

УДК 616.329-002-02:616.33-008.17-06:616.314

Ю.І. Бондаренко¹, В.Я. Лобанець¹, І.Й. Ніверовський², В.І. Чернецький³

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ АСПЕКТИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ З УРАХУВАННЯМ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТА

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України²Козівська центральна районна лікарня³Збаразька центральна районна лікарня

Резюме. Станом на сьогодні гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) постає не менш актуальною, оскільки торкається багатьох медико-соціальних питань. За даними світової та вітчизняної статистики, відмічається тенденція до зростання кількості хворих, особливо серед соціально активних верств населення.

Авторами у 62 пацієнтів неерозивною формою ГЕРХ та 23 пацієнтів із ерозивною формою ГЕРХ проведено стоматологічний огляд з метою виявлення запальних змін у слизовій оболонці ротової порожнини та тканинах пародонта. Поширеність запального процесу в слизовій оболонці (у %) підтверджували за результа-

тами апробованого папілярно-маргінально-альвеолярного індексу. Комплексний пародонтальний індекс характеризував інтенсивність захворювань тканин пародонта. Виявлено ознаки запалення слизової оболонки ротової порожнини у 81 % профільних пацієнтів, що виражені більш в осіб із ерозивною формою ГЕРХ. Аналіз діагностованих змін дав можливість верифікувати пародонтит різного ступеня в 14 % обстежених пацієнтів, переважно з ерозивною формою ГЕРХ.

Ключові слова: гастроєзофагеальної рефлюксна хвороба, стоматологічний статус.

Вступ. Проблема гастроєзофагеально рефлюксної хвороби (ГЕРХ) за останні десятиліття постає однією з першочергових у сучасній гастроентерології. Актуальність полягає в яскраво вираженому швидкому зростанні поширеності захворювання з щорічним приростом близько 5 % [3]. В умовах сьогодення світова наукова спільнота виділяє ерозивну (ЕРХ) та неерозивну (НЕРХ) форми ГЕРХ. Так, більш поширеною формою є НЕРХ, яка діагностується у 53-58 % пацієнтів, тоді як ЕРХ спостерігається в 37-43 % осіб [4]. Доведено, що НЕРХ форма характеризується повільним прогресуванням захворювання, меншою частотою виникнення позастравних проявів та ускладнень [5].

З публікацій останніх років стає очевидним, що розвиток пародонтиту зумовлений патологією внутрішніх органів [7, 10]. Інші ж науковці висловлюють протилежну думку, що загальносоматичні захворювання у 85 % випадків є супутніми та, як наслідок, поглиблюють патологічний процес у пародонті [6, 10]. Доведено, що тяжкість та тривалість захворювань внутрішніх органів корелює із ступенем тяжкості саме хронічного генералізованого пародонтиту [2, 7].

Комплекс патофізіологічних процесів у пародонті на тлі ГЕРХ є багатогранним, оскільки зумовлений зниженням реактивності організму соматичним захворюванням, регенераційною здатністю тканин та ушкоджуючим впливом на пародонт хімічного чинника (шлункового рефлюктанту) з подальшим індукуванням імунних реакцій-відповідей організму. Так, у доступній літературі зазначено, що зміна саме мінерального складу й в'язкості слини з розвитком ацидифікації (рН<7,0) запускає каскад стоматологічних ушкоджень при ГЕРХ [2, 10].

Отже, хронічний пародонтит та ГЕРХ є взаємообтяженими захворюваннями. Інтермітуючий

вплив шлункового рефлюктанту поглиблює наявні та зумовлює подальші структурно-функціональні порушення як у слизовій оболонці ротової порожнини, так і тканинах пародонта.

Мета дослідження. Запропонувати діагностичний алгоритм гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби з обов'язковим визначенням стоматологічного статусу для кожного пацієнта на момент госпіталізації, що дасть можливість вже на ранніх етапах провести належне лікування та покращати якість життя пацієнтів.

