

## ВНУТРИРОТОВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Э.Д. ШИХНАБИЕВА, Д.А. ШИХНЕБИЕВ, М.М. КИШЕВ, Р.М. АБУКОВ

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
пл. Ленина, д. 1, г. Махачкала, 367000, Россия*

**Аннотация.** *Цель исследования* – изучить особенности внутриротовых (стоматологических) проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц позднего подросткового возраста. **Материалы и методы исследования.** Было обследовано 114 пациентов в возрасте 15-19 лет с верифицированным диагнозом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был выставлен на основании результатов клинического и эндоскопического исследований, а для оценки стоматологического статуса пациенты были осмотрены стоматологом – проводилось клиническое обследование органов и тканей полости рта. **Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования показали наличие у пациентов позднего подросткового возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, помимо пищеводных, и внепищеводных (внутриротовых) проявлений заболевания, о преобладании у них же, особенно при наличии эзофагеального и дуоденального рефлюксов, генерализованных форм воспалительных поражений тканей пародонта. Клиницисты нередко не учитывают патогенетическую связь внутриротовых проявлений и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, что в большинстве случаев приводит к длительному и малоэффективному лечению. **Заключение.** Для предотвращения прогрессирования изменений в полости рта и возникновения осложнений данная категория пациентов нуждается в проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе направленных и на лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления, стоматологические проявления, внутриротовые проявления.

## INTRAORAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES IN ADOLESCENCE

E.D. SHIKHNABIEVA, D.A. SHIKHNEBIEV, M.M. KISHEV, R.M. ABUKOV

*Dagestan State Medical University, Lenin Sq., 1, Makhachkala, 367000, Russia*

**Abstract.** *Research purpose* is to study the features of intraoral (dental) manifestations of gastroesophageal reflux disease in adolescence. **Materials and research methods.** 114 patients aged 15-19 years with a verified diagnosis of gastroesophageal reflux disease were examined. The diagnosis of gastroesophageal reflux disease was made on the basis of the results of clinical and endoscopic studies, and patients were examined by a dentist to evaluate their dental status - a clinical examination of organs and tissues of the oral cavity was performed. **Results and their discussion.** The results of the study showed the presence of esophageal and duodenal reflux, generalized forms of inflammatory lesions of periodontal tissues in adolescence with gastroesophageal reflux disease in addition to esophageal and extra-esophageal (intraoral) manifestations of the disease. Clinicians often do not take into account the pathogenetic relationship of intraoral manifestations and gastroesophageal reflux disease, which in most cases leads to prolonged and ineffective treatment. **Conclusions.** To prevent the progression of changes in the oral cavity and the occurrence of complications, these patient need therapeutic and preventive measures, including for treatment gastroesophageal reflux disease.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, extraesophageal manifestations, dental manifestations, intraoral manifestations.

**Актуальность.** *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)*, при котором воспаление стенок пищевода возникает вследствие ретроградного рефлюкса желудочного или дуоденального содержимого в пищевод, в настоящее время является одной из наиболее часто встречающихся патологий в гастроэнтерологической практике. Следует отметить, что с конца XX века произошло увеличение абсолютного числа больных ГЭРБ среди лиц всех возрастных групп [2]. Если в 90-х годах прошлого столетия симптомы ГЭРБ (изжога, отрыжка и др.) имели место у 20-40%, то в начале XXI века – у 40-60% населения земного шара. Интерес к данному заболеванию обусловлен также тем, что ГЭРБ характеризуется тенденцией к «омоложению», склонна к развитию опасных для жизни осложнений (стриктуры и язвы пищевода, кровотечения, перфорация, развитие пищевода Баррета, аденокарцинома пищевода), а также

возможностью рецидива клинических и эндоскопических проявлений заболевания после окончания курса терапии и рефрактерным течением у отдельных больных [5].

