

УДК: 616.314.17-008.1:616.33-008.821.211

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ



**Иногамов Ш.М.  
Бекжанова О.Е.**

**Ташкентский государственный стоматологический институт**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся морфологическим изменением слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса желудочного или желудочно-кишечного содержимого, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами [6,7].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – состояние, характеризующееся развитием значимо беспокоящих пациента симптомов вследствие рефлюкса желудочного содержимого. ГЭРБ – одно из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, по частоте встречаемости соперничающее с язвенной и желчнокаменной болезнью. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что по своей частоте и распространенности ГЭРБ выходит на лидирующие позиции в ряду других гастроэнтерологических заболеваний.

Изжога – ведущий симптом ГЭРБ – выявляется у 20-40% населения развитых стран и в США, например, отмечается у 25 млн человек. Заболеваемость рефлюкс-эзофагитом увеличивается с возрастом и ожирением, причем его осложнения, как правило, выявляются у больных старше 50 лет [10]. Среди пациентов с ГЭРБ число мужчин и женщин оказывается почти одинаковым, а среди больных с рефлюкс-эзофагитом регистрируется значительное преобладание мужчин (в соотношении 2-3:1) [8,9,11].

По данным разных авторов, частота поражения органов полости рта у больных с ГЭРБ варьирует от 5 до 100% [1,3-5].

Несмотря на значительное число исследований, проводимых в странах СНГ и за рубежом, данная проблема не получила должного освещения в отечественной научной литературе. В то же время взаимосвязь состояния пародонта и ГЭРБ в условиях Республики Узбекистан требует дальнейшего изучения.

Цель исследования – изучение распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

### Материал и методы

Работа выполнена на клинической базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ. В исследованиях принял участие 291 больной с клинически диагностированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 40 человек сопоставимого пола и возраста составили контрольную группу (табл. 1).

**Таблица 1** Распределение обследованных по полу и возрасту

Возраст, лет	Контроль, n=40		НЭ ГРБ, n=66		ЭГРБ, n=74		РГЭБР, n=78		ПБ, n=73		Итого, n=391		Всего
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
18-20	5	3	6	4	7	4	6	4	5	3	24	15	39
21-30	6	4	5	3	8	5	9	7	12	10	34	25	59
31-40	6	4	10	6	12	7	11	9	10	8	43	30	73
41-50	4	3	12	7	12	8	14	8	9	7	47	30	77
51-60	3	2	5	8	6	5	6	4	5	4	22	21	43
Всего	24	16	38	28	45	29	46	32	41	32	170	121	291

Исследования проводились по формализованным протоколам в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации ВОЗ после получения добровольного согласия пациента. При сборе анамнеза у всех больных учитывались такие факторы, как длительность течения заболеваний пищевода и желудка, характер обострений, наличие привычных интоксикаций, клинические проявления заболеваний, результаты лечения и количество обострений. Группы пациентов, включенных в исследование, были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболеваний пищевода и желудка.

Критериями включения пациентов в исследование явились возраст 18-65 лет, наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, практически здоровые лица.

Все больные подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из исследования явились наличие зубочелюстных аномалий и деформаций, протяженные дефекты зубных рядов, патологическая стираемость твердых тканей зубов, наличие ортодонтических аппаратов; наличие инфекционных заболеваний в стадии обострения (туберкулез, ВИЧ-инфекция, язвенно-некротический гингивостоматит Венсана); наличие тяжелой сопутствующей патологии внутренних органов с функциональной недостаточностью; опухолей любой локализации; тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия напряжения III, IV; КСМ II, III функциональных

классов, острое нарушение мозгового кровообращения), наличие кардиостимулятора; эндокринная патология (сахарный диабет, тиреотоксикоз); осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение); осложненный аллергологический анамнез в отношении препаратов схемы лечения ВЗП или заболеваний пищевода и желудка; отказ больного от обследования.

Полученные результаты регистрировали в истории болезни стоматологического больного (форма №043(у) и в разработанной нами индивидуальной карте обследования (формализованная история болезни). Диагностику заболеваний пародонта проводили на основании результатов клинико-рентгенологических исследований в соответствии с классификационными критериями болезней пародонта (1983; 2001).

Обследование пародонта проводили с использованием гигиенических и пародонтальных индексов. Интенсивность поражения пародонтального комплекса оценивали по пародонтальному индексу PI (Russel A.L.). Распространенность и интенсивность воспалительного процесса оценивали по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу РМА (P. Parma). Уровень гигиены полости рта определяли с помощью индекса ОНI-s (J.C. Green, J.R. Vermillion).