Матеріал і методи. Для дослідження відібрано 85 хворих на ГЕРХ шляхом випадкового підбору за період з 2012 до 2015 роки. Групу порівняння склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Загалом вибірка включала 44 (51,76 %) чоловіки й 41 (48,24 %) жінку (рис.1).

Кількісну оцінку та поширеність гінгівіту характеризує папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) (модифікований Parma G., 1960) [7].

Шкала оцінки індексу РМА: 1 бал- запалення ясенного сосочка (Р); 2 бали – запалення краю ясен (М); 3 бали - запалення альвеолярних ясен (А).

Індекс РМА=(Сума балів / 3·Кількість зубів) ·100 %.

Суму балів визначають шляхом додавання усіх найвищих показників кожного зуба. Кількість зубів залежить від віку пацієнта: у 6-11 років у нормі 24, у 12-14 років – 28, у 15 років і старші – 30 зубів.

Критерії оцінки: до 20 % – легкий ступінь тяжкості гінгівіту; 25-50 % – середній ступінь тяжкості гінгівіту; вище 51 % – тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту.

Комплексний пародонтальний індекс (КПІ) за методом П.О. Леуса (1989) передбачає групову

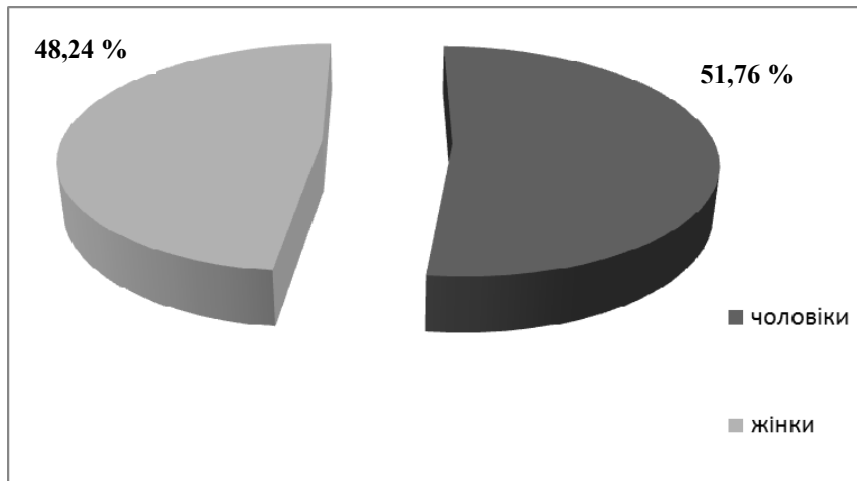


Рис. 1. Розподіл хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу за статтю

діагностику стану тканин пародонта та обстеження у дорослих 16/17, 11, 26/27, 37, 36, 46, 47 або найближчі зуби за відсутності необхідних [6].

Шкала оцінки індексу КПП: 0 – здорові ясна; 1 – зубний наліт; 2 – кровоточивість ясен; 3 – наявність зубного каменя; 4 – ясенна або пародонтальна кишень; 5 – рухомість зуба.

КПП = Сума балів усіх обстежених зубів / Число обстежених зубів.

Критерії оцінки: 0,1-1,0 – є ризик захворювання; 1,1-2,0 – легкий ступінь ураження; 2,1-3,5 – середній ступінь ураження.

Статистична обробка результатів виконувалася за допомогою пакета програм Microsoft Excel, Statistica 8.0. Для виявлення статистичної значущої різниці показників між підгрупами застосовували непараметричний U-критерій Манн-Уїтні. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез у досліджах приймався рівним 0,05 [9].

Результати дослідження та їх обговорення.

У таблицях 1, 2 подано демографічну й анамністичну характеристики хворих на ГЕРХ.

