРХ — (НЕРХ), а у 121 (60,5 ± 3,5) % — ерозивну ГЕРХ (ЕРХ). Серед пацієнтів з неерозивною формою в 1,7 разу було більше жінок (50 порівняно з 29 чоловіками). Серед хворих на ерозивну форму, навпаки, у 1,4 разу більше чоловіків (70 порівняно з 51 жінкою). Проте вірогідної різниці між формами ГЕРХ залежно від статі не виявлено (табл. 1).

Група контролю була представлена 20 (10 жінок та 10 чоловіків) практично здоровими особами, порівнянними за віком.

Аналіз історії хвороб засвідчив, що у деяких хворих мали місце супутні захворювання. Так,

Таблиця 1. Розподіл хворих за формою ГЕРХ, віком та статтю

Показник	НЕРХ (n = 79)		ЕРХ (n = 121)	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Вік, роки	20–69	21–69	19–69	25–62
Середній вік, роки	47	45,5	47	42

Таблиця 2. Розподіл хворих за скаргами, формами ГЕРХ та статтю

Показник	НЕРХ		ЕРХ		Здорові	
	Чоловіки (n = 29)	Жінки (n = 50)	Чоловіки (n = 70)	Жінки (n = 51)	Чоловіки (n = 10)	Жінки (n = 10)
Сухість у роті	12 ^{**&} (41,4 ± 9,1) %	41 [*] (82 ± 5) %	70 ^{**&} (100 ± 0) %	43 [*] (84,3 ± 5,1) %	1 (10 ± 9,5) %	—
Сухість губ	18 [*] (62 ± 9) %	30 [*] (60 ± 7) %	52 [*] (74,3 ± 5,2) %	33 [*] (64,7 ± 6,7) %	2 (20 ± 13) %	1 (10 ± 9,5) %
Печіння язика	24 ^{**} (83 ± 7) %	30 [*] (60 ± 7) %	42 (60 ± 6) % ^{**&}	29 [*] (57 ± 6,9) %	—	—
Кислий або гіркий присмак у роті	15 [*] (52 ± 9) %	37 ^{**} (74 ± 6) %	42 (60 ± 6) % ^{**&}	47 [*] (92,1 ± 3,8) %	—	—

Примітка. Різниця вірогідна (p < 0,05): * порівняно зі здоровими; # щодо ЕРХ; & щодо чоловіків.

28 ((14,0 ± 2,0) %) пацієнтів страждали на декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (7 — з НЕРХ та 21 — з ЕРХ), 15 ((7,5 ± 1,9) %) — мали виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (6 — з НЕРХ та 9 — з ЕРХ), 4 ((2,0 ± 1,0) %) пацієнти (усі з ЕРХ) кілька років страждали на неалкогольний стеатогепатит, при опитуванні з'ясувалося, що всі ці хворі тривалий час приймали лікарські препарати з приводу супутньої патології.

Результати клінічного обстеження реєстрували у спеціальних картках оцінки стоматологічного статусу, заведених на кожного пацієнта.

Результати дослідження

Під час опитування 166 (83 ± 2,7) % хворих (53 — з НЕРХ та 113 — з ЕРХ) скаржилися на сухість у порожнині рота (переважно у нічний час), 133 ((66,5 ± 3,3) %) (48 — з НЕРХ та 85 — з ЕРХ) — на постійну сухість губ. На печіння та оніміння язика вказували 125 ((62,5 ± 3,4) %) пацієнтів (54 — з НЕРХ та 71 — з ЕРХ), а на відчуття кисло-го або гіркого присмаку у роті — 141 ((70,5 ± 3,2) %) (52 — з НЕРХ та 89 — з ЕРХ). Усі пацієнти, які скаржилися на зазначені симптоми, також мали класичні вияви ГЕРХ, тобто печію, відрижку повітрям, регургітацію (табл. 2).

При стоматологічному огляді понад (87 ± 2,4) % хворих на ГЕРХ мали суху червону облямівку губ, а набряк язика з атрофією та місцями гіпертрофією ниткоподібних сосочків діагностовано більше ніж у половини обстежуваних хворих. (20 ± 12,6) % чоловіків та (10 ± 9,5) % жінок з групи контролю мали відбитки зубів на бічних поверхнях язика, але самі пацієнти жодних скарг з цього приводу не пред'являли і ніколи не відмічали якихось незручностей, пов'язаних з цим. Дані огляду губ та язика наведено на рис. 1.

