

DOI: 10.21802/artm.2019.1.9.122.

УДК 616-08+616-084+616.31+616.33-002

## ПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

М.М. Рожко, О.П. Керзюк

*Івано-Франківський національний медичний університет,  
кафедра навчально-наукового інституту післядипломної освіти,  
м. Івано-Франківськ, Україна,  
ORCID ID: 0000-0002-6876-2533,  
ORCID ID: 0000-0002-5412-5867,  
e-mail: oksana-2018@ukr.net*

**Резюме.** У статті подані основні патологічні прояви ГЕРХ у ротовій порожнині, які проявляються клінічними симптомами зі сторони м'яких тканин ротової порожнини (губи, язик, пародонт) та твердих тканин зуба (ерозія, карієс). Встановлено, що при об'єктивному огляді ротової порожнини більшість хворих (72%) мали наявну суху червону облямівку губ та набряк язика із гіпертрофією ниткоподібних сосочків. Майже у половини хворих (38,6%) діагностували десквамативний глосит, хейліти, заїди у кутиках рота.

Серед некаріозних уражень найчастіше поширені ерозії емалі твердих тканин зубів, клиновидні дефекти, підвищена стертість зубів від 24% до 50%.

Із запальних захворювань тканин пародонта наявний гінгівіт різних клінічних форм та пародонтит 83 – 89 %. Найбільш поширений катаральний, гіпертрофічний гінгівіт (14 %).

У нормі слина збагачена кальцієм, фосфатами, натрієм, калієм, магнієм. Володіючи лужними властивостями, при низькому рН, призводить до вогнищевої демінералізації зубів із появою ерозій твердих тканин та карієсу.

Слина є регулятором загальної кількості мікроорганізмів у ротовій порожнині, а зміна її фізико-хімічних властивостей при захворюванні на ГЕРХ може сприяти дисбіозу (Трифонов В. Д.).

**Ключові слова:** ротова порожнина, ГЕРХ, клінічні прояви, симптоми, слина.

**Вступ.** В останні десятиріччя патологія органів травлення домінує у структурі загальної захворюваності людей і має неухильну тенденцію до зростання. У широкому спектрі хронічних захворювань ШКТ дорослих перше місце посідають ушкодження верхніх відділів травного каналу, серед яких протягом останніх років спостерігається збільшення поширеності ГЕРХ. За результатами епідеміологічних досліджень, проведених у багатьох країнах світу, частота ГЕРХ у загальній популяції становить 7–60%, яка щороку зростає, що дало підставу провідним гастроентерологам на 6 об'єднаному Європейському гастроентерологічному тижні у Бірмінгемі (1996 р.) проголосити лозунг: “XX століття – вік виразкової хвороби, XXI століття – вік ГЕРХ” [1].

**Мета дослідження:** вивчити прояви у ротовій порожнині за даними літературних джерел.

**Матеріали і методи:** здійснено огляд української та зарубіжної літератури, де описано стоматологічні прояви ГЕРХ.

Дійсна поширеність ГЕРХ недостатньо вивчена, що обумовлено різноманітністю клініко-морфологічних варіантів захворюваності, відмінними трактуваннями та визначеннями ГЕРХ, відсутністю чіткого визначення деяких симптомів цієї хвороби, недостатньою поінформованістю лікарів щодо можливості типового перебігу хвороби, а також недооцінюваною практичними лікарями та самими пацієнтами клінічних проявів цього захворювання, самолікування навіть при виражених симптомах захворювання.

Слід відзначити, що згадування про симптомокомплекс, який характерний для ГЕРХ, є ще в наукових працях Авіцені. У 1879 р. Н. Quincke вперше описав на трьох посмертних випадках ерозивно-виразкові ушкодження у нижніх відділах стравоходу, як “виразки стравоходу, що спричинені перетравлюванням”, та вказав на їхній зв'язок із травною дією шлункового соку. У 1906 р. W. Tileston підтвердив спостереження Н. Quincke та визначив “пептичну виразку стравоходу” як самостійне захворювання.