За даними табл. 1 отримано вірогідну різницю віку між групами чоловіків й жінок (критерій Манн-Уїтні, $p < 0,05$). Потрібно зауважити, що згідно із класифікацією вікових груп за ВООЗ, більшість чоловіків ($42,0 \pm 2,0$ року) й жінок ($51,5 \pm 2,0$ року) були працездатного віку [1]. У таблиці 2 відмічено, що кількість хворих працездатного віку (25-60 років) становила 64,0 (75,3 %), тобто вибірка відображала найактивнішу в соціальному плані частку людей. Не менш важливим є діагностика у 4,0 (4,7 %) пацієнтів ГЕРХ у молодому віці (18-29 років) (табл. 2).

Тривалість захворювання (із моменту першого документального підтвердження ГЕРХ) значуще різнилась у групах чоловіків й жінок (критерій Манн-Уїтні, $p < 0,05$) (табл. 1). У 43,0 (50,6 %) пацієнтів тривалість захворювання не перевищувала 5-річну позначку (табл. 2).

Діагноз ГЕРХ встановлювали згідно з наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005 року „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „гастроентерологія” [8].

У 62,0 (73,0 %) профільних пацієнтів діагностовано неерозивну форму ГЕРХ (табл. 2).

Супутня патологія (табл. 3) діагностована у 85,0 (100,0 %) пацієнтів. Проте останні відібрані в стадії ремісії або стабілізації супутнього захворювання, що суттєво не відбивалося на клінічній картині основного захворювання та не вимагало корекції лікування, яке б вплинуло на результати.

При визначенні стоматологічного статусу у хворих на ГЕРХ отримано скарги на відчуття свербіж у ділянці ясен у 73,0 (85,9 %) осіб, періодичну появу кровоточивості під час чищення зубів у 83,0 (97,6 %) хворих, неприємний запах із рота у 85,0 (100,0 %) осіб. Відмічалися застійно-гіперемійовані ясна з ціанотичним відтінком, які валикоподібно охоплювали зубний ряд. Запально-дистрофічні зміни не обмежувалися зоною міжзубних сосочків й маргінальним краєм ясен, але й поширювалися на альвеолярну частину ясен. Помірний набряк ясенних сосочків й ясенного краю діагностовано у 37,0 (43,5 %) осіб, альвеолярної частини ясен – у 32,0 (37,7 %) осіб. Об'єктивно у 69,0 (81,2 %) хворих діагностовано хронічний катаральний в'ялий перебіг гінгівіту різних ступенів тяжкості.

Пародонтальні кишені глибиною 3 мм визначали у 10,0 (11,8 %) пацієнтів, тоді як 4,5 мм – у 2,0 (2,4 %) осіб. Патологічна рухомість зубів у вестибулооральному напрямку на 1-2 мм діагностована у 2,0 (2,4 %) пацієнтів. Виявлені патологічні зміни у 12,0 (14,1 %) профільних пацієнтів характерні для хронічного генералізованого пародонтиту легко-середнього ступенів тяжкості.

У 16,0 (18,8 %) пацієнтів із неерозивною формою ГЕРХ об'єктивно не виявлено патологічних змін у слизових оболонках ясен та в тканинах пародонта.

Для виявлення запальних змін у слизових оболонках ясен використали папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА). Серед більшості пацієнтів основної групи – 29,0 (34,1 %) осіб – підтверджено гінгівіт середнього ступеня тяжкості, що відповідало значенню індексу в межах 25-50 %. Визначено значення РМА

Таблиця 1

Розподіл хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу за анамнестичними даними, n

Характеристика	Величина показника у групах, M±m		
	Чоловіки, n=44	Жінки, n=41	Загалом, n=85
Вік, роки	42,0±2,0*	51,5±2,0	47,0±2,0
Тривалість, роки	5,0±1,5*	8,0±2,0	6,0±1,0

Примітка. * – різниця значуща (p<0,05) порівняно з групою жінок (оцінка за допомогою критерію Манн-Уїтні)

Таблиця 2

Розподіл за віком, тривалістю захворювання у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, n (%)