ГЭРБ представляет значительный интерес не только для интернистов, но и для врачей других специальностей, что обусловлено внепищеводными проявлениями заболевания («маски» ГЭРБ) [3-5]. Экстрапищеводные проявления ГЭРБ могут быть представлены симптомами заболеваний органов, близлежащих к пищеводу – *глотки* (ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание «почистить горло», осиплость голоса, хронический ларингофарингит, язвы и гранулемы голосовых связок, стеноз гортани); *трахеи и бронхов* (хронический кашель, астма неаллергическая), *легких* (аспирационная пневмония, ателектаз, абсцесс легких), *сердца* (преходящие нарушения ритма и проводимости, боли за грудиной некоронарогенного происхождения). Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ отдельной группой выделены также такие специфические стоматологические симптомы, как нарушение вкусовых ощущений, жжение языка, щек, поражение твердых тканей зубов (эрозии и истончение эмали зубов), кариес, гранулема, пародонтит [1, 6]. Группа экспертов по ГЭРБ (Монреаль, 2006) считает рефлюкс-кариес достоверно связанным с ГЭРБ внепищеводным симптомом заболевания. Кроме того, к числу специфических клинических симптомов ГЭРБ относят также слюнотечение вследствие ваготонии.

При наличии внепищеводной симптоматики ГЭРБ возникают не только трудности при постановке диагноза, но и нередко допускаются ошибки в терапии. Особенно это проявляется у лиц молодого возраста, поскольку не все пациенты этого возраста с ГЭРБ или другими заболеваниями пищеварительной системы попадают в поле зрения медицинских работников, в том числе и стоматологов. И та часть из них, которая обращается к стоматологам, оториноларингологам или терапевтам, предъявляют жалобы, характерные для хронической стоматологической, оториноларингологической, кардиальной или бронхопьюльмональной патологии; при этом у них отсутствуют жалобы на изжогу, регургитацию, боли в сердце и другие симптомы, позволяющие заподозрить ГЭРБ.

**Цель исследования** – изучить особенности внутриротовых (стоматологических) проявлений ГЭРБ у лиц позднего подросткового возраста.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 114 пациентов позднего подросткового возраста (15-19 лет) с верифицированным диагнозом ГЭРБ, которые проходили обследование и лечение в Республиканском центре охраны здоровья подростков и студенческой молодежи (г. Махачкала) в 2015-2018 гг. Среди них мальчики составляли 39,9%, девочки – 60,1%. Продолжительность заболевания составляла 2-5 лет.

Диагноз ГЭРБ пациентам был выставлен на основании результатов клинического и эндоскопического (эзофагогастродуоденоскопии) исследований. Для оценки стоматологического статуса пациенты были осмотрены стоматологом в Республиканской стоматологической поликлинике – проводилось клиническое обследование органов и тканей полости рта. При этом учитывалась кровоточивость десен по данным анамнеза, фиксировались состояние зубных тканей (некариозные и кариозные поражения), наличие патологической подвижности, изучались изменения слизистой оболочки полости рта. Для оценки распространенности воспалительного процесса в тканях использовали следующие индексы: папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, пародонтальный индекс по *Russel*, индекс кровоточивости по *Muhlemann*, индекс гигиены по *Green-Vermillion*. Налет на языке оценивали визуально с помощью индекса *WTC*.

При постановке пародонтального диагноза пользовалась классификацией заболеваний пародонта, утвержденной на XVI Пленуме правления Всесоюзного научного общества стоматологов (1983).