Описательная статистика для качественных показателей вычислялась как количество и процент пациентов для каждого значения показателя. Для количественных показателей вычислялись среднее значение, стандартное отклонение, стандартная ошибка среднего. Сравнение средних для количественных показателей проводилось с помощью t-критерия Стьюдента, затем находили величину (p) – вероятность ошибки. Достоверными считались результаты, удовлетворяющие  $p \leq 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Как показали результаты исследований, больные с ГЭРБ и лица контрольной группы предъявляли разнообразные жалобы, связанные с заболеваниями полости рта. Необходимо отметить, что жалобы, связанные с патологией полости рта, у больных с ГЭРБ встречались статистически значимо чаще ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 2). Так, на запах изо рта жаловались 51,55±2,92% пациентов с ГЭРБ, в то время как в группе сравнения эта жалоба встречалась у 25,0±6,84% обследованных ( $p \leq 0,05$ ). На кровоточивость десен жалобы предъявляли соответственно 62,54±2,83 и 20,0±6,32% ( $p \leq 0,05$ ) пациентов; на боли и неприятные ощущения в деснах – 67,01±2,92 и 30,0±7,26% ( $p \leq 0,05$ ); на ощущение кислого во рту – 56,70±2,90 и 5,0±3,45 % ( $P \leq 0,05$ ); боли и жжение языка, чувство «ошпаренного» языка – 38,14±2,85 и 7,50±4,16% ( $p \leq 0,05$ ); гиперестезии и чувствительность зубов – 34,70±2,79 и 2,5±2,45% ( $p \leq 0,05$ ); на ощущение сухости во рту – 45,02±6,00 и 15,0±6,85%; на появление заедов – 28,18±2,64 и 7,50±4,16% ( $p \leq 0,05$ ). Со слов 35,05±2,80% больных ГЭРБ у них в полости рта имелись или появлялись афты, в группе контроля на появление афт жаловались 15,00±5,65% ( $p \leq 0,05$ ) обследованных; у больных с ГЭРБ достоверно ( $p \leq 0,05$ ) чаще обнаруживался налет на языке (42,89±2,77 и 7,5±4,16%) и изменения вкусовой чувствительности (35,05±2,80 и 15,0±6,85%) ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 2).

Широкий спектр жалоб больных с ГЭРБ обусловлен не только высокой распространенностью данной патологии

среди населения, но и значительной частотой развития различных осложнений, сопровождающихся повреждением многих органов и систем организма

Таблица 2 Частота жалоб, предъявляемых наблюдаемыми пациентами, абс. (%)

Симптом	Больные ГЭРБ, n=291	Контроль, n=40
Запах изо рта	150 (51,55±2,92)*	10 (25,0±6,84)
Кровоточивость десен	182 (62,54±2,83)*	8 (20,0±6,32)
Боли и неприятные ощущения в деснах	195(67,01±2,76)*	12 (30,0±7,25)
Ощущения кислого во рту	165 (56,70±1,90)*	2 (5,0±3,45)
Жжение языка, боли, чувство «ошпаренного» языка	111 (38,14±2,85)*	3 (7,5±4,16)
Гиперестезии, чувствительность зубов	101 (34,70±2,79)*	7 (17,5±6,0)
Сухость во рту	131 (45,02±2,92)*	6 (15,0±6,85)
Заеды	82 (28,18±2,64)*	2 (10,0±3,45)
Появление афт в полости рта	102 (35,05±2,80)*	6 (15,0±5,65)
Налет на языке	125 (42,96±2,77)*	8 (20,0±6,32)
Изменение вкусовой чувствительности	145 (49,83±2,93)*	6 (15,0±6,85)

Примечание. \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контролем.

Такие изменения носят универсальный характер и связаны с существенными нарушениями в работе ряда неспецифических защитных систем организма, прежде всего иммунной и антиоксидантной, которые играют существенную роль в реализации протективных механизмов на клеточном и молекулярном уровнях. Именно эти механизмы определяют частоту встречаемости и тяжесть клинических проявлений генерализованного поражения пародонта [2,5].

Как видно из таблицы 3, у наблюдаемых нами больных частота встречаемости патологии пародонта зависела от возраста и наличия ГЭРБ, при этом в контрольной группе частота заболеваний пародонта 60,0±7,75%, что значимо ниже ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе пациентов с ГЭРБ – 90,72±1,70% ( $p \leq 0,05$ ). При этом необходимо отметить, что у больных с ГЭРБ достоверно чаще встречались тяжелые поражения пародонта. Так, у больных с ГЭРБ частота ГПТС составила 22,34±2,44% против 7,5±4,16% в контрольной группе ( $p \leq 0,05$ ); ГПСТ диагностирован соответственно у 24,40±2,51 и 15,65±5,65% ( $p \leq 0,05$ ). Тенденция к формированию тяжелых поражений пародонта у пациентов с ГЭРБ установлена во всех возрастных группах (табл. 4).