Характеристика	Чоловіки, n=44	Жінки, n=41	Загалом, n=85
Вікова група, роки:			
18-29	3,0 (6,8 %)	1,0 (2,4 %)	4,0 (4,7 %)
30-44	28,0 (63,6 %)	4,0 (9,8 %)	32,0 (37,7 %)
45-59	9,0 (20,5 %)	19,0 (46,3 %)	28,0 (32,9 %)
60-74	4,0 (9,1 %)	12,0 (29,3 %)	16,0 (18,8 %)
75-89	-	5,0 (12,2 %)	5,0 (5,9 %)
Тривалість анамнезу:			
Відсутній анамнез	-	2,0 (4,9 %)	2,0 (2,4 %)
До 5 років	36,0 (81,8 %)	7,0 (17,1 %)	43,0 (50,6 %)
5-10 років	5,0 (11,4 %)	28,0 (68,2 %)	33,0 (38,8 %)
11-20 років	3,0 (6,8 %)	4,0 (9,8 %)	7,0 (8,2 %)
Перебіг захворювання:			
Неерозивна форма	33,0 (75,0 %)	29,0 (70,7 %)	62,0 (73,0 %)
Ерозивна форма	11,0 (25,5 %)	12,0 (29,3 %)	23,0 (27,0 %)

Таблиця 3

Супутня патологія у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, n (%)

Супутнє захворювання	Кількість n, (%)
Хронічний панкреатит	69,0 (81,2 %)
Хронічний ентероколіт	72,0 (84,7 %)
Жовчнокам'яна хвороба	32,0 (37,7 %)
ХОЗЛ	9,0 (10,6 %)
Цукровий діабет II типу	11,0 (12,9 %)
Ішемічна хвороба серця (стабільна стенокардія напруги, атеросклеротичний кардіосклероз)	57,0 (64,1 %)
Есенційна чи симптоматична артеріальна гіпертензія	59,0 (69,4 %)

Примітка.* – в одного хворого могло бути кілька захворювань

понад 51 %, як прояв важкого ступеня гінгівіту, у 32,0 (37,7 %) осіб. У 8,0 (9,4 %) пацієнтів індекс РМА не перевищував позначки 20 % для легкого ступеня гінгівіту. Тоді як у 16,0 (18,8 %) осіб підтверджено клінічно здоровий стан ясен.

Слід зазначити, що у хворих на ГЕРХ має місце запальний процес у слизових оболонках ясен, який підтверджений значущим зростанням у 1,7 раза (p<0,05) індексу РМА щодо групи ПЗО. Так, середнє значення РМА у хворих на ГЕРХ сягало 19,6±2,5 % порівняно 34,4±1,6 % проти групи ПЗО (p<0,05).

Згідно з отриманими результатами індексу РМА, із віком поширеність запальних явищ і збільшення їх ступеня тяжкості у хворих на ГЕРХ поступово зростає. Так, прояви гінгівіту середнього ступеня тяжкості переважали в осіб зрілого віку – 11,0 (12,9 %) пацієнтів, тоді як гінгівіту важкого ступеня – у 13,0 (15,3 %) осіб – у старечій групі (табл. 4).

Важливими виявились отримані результати середнього значення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу в різних вікових групах. У свою чергу, середнє значення РМА у пацієнтів

Таблиця 4

Розподіл хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу за віковими групами згідно з результатами папілярно-маргінально-альвеолярного індексу, n (%)

Характеристика	Клінічно здорові ясна	Гінгівіт легкого ступеня	Гінгівіт середнього ступеня	Гінгівіт тяжкого ступеня
Вікова група, роки: 18-29	1,0 (1,2 %)	-	7,0 (8,2 %)	3,0 (3,5 %)
30-44	3,0 (3,5 %)	3,0 (3,5 %)	7,0 (8,2 %)	7,0 (8,2 %)
45-59	8,0 (9,4 %)	1,0 (1,2 %)	11,0 (12,9 %)	8,0 (9,5 %)
60-74	4,0 (4,7 %)	4,0 (4,7 %)	4,0 (4,7 %)	13,0 (15,3 %)
75-89	-	-	-	1,0 (1,2 %)
Загалом	16,0 (18,8 %)	8,0 (9,4 %)	29,0 (34,1 %)	32,0 (37,7 %)