Критериями включения в исследование были: лица в возрасте 15-19 лет с наличием хотя бы одного симптома ГЭРБ, подписавшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования являлись: невозможность или нежелание дать добровольное информированное согласие на участие в исследовании; участие в другом исследовании; пациенты с коморбидной патологией других органов и систем организма, которые могут повлиять на результаты исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью стандартных пакетов программ «*Microsoft Excel*», «*Statistica 6.0*» с вычислением долевых значений. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что из пищеводных симптомов ГЭРБ (рис. 1): у всех исследованных (100%) отмечалась изжога, у 32,5% – жжение (боли) в нижней трети грудины, у 17,5% – регургитация пищей и у 33,1% – отрыжка. Эти симптомы, как известно, наиболее четко отражают недостаточность нижнего пищеводного сфинктера. В 34,9% случаев пациенты отмечали усиление изжоги после приема пищи, в 32,2% случаев – при изменении положения тела, а у 32,9% изжога сопровождалась неприятными ощущениями в эпигастральной области, чувством переполнения и периодическим вздутием живота. У 34 (29,8%) пациентов выявлялись нарушения сна. Большинство обследованных эти нарушения связывали с наличием изжоги в ночное время суток. У небольшого числа больных (7,0%) отмечалась тошнота.

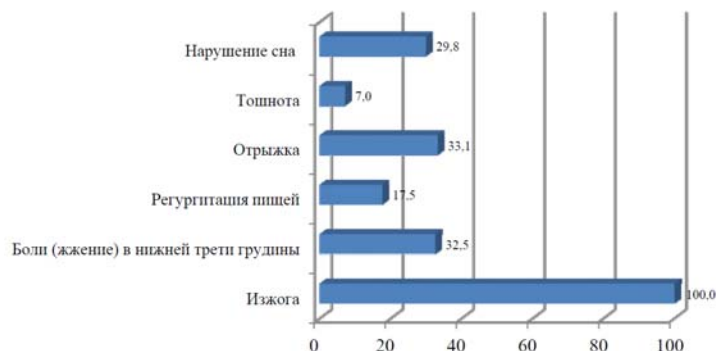


Рис. 1. Частота основных клинических пищеводных проявлений ГЭРБ (в %) (n=144)

Кроме того, у обследованных пациентов отмечались такие жалобы, как: ощущение сухости в полости рта и сухость губ – у 54 (47,4%), неприятный запах изо рта – у 29 (25,4%), жжение и болезненность участков языка при приеме пищи – у 44 (38,6%), ощущение кислого во рту – у 43 (37,7%), ощущение горечи и кислого во рту – 22 (19,3%). При объективном исследовании были выявлены: обильный налет на языке – у 28 (24,6%), заеды в углах рта – у 23 (20,1%), дискомфорт в полости рта – у 22 (19,3%), кариес – у 78 (68,4%), кровоточивость дёсен во время чистки зубов – у 83 (72,8%). При обследовании тканей пародонта у 58 (50,8%) были выявлены гингивиты, у 25 (21,9%) – пародонтиты. Среди воспалительных заболеваний пародонта несколько чаще встречались генерализованные формы: гингивит – у 32 (55,2%), пародонтит – у 14 (56,0%) (локализованные гингивиты и пародонтиты – у 44,8% и у 44,0% соответственно).

В настоящее время принято выделять 2 формы ГЭРБ: 1. Эндоскопически негативную (без признаков эзофагита) и эндоскопически позитивную (с признаками эзофагита) [7]. Среди обследованных нами больных с наличием клинических признаков ГЭРБ эндоскопические изменения со стороны слизистой оболочки пищевода не были выявлены у 66 (57,9%) пациентов, а у 48 (42,1%) при эндоскопии отчетливо просматривались воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода различной степени. С учетом этого, исследованные больные были распределены на 2 группы: 1-я группа без эзофагита (66 пациентов), 2-я группа с эзофагитом (48 пациентов). Среди пациентов 2-й группы при эзофагогастродуоденоскопии у 26 в полости желудка не были выявлены примеси желчи, а у 22 наряду с наличием эрозий в области пищевода обнаружена желчь в желудке. С учетом дуоденального компонента пациентов 2-й группы мы разделили на 2 подгруппы: 2А – с эзофагеальным рефлюксом (26 пациентов) и 2Б – с эзофагеальным и дуоденальным рефлюксом (22 пациента).

Основные жалобы, распространенность и интенсивность поражений зубов кариесом и поражений пародонта мы анализировали в этих группах дифференцированно.