Индексная оценка состояния тканей пародонта продемонстрировала более высокие уровни воспаления в маргинальной десне, более высокий уровень воспалительно-деструктивного поражения и более низкий уровень гигиены полости рта у пациентов с ГЭРБ: во всех изученных возрастных группах соответствующие индексные показатели в основной группе (больные с ГЭРБ) достоверно ( $p \leq 0,05$ ) превосходили показатели лиц контрольной группы. В целом у больных с ГЭРБ индекс РМА составил 50,62±2,44% против 30,4% в контроле ( $p \leq 0,05$ ). Соответственно индекс PI был равен 4,32±0,15 против 2,44±0,11 ( $p \leq 0,05$ ), а индекс гигиены – 3,44±0,152 против 2,17±0,08 ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 3 Распространенность заболеваний пародонта у пациентов с ГЭРБ

Группа	Диагноз	Возраст, лет					Всего
		18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	
Группа Контроль, n=40	Осмотрено	8 (100,0)	10 (100,0)	10 (100,0)	7 (100,0)	5 (100,0)	40 (100,0)
	Здоровый пародонт	6 (75,0 ±15,91)	5 (50,0 ±15,81)	4 (40,0 ±15,50)	-	-	16 (40,0 ±7,75)
	Гингивит	2 (25,0 ±15,91)	3 (30,0 ±14,49)	3 (30,0 ±14,49)	1 (14,29 ±13,22)	-	8 (20,0 ±1,32)
	ГПЛС	-	2 (20,0 ±12,65)	2 (20,0 ±12,65)	3 (12,86 ±12,65)	2 (40,0 ±21,91)	7 (17,50 ±6,01)
	ГПСТ	-	-	1 (10,0 ±9,48)	3 (42,86 ±18,70)	2 (40,0 ±21,40)	6 (15,0 ±5,65)
	ГПТС	-	-	-	-	1 (20,0 ±17,88)	3 (7,5 ±4,16)
	Всего с ЗП	2 (25,0 ±15,31)	5 (50,0 ±15,81)	6 (60,0 ±15,49)	6 (85,71 ±13,22)	5 (100,0 ±0,0)	24 (60,0 ±7,75)
	Осмотрено n=	39 (100,0)	59 (100,0)	73 (100,0)	77 (100,0)	43 (100,0)	291 (100,0)
ГЭРБ, n=291	Здоровый пародонт	15 (38,46 ±7,79)	10 (16,27 ±4,89)	2 (2,74 ±1,91)*	-	-	27 (9,28 ±1,70)
	Гингивит	20 (51,28 ±8,00)	23 (38,98 ±7,76)	10 (13,70 ±4,02)*	-	-	53 (18,21 ±2,26)
	ГПЛС	2 (5,13 ±3,53)	16 (27,11 ±5,79)	30 (41,09 ±5,76)*	24 (31,17 ±5,02)	3 (6,98 ±3,83)	75 (25,77 ±2,56)
	ГПСТ	2 (5,13 ±3,53)	5 (8,47 ±3,62)	21 (28,77 ±5,30)	33 (42,86 ±5,67)	10 (23,26 ±6,44)	71 (24,40 ±2,51)
	ГПТС	-	5 (8,47 ±3,62)	10 (13,70 ±4,02)*	20 (25,97 ±5,00)*	30 (69,77 ±7,0)*	65 (22,34 ±2,44)*
	Всего с ЗП	24 (61,54 ±7,79)	49 (83,05 ±4,88)	71 (37,26 ±1,91)*	77 (100,0)*	43 (100,0)*	264 (90,72 ±1,70)*

Примечание. \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контролем.

Таблица 4 Индексная оценка воспаления, деструкции пародонта и гигиены полости рта у больных с ГЭРБ

Группа	Показатель	Возраст, лет					Всего
		18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	
Контроль	РМА, %	10,35 ±0,44	18,36 ±0,57	20,52 ±1,02	30,22 ±1,42	36,42 ±1,55	30,44 ±1,26
	PI, балл	1,12 ±0,04	1,68 ±0,06	2,35 ±0,08	2,62 ±0,11	3,01 ±0,12	2,44 ±0,11
	ОНИ-s индекс	0,92 ±0,03	1,21 ±0,05	1,56 ±0,04	2,03 ±0,07	3,11 ±0,12	2,17 ±0,08
ГЭРБ	РМА, %	25,61* ±1,05	36,25* ±1,42	54,32* ±2,03	58,31* ±2,65	67,32* ±2,91	50,62* ±2,44
	PI, балл	2,32* ±0,11	2,88* ±0,12	3,25* ±0,14	4,52* ±2,18	5,02* ±0,17	4,32* ±0,15
	ОНИ-s индекс	1,62* ±0,07	2,03* ±0,08	3,11* ±0,12	4,25* ±0,17	4,66* ±0,21	3,44* ±0,12

Примечание. \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контролем.