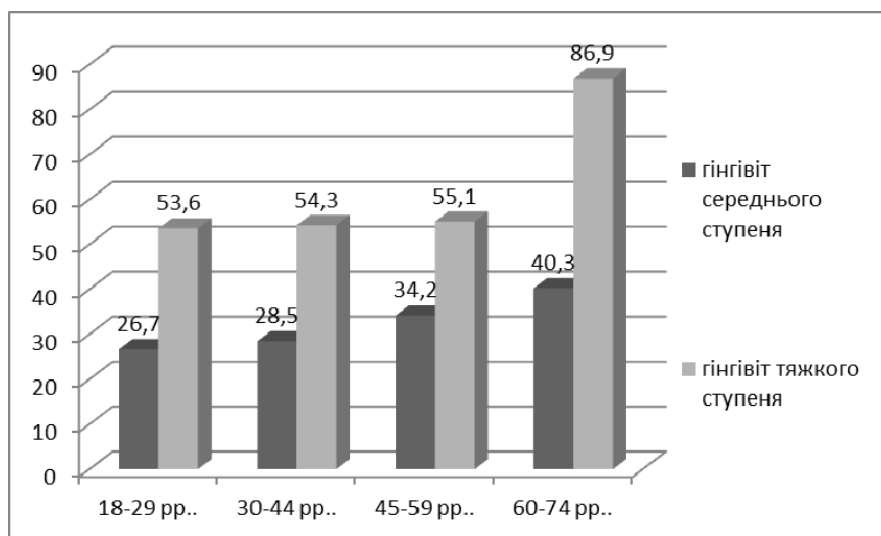


Рис. 2. Середнє значення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу у вікових групах

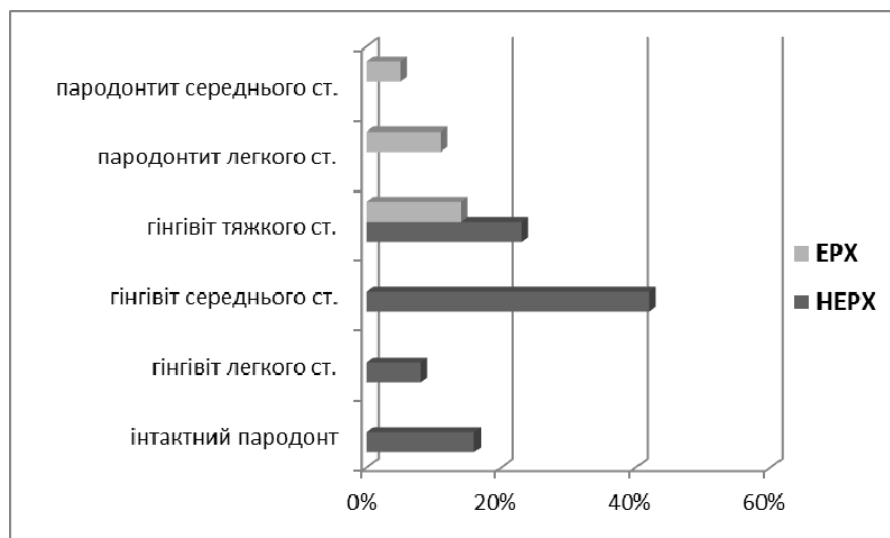


Рис. 3. Аналіз патологічних захворювань у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу за значенням комплексного пародонтального індексу

зрілого віку з гінгівітом середнього ступеня вище в 1,2 раза ($p < 0,05$) щодо аналогічного в середній віковій групі, тоді як у старечому віці – в 1,4 раза проти осіб середнього віку ($p < 0,05$). Також серед хворих на гінгівіт тяжкого ступеня середнє значення РМА в старечій групі значуще перевищу-

вало в 1,6 раза ($p < 0,05$) аналогічний показник середньої вікової групи (рис. 2).