Скарги хворих на ГЕРХ на печіння язика, його пощипування, відчуття збільшення відповідало виявленим об'єктивним змінам язика. Десквамативний глосит зареєстрували майже у половини обстежених хворих на ГЕРХ. У групі контролю цього симптому не спостерігали. У (34 ± 3,3) % хворих та у (20 ± 12,6) % жінок з групи соматично здорових пацієнтів мав місце ексфолиативний хейліт, що, можливо, пов'язане з іншими механізмами його виникнення. У чоловіків, які в анамнезі не мали соматичної патології, в жодному випадку не виявлено змін губ та язика. У 15 ((7,5 ± 1,9) %) пацієнтів з ГЕРХ діагностували також мікотичний глосит.

Серед некарієсних уражень найчастіше діагностували ерозію твердих тканин зубів (у 62 (31,0 ± 3,3) % обстежених). У 55 ((27,5 ± 3,2) %) хворих виявлено некроз твердих тканин зубів. У чоловіків без соматичної патології не було жодного випадку некрозу твердих тканин зубів, а у

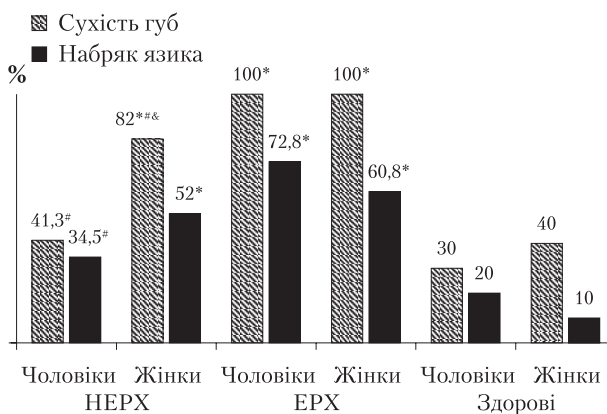


Рис. 1. Розподіл даних стоматологічного огляду губ та язика хворих залежно від форми ГЕРХ та статі. Різниця вірогідна (p < 0,05): * порівняно зі здоровими; # щодо ЕРХ; & щодо чоловіків.

Таблиця 3. Захворювання тканин пародонта у хворих на ГЕРХ залежно від її форми

Показник	НЕРХ		ЕРХ		Здорові	
	Чоловіки (n = 29)	Жінки (n = 50)	Чоловіки (n = 70)	Жінки (n = 51)	Чоловіки (n = 10)	Жінки (n = 10)
Катаральний гінгівіт	17* [#] (58,6 ± 9,1) %	15 (30,0 ± 6,5) %	15 (21,4 ± 4,9) %	12 (23,5 ± 5,9) %	2 (20,0 ± 12,6) %	2 (20,0 ± 12,6) %
Гіпертрофічний гінгівіт	3 (10,3 ± 5,7) %	6 (12,0 ± 4,6) %	12 (17,1 ± 4,6) %	7 (13,7 ± 4,8) %	—	3 (30,0 ± 14,5) %
Локалізований пародонтит	—	8* [#] (16,0 ± 5,2) %	15 (21,4 ± 4,9) %	6 (11,8 ± 4,5) %	1 (10,0 ± 9,5) %	—
Генералізований пародонтит	3 (31,0 ± 5,7) %	6* [#] (12,0 ± 4,6) %	14 (20,0 ± 4,8) %	17 (33,3 ± 6,6) %*	—	—

Примітка. Різниця вірогідна (p < 0,05): * порівняно зі здоровими; # щодо ЕРХ; & щодо чоловіків.

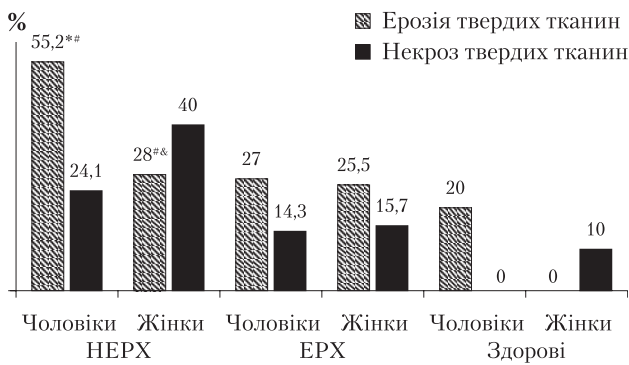


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за некаріозними ураженнями зубів залежно від форми ГЕРХ та статі. Різниця вірогідна (p < 0,05): * порівняно зі здоровими; # щодо ЕРХ; & щодо чоловіків.

жінок з групи контролю ми не виявили жодної ерозії твердих тканин зубів (рис. 2).

Із захворювань тканин пародонта були наявні лише запальні зміни (гінгівіт різних клініко-морфологічних форм та пародонтит) (табл. 3). Серед обстежених хворих найчастіше діагностували хронічний генералізований катаральний гінгівіт — у 59 ((29,5 ± 3,2) %) хворих. Гіпертрофічний гінгівіт відмічений у 28 ((14,0 ± 2,5) %) пацієнтів.