В настоящее время доказана общность патогенетических механизмов развития заболеваний желудочно-кишечного тракта и полости рта, в том числе и заболеваний пародонта. Установлено, что воспалительные заболевания пародонта, являясь очагом хронической инфекции, могут способствовать развитию или обострению заболеваний пищеварительной систем [2,4]. Очевидно, что на стоматологическом приеме необходимо оценивать риск для пародонтологических пациентов с диагностированной или недиагностированной патологией органов желудочно-кишечного тракта, в том числе и ГЭРБ, с целью своевременного обследования и лечения у врачей-интернистов.

### Выводы

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь вносит дополнительный вклад в ухудшение состояния полости рта, при этом у пациентов с ГЭРБ достоверно чаще встречаются воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, языка и пародонта.

Клинические особенности течения пародонтита у пациентов при наличии ГЭРБ заключаются в более выраженной воспалительной реакции в тканях пародонта и более низкой гигиене полости рта по сравнению с группой лиц без ГЭРБ.

Учитывая высокую частоту воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с ГЭРБ, рекомендуется включение в стандарты обследования таких пациентов консультации пародонтолога.

### Литература

1. Ахмедханов И.А. Оценка уровня саливаации и состояния полости рта при патологии верхних отделов пищеварительного тракта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2013. — 24 с.
2. Булкина Н.В. Патогенетическая взаимосвязь и взаимовлияние воспалительных заболеваний пародонта с патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта // Институт стоматологии. — 2010. — №2 (47). — С. 27-29.
3. Джамалдинова Т.Д., Максимовская Л.Н., Ли Е.Д. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — №9. — С. 23-27.
4. Мосеева М.В. Обоснование патогенетических методов профилактики кариеса и воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью, гастритами и дуоденитами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 2012. — 38 с.
5. Осадчук М.А., Осадчук А.М., Балашов Д.В., Кветной И.М. Рефрактерная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: клинико-эндоскопические, функциональные и морфофункциональные критерии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 2011. — №2. — С. 30-36.
6. Falcao A., Nasi A., Brandao J. et al. What is there alimpair menton esophageal motility in patients with gastroesophageal reflux disease? // Arq. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 50, №2. — P. 111-116.
7. Hee Sun Jung, Myung Gyu Choi, Myong Ki Baeg et al. Obesity Is Associated With Increasing Esophageal Acid Exposure in Korean Patients With Gastroesophageal

Reflux Disease Symptoms // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2013. — Vol. 19, №3. — P. 338-343.

8. Jung H.S., Choi M.G., Baeg M.K. et al. Obesity is associated with increasing esophageal Acid exposure in korean patients with gastroesophageal reflux disease symptoms // J. Neurogastroenterol( Motil. — 2013. — Vol. 19, №3. — P. 338-343.
9. Sifrim D., Zerbib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors // Gut. — 2012. — Vol. 61, №9. — P. 1340-1354.
10. Tae Hee Lee, Joon Seong Lee. Specific Movement of Esophagus During Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation in Gastroesophageal Reflux Disease // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2013. — Vol. 19, №3. — P.332-337.
11. Yao-Kuang Wang, Wen-Hung Hsu, Sophie S.W. Wang et al. Current Pharmacological Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Gastroenterol. Res. Pract. — 2013. — Vol. 2013. — P.983653.

В исследованиях принял участие 291 больной с клинически диагностированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), 40 человек составили контрольную группу.

С целью своевременного обследования и лечения у врачей-интернистов на стоматологическом приеме необходимо оценивать риск для пародонтологических пациентов с диагностированной или недиагностированной патологией органов желудочно-кишечного тракта.

### Summary

Prevalence and intensity of periodontal diseases have been studied in the sickness patients with gastroesophageal reflux.

Enough high standart of inflammation of marginal gum have been showed by index value of the tissue state of periodontium.

More high standart of inflammation was destructive strice and oral cavity hygiene was more decreased in the GRED patients. All the learned aged groups wiTh GRED exceed control for sure (P=0.05) on the whole, the GRED group patients had PMA index equal to 50.62+ 2.44% against 30.44+1.26% in group of control. PI Indices were the same 4.32+0.515 against 2.44+0.11(P=0.05) and hygienic index was -3.44+0.44+0.152.against 2.17+0.08 (P=0.05).

Its in necessary to state the value of the paradontal risk for the patient with diagnosed or undiagnosed pathology of gastrointestinal track as well as GRED for the purpose of current.