З метою виявлення симптомів, які характеризують патологічний стан тканин пародонта, із можливістю встановити ступінь тяжкості запального процесу використовували апробований на

практиці комплексний пародонтальний індекс (КПІ) за методом П.О. Леуса (1989). Так, у хворих на ГЕРХ значення КПІ значуще перевищувало відповідний індексний результат групи ПЗО ($p < 0,05$), що вказує на наявність захворювань пародонта в пацієнтів із гастростравохідною патологією (рис. 3).

Беручи до уваги наявність м'яких чи твердих зубних відкладень, кровоточивості, пародонтальних кишень, рухомості зубів різного ступеня у 12,0 (14,1 %) хворих на ЕРХ середнє значення КПІ складало ($2,3 \pm 0,1$), що в 3,3 раза ($p < 0,05$) перевищувало значення групи ПЗО ($0,7 \pm 0,2$). Так, у 2,0 (2,4 %) хворих на ЕРХ середнє значення КПІ сягнуло ($2,9 \pm 0,1$), яке відповідає ураженню пародонта середнього ступеня тяжкості. Тоді як у 10,0 (11,8 %) пацієнтів із ЕРХ даний показник зазначений ($1,6 \pm 0,1$) та визначається при патологічних змінах у тканинах пародонта легкого ступеня тяжкості. Усі 12,0 (14,1%) пацієнтів із пародонтитом на тлі ЕРХу були зрілого віку (45-59 рр., згідно з класифікацією за віком ВООЗ). Серед решти 11,0 (13,0%) хворих на ЕРХ та 62,0 (72,9 %) пацієнтів із НЕРХ середнє значення КПІ не перевищувало позначку 1,0, що не різнилося такого групи ПЗО ($p > 0,05$) та на даний момент не підтверджує ураження тканин пародонта.

Отже, серед пацієнтів із неерозивною формою ГЕРХ у 74,0 % діагностовано ураження слизової оболонки, які проявлялись гінгівітом різного ступеня тяжкості. У свою чергу, серед 52,0 % осіб з ерозивною формою ГЕРХ відмічено уже патологічні зміни з боку пародонта, як хронічний генералізований пародонтит.

Висновки

1. Запальні захворювання слизових оболонок ротової порожнини та пародонта за наявності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є взаємозумовленими нозологіями, які взаємообтяжують перебіг одне одного.

2. Виявлено, що в 73 % пацієнтів із неерозивною формою гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби діагностовано хронічний гінгівіт різного ступеня тяжкості.

3. Хронічний генералізований пародонтит, характерний для ерозивної форми гастроєзофаге-

альної рефлюксної хвороби, діагностовано в 14 % обстежених хворих.

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо за доцільне внесення у діагностичний алгоритм пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою проведення оцінки стоматологічного статусу з метою виявлення запального процесу в слизовій оболонці ясен та тканинах пародонта. Запропонований алгоритм забезпечить ранню діагностику стоматологічних проявів ГЕРХ, запобіжить прогресуванню та розвитку ускладнень захворювання.