Характерною була більша розповсюдженість пародонтиту у хворих на ГЕРХ порівняно із аналогічними показниками осіб контрольної групи, в якій генералізований пародонтит взагалі не діагностували. Локалізований пародонтит

zareєстровано у 48 ((24,0 ± 3,0) %) осіб з усіх обстежених.

Детальний аналіз залежно від форми ГЕРХ засвідчив, що поширеність катарального гінгівіту майже у 2 рази більша у чоловіків з НЕРХ, тоді як стосовно генералізованого пародонтиту відмічено лише тенденцію. У жінок з НЕРХ виявлено вірогідну відмінність у зменшенні поширеності генералізованого пародонтиту порівняно з жінками, які страждають на ЕРХ.

Висновки

Таким чином, проведення епідеміологічного дослідження дало змогу констатувати, що стоматологічні вияви ГЕРХ мають понад (87 ± 2,4) % обстежених хворих незалежно від статі та форми ГЕРХ. Найпоширенішими скаргами є сухість у порожнині рота, печіння язика, сухість губ, відчуття гіркого та/або кислого присмаку у роті. Найбільш виражених патологічних змін зазнають червона облямівка губ та язик. З некаріозних уражень більше ніж у половини оглянутих найчастіше мають місце ерозія та некроз твердих тканин, із захворювань тканин пародонта наявні лише запальні зміни (гінгівіт різних клініко-морфологічних форм та пародонтит), які не залежать від форми ГЕРХ.

Отримані результати свідчать про перспективність подальшого вивчення поширеності, тяжкості та структури стоматологічних виявів ГЕРХ, що дасть змогу розробити комплексний підхід для їх зменшення або усунення.

Список літератури

1. Еремін О.В. Коморбидність болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта / О.В. Еремін, А.В. Липілін, І.В. Козлова // Саратов. науч.-мед. журн.— 2009.— № 3.— С. 393—398.
2. Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни от Генуя к Монреалу / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Эксперим. клин. гастроэнтерол.— 2007.— № 5.— С. 4—10.
3. Новикова В.П. Состояние полости рта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) / В.П. Новикова, А.М. Шабанов // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.— 2009.— № 1.— С. 25—28.
4. Пустовойт Е.В. Изменение показателей смешаной слюны у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне антирефлюксной терапии / Е.В. Пустовойт, Е.Н. Поликанова // Рос. стоматология.— 2009.— № 3.— С. 12—15.
5. Симон А. Патогенетическая роль соляной кислоты при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. Симон // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2008.— № 2.— С. 55—58.
6. Фролова-Романюк Е.Ю. Позастравохідні прояви гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / Е.Ю. Фролова-Романюк // Острые и неотложные состояния в практике.— 2009.— № 5.— С. 21—24.
7. Шептулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.А. Шептулин // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2008.— № 4.— С. 23—27.
8. Юрнеев Г.Л. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г.Л. Юрнеев // Клин. мед.— 2008.— № 10.— С. 75—76.
9. Farrokhi F. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux / F. Farrokhi, M.F. Vaezi // Oral Dis.— 2007.— Vol. 13, N 4.— P. 349—359.
10. Oral manifestation in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a single-center case-control study / O. Di Fede, Di Liberto, G. Occhipinti et al. // Oral Pathol Med.— 2008.— Vol. 37, N 6.— P. 336—340.

Н.Ю. Емельянова, Е.Г. Котляренко

Эпидемиологические аспекты стоматологических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Проведен анализ распространенности и структуры стоматологических изменений у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Выявлено, что более ($87 \pm 2,4$) % пациентов с ГЭРБ имеют поражения в полости рта. Наиболее характерным патологическим изменениям подвергаются красная кайма губ и язык. Специфическим признаком ГЭРБ являются некариозные поражения твердых тканей зубов. Патология пародонта у пациентов с ГЭРБ представлена воспалительными изменениями.

N.Yu. Emelyanova, O.G. Kotlyarenko

Epidemiological aspects of dental manifestations of gastroesophageal reflux disease

The analysis of the prevalence and structure of dental changes in patients with gastroesophageal reflux disease revealed that more than 87 ± 2.4 % of patients with GERD have a lesion in the mouth. The most characteristic lesions are red border of lips and tongue. Specific feature of the GERD are non caries destruction of hard dental tissues. Periodontal pathology in patients with GERD is represented with inflammatory changes.

Контактна інформація

Ємельянова Наталія Юріївна, лікар
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
Тел. (57) 373-90-32. E-mail: gdf-therapy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 24 січня 2011 р.