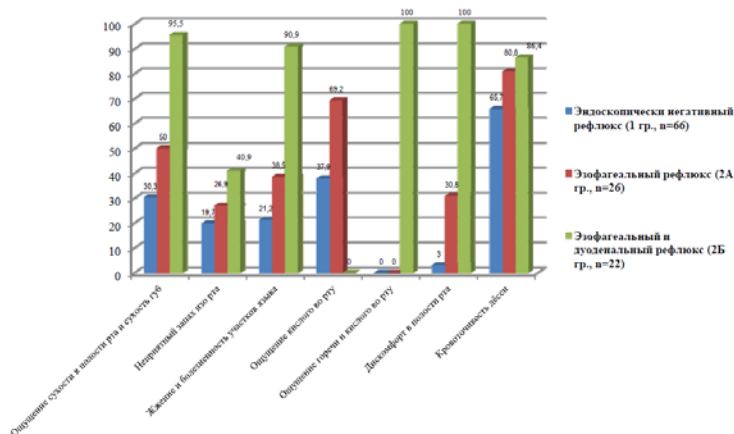


Рис. 2. Частота встречаемости основных жалоб у исследованных групп больных с ГЭРБ (в %)

Как видно из данных рис. 2, у пациентов 1-й группы (с неэрозивным рефлюксом) отмечались менее выраженные субъективные ощущения по сравнению с пациентами 2-й (с эзофагеальным рефлюксом) и 3-й (с эзофагеальным и дуоденальным рефлюксом) групп. В 1-й группе в жалобах был дискомфорт в полости рта у 2 (3,0%), ощущение сухости во рту – у 20 (30,3%), жжение и болезненность языка – у 14

(21,2%) пациентов, во 2А подгруппе – у 8 (30,8%), у 13 (50,0%) и у 10 (38,5%) соответственно, во 2Б подгруппе – у всех (100,0%) пациентов отмечался дискомфорт, у 20 (95,5%) – ощущение сухости во рту, у 20 (90,9%) – жжение и болезненность языка. При опросе также было выяснено, что большая часть пациентов с ГЭРБ отмечает кровоточивость дёсен во время чистки зубов: 1 группа – 65,7% лиц, 2А группа – 80,8%, 2Б группа – 86,4 ( $p_{1-2}=0,067$ ,  $p_{2-3}=0,128$ ,  $p_{1-3}=0,032$ ). При стоматологическом осмотре кариес зубов в группах пациентов был выявлен: у 38 (57,6%) – при неэрозивным рефлюксе, у 20 (76,9%) – при эзофагеальном рефлюксе и у 20 (90,9%) – при эзофагеальном и дуоденальном рефлюксе.

Структура заболеваний пародонта у пациентов исследованных групп отражена в таблице.

Таблица

Структура заболеваний пародонта у исследованных групп больных с ГЭРБ (в %)

Заболевания пародонта	Эндоскопически негативный рефлюкс	Эзофагеальный рефлюкс	Эзофагеальный и дуоденальный рефлюкс
Гингивит локализованный (n=26)	53,9	26,9	19,2
Гингивит генерализованный (n=32)	28,1	34,4	37,5
Пародонтит локализованный (n=11)	45,5	36,3	18,2
Пародонтит генерализованный (n=14)	28,6	28,6	42,8

Как видно из данных таблицы, локализованные формы гингивита и пародонтита значительно чаще имели место при эзофагеальном рефлюксе, генерализованный гингивит чаще встречался при эзофагеальном и эзофагеальном-дуоденальном рефлюксе, генерализованный пародонтит – при эзофагеальном и дуоденальном рефлюксе.