Література

1. Алексеева О.П. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Учеб. пособ./ О.П. Алексеева, Д.В. Пикулев, И.В. Долбин. – Н. Новгород: изд. Нижегородской государственной медицинской академии, 2006. – 110 с.
2. Бандрівський Ю.Л. Стан органів порожнини рота при деструктивно-запальних захворюваннях гастродуоденальної зони (огляд літератури) / Ю.Л. Бандрівський, О.О. Бандрівська, Н.Н. Бандрівська // Клінін. стоматол. – 2014. – № 2. – С. 12-16.
3. Жихарева Н.С. ГЭРБ: современные вопросы патогенеза, диагностики, терапии / Н.С. Жихарева / Гастроэнтерология. – 2007. – № 3. – С. 27-31.
4. Колісник С.П. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики: огляд / С.П. Колісник, В.М. Чорнобровий // Сучас. гастроентерол. – 2006. – № 1. – С. 93-97.
5. Критерії прогнозування перебігу та розвитку ускладнень гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби у хворих з різним трофологічним статусом / Г.Д. Фадеєнко, І.Е. Кушнір, В.М. Чернова [та ін.] // Суч. гастроентерол. – 2014. – № 5 (79). – С. 31-37
6. Курякина Н.В. Заболевания пародонта / Н.В. Курякина. – М.: Медкнига – НГМА, 2005. – 43 с.
7. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування. Навчальний посібник / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2004. – 248 с.
8. Наказ МОЗ України за № 271 від 13.06.2005 р. „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „гастроентерологія”.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва, 2003. – 305 с.
10. Скрипник І.М. Взаємозв'язок стоматологічних і фаринго-ларингеальних виявів у пацієнтів з ГЕРХ / І.М. Скрипник, Н.Ю. Ємельянова // Сучас гастроентерол. – 2009. – № 1 (45). – С. 18-20.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ

Ю.И. Бондаренко, В.Я. Лобанец, И.Й. Ниверовский, В.И. Чернецкий

Резюме. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) остается не менее актуальной сегодня, поскольку затрагивает многие медико-социальные вопросы. Данные мировой и отечественной статистики отмечают тенденцию к увеличению количества больных, особенно среди социально активных слоев населения.

Авторами у 62 больных неэрозивной формой ГЭРБ и 23 пациентов эрозивной формой ГЭРБ проведен стоматологический осмотр с целью выявления воспалительных изменений у слизистых оболочках ротовой полости и тканях пародонта. Распространенность воспалительного процесса у слизистых оболочках (у %) подтверждали по результатам апробированного папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса. Комплексный пародонтальный индекс характеризировал интенсивность заболеваний тканей пародонта. Обнаружено признаки воспаления слизистых оболочек ротовой полости у 81 % профильных пациентов, выражены больше у больных эрозивной формой ГЭРБ.

Анализ диагностированных изменений дал возможность верифицировать пародонтит разной степени тяжести у 14 % всех больных, преимущественно эрозивной формой ГЭРБ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, стоматологический статус.

CLINICAL AND MEDICAL HISTORY ASPECTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH REGARD TO THE PATIENT'S DENTAL STATUS

Yu.I. Bondarenko¹, V.Ya. Lobanets¹, I.Yo. Niverovsky², V.I. Chernetskyi³

Abstract. Gastroesophageal reflux disease (GERD) remains no less relevant today, as it affects many health and social issues. According to global and domestic statistics note the number of patients, particularly among socially active population tends to increase.

The authors performed dental examination to detect inflammatory changes in the oral mucosa and periodontal tissues in 62 patients with non-erosive form of GERD and 23 patients with erosive form of GERD. The prevalence of the inflammatory process in the mucous membranes (in %) was confirmed by the results of a proven papillary-marginal-alveolar index. Comprehensive periodontal index characterized the intensity of periodontal disease. We found signs of inflammation of the mucous membranes of the oral cavity in 81 % of relevant patients and they were more expressed in patients with erosive form of GERD. An analysis of the diagnosed changes made it possible to verify periodontitis of varying severity in 14% of patients, mostly erosive form of GERD.

Key words: gastroesophageal reflux disease, dental status.

¹SHEE «I.Ya. Horbachevsky State Medical University» (Ternopil)

²Central District Hospital (Kozova)

³Central District Hospital (Zbarazh)

Рецензенти: проф. О.І. Волошин

доц. О.В. Митченко

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 23-28

Надійшла до редакції 21.06.2015 року