**Заключение.** Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о наличии у пациентов позднего подросткового возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, помимо пищеводных симптомов, также и внепищеводных проявлений заболевания, среди которых преобладают изменения со стороны слизистой оболочки полости рта и языка. У них же чаще выявляются генерализованные формы воспалительных поражений тканей пародонта. Внутриротовые изменения чаще выявляются при эзофагеальном и дуоденальном рефлюксе с забросом содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки в пищевод и далее в ротовую полость. Вместе с тем, зачастую клиницисты не учитывают патогенетическую связь внутриротовых проявлений и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, что в большинстве случаев приводит к длительному и малоэффективному лечению. Для предотвращения дальнейшего прогрессирования изменений в полости рта и возникновения осложнений данная категория пациентов нуждается в проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе направленных и на лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

### Литература

1. Джамалдинова Т.Д., Максимовская Л.Н., Ли Е.Д. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. №9. С. 23–27.
2. Кардашева С.С., Шульпекова Ю.О., Лещенко В.И. Гастроэзофагеальный рефлюкс: новые перспективы лечения // Медицинский совет. 2017. №11. С. 92–99.
3. Костюкевич О.И., Рылова А.К., Рылова Н.В., Былова Н.А., Колесникова Е.А., Корсунская М.И., Симбирцева А.С. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2018. №7(II). С. 76–81.
4. Трухан Л.Ю., Трухан Д.И. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения // Медицинский совет. 2016. №19. С. 134–137.
5. Циммерман Я.С., Вологжанина Л.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы // Клиническая медицина. 2016. № 94(7). С. 485–496.
6. Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д. Стоматологические и отоларингологические проявления при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Материалы V Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы современной пульмонологии». Махачкала, 2018. С. 217–218.

## References

1. Dzhamaaldinova TD, Maksimovskaja LN, Li ED. Projavlenija gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni v polosti rta [ymptoms of gastroesophageal reflux disease in the mouth]. Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2010;9:23-7. Russian.
2. Kardasheva SS, Shul'pekova JuO, Leshhenko VI. Gastrojezofageal'nyj refljuks: novye perspektivy lechenija [gastroesophageal reflux: new treatment prospects]. Medicinskij sovet. 2017;11:92-9. Russian.
3. Kostjuevich OI, Rylova AK, Rylova NV, Bylova NA, Kolesnikova EA, Korsunskaja MI, Simbirceva AS. Vneshhevodnye maski gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni [Extraesophageal masks Of gastroesophageal reflux disease]. Russkij medicinskij zhurnal. Medicinskoe obozrenie. 2018;7(II):76-81. Russian.
4. Truhan LJu, Truhan DI. Stomatologicheskie problemy gastrojenterologicheskix pacientov i vozmozhnye puti ih reshenija [Dental problems of gastroenterological patients and possible ways to solve them]. Medicinskij sovet. 2016;19:134-7. Russian.
5. Cimmerman JaS, Vologzhanina LG. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezni': sovremennoe sostojanie problemy i perspektivy [gastroesophageal reflux disease: current state of the problem and prospects]. Klinicheskaja medicina. 2016;94(7):485-96. Russian.
6. Shihnabieva JeD, Shihnabieva MD. Stomatologicheskie i otolaringologicheskie projavlenija pri gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni [ENT and Dental manifestations in gastroesophageal reflux disease]. Materialy V Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Aktual'nye voprosy sovremennoj pul'mologii». Mahachkala; 2018. Russian.

---

**Библиографическая ссылка:**

Шихнабиева Э.Д., Шихнебиев Д.А., Кишев М.М., Абуков Р.М. Внутриротовые проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц подросткового возраста // Вестник новых медицинских технологий. Электронное периодическое издание. 2020. №5. Публикация 1-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-5/1-9.pdf> (дата обращения: 06.10.2020). DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16656\*

**Bibliographic reference:**

Shikhnabieva ED, Shikhnebiev DA, Kisev MM, Abukov RM. Vnutrirotovye projavlenija gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni u lic podrostkovogo vozrasta [Intraoral manifestations of gastroesophageal reflux diseases in adolescence]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2020 [cited 2020 Oct 06];5 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-5/1-9.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16656

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-5/e2020-5.pdf>