Термін “ГЕРХ” вперше запропоновано М. Rossetti в 1966 р., а у жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі в м. Генваль (Бельгія) ГЕРХ набула визнання, як самостійна нозологічна одиниця. Тоді були ухвалені перші рекомендації щодо діагностики та лікування цього захворювання, засновані на принципах доказової медицини. Згідно з визначенням, ухваленим на Гевальському форумі, ГЕРХ наявна у всіх хворих, яким загрожує ризик фізичних ускладнень у зв'язку з гастроєзофагеальним рефлюксом, а також у тих, у кого спостерігається клінічно значуще погіршення самопочуття (якості життя) внаслідок симптомів, пов'язаних із рефлюксом, після відповідного підтвердження доброякісної природи цих симптомів. Під фізичними ускладненнями розуміють, як ушкодження безпосередньо стравоходу (виразка, структура стравоходу, рефлюксоєзофагіт), так і поза-стравохідні прояви захворювання (пародонтит, гінгівіт, печія язика). Найбільш частим симптомом ГЕРХ визнана печія, при цьому такий важливий симптом, як

регургіація, у документі навіть не згадується, що слід вважати його істотним недоліком [2].

На міжнародному конгресі гастроентерологів (Монреаль, 2005 р.) було запропоновано таке визначення захворювання: ГЕРХ – це стан, що розвивається, коли рефлюкс вмісту шлунка спричиняє появу різноманітних симптомів, які турбують пацієнтів і/або спричиняють ускладнення [2, 3].

Згідно з визначенням ВООЗ ГЕРХ – це хронічне рецидивне захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони та характеризується спонтанними і/або регулярними закиданнями у стравохід шлункового чи дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу [2,3].

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба є однією із важливих проблем сучасної гастроентерології, що пов'язано із зростанням кількості хворих із цією патологією, наявністю як типових, що значно погіршує якість життя хворих, так і нетипових, що утруднює діагностику ГЕРХ, призводить до гіпердіагностики деяких захворювань та погіршує їх перебіг з можливістю прогресування хвороби та розвитку серйозних ускладнень, з необхідністю тривалого медикаментозного лікування [1].

В останні роки були досягнуті значні успіхи у вивченні патогенезу ГЕРХ, діагностиці її різноманітних форм, розробці диференційованої схеми лікування загострень захворювання та подальшої підтримувальної терапії. Разом із тим, як показує аналіз останніх робіт, при вивченні патофізіологічних та клінічних аспектів цього захворювання виявляється ціла низка невирішених суперечливих питань. Зважаючи на спірний характер багатьох положень, один із найбільш авторитетних сучасних гастроентерологів G. Tutgat, не без відомої частки песимізму, назвав цей прогрес у вивченні ГЕРХ “неповним і маловираженим” (incomplete and tedious) [6, 7].

Клінічні прояви супроводжуються печією, що виникає поблизу мечоподібного відростка та поширюється вгору. Виникає внаслідок подразнюючої дії рефлюату на слизову оболонку стравоходу, що вважається одним із найголовніших симптомів ГЕРХ і, як правило, з'являється у разі зниження рН до 4,0 та нижче. Проте печія є симптомом ГЕРХ, якщо регулярно і часто повторюється – не рідше 2 разів на тиждень (хоча рідша частота печії не виключає наявності ГЕРХ). Особливо характерною для ГЕРХ є печія, що виникає після вживання їжі, вночі та після фізичного навантаження. Регургіація (відрижка повітрям, їжею, кислим, гірким) з'являється внаслідок ретроградного надходження шлункового вмісту в стравохід та ротову порожнину. Характерною ознакою ГЕРХ є регургіація внаслідок гіперсаливації, відомої як “синдром мокрої подушки” [8].

Значно рідше спостерігається біль за грудиною, який виникає через спазм стравоходу у відповідь на кислотно-пептичну агресію.

При ГЕРХ також можуть спостерігатися більш рідкісні симптоми: підвищення слиновиділення, гикавка, блювання, відчуття комка в горлі, біль у щелепі та інші.

Важливе значення в клінічній оцінці ГЕРХ фахівці відводять позаєзофагеальним симптомам ГЕРХ.

Враховуючи анатомічне сусідство, схожість кровопостачання іннервації та генеральної регуляції органів травного каналу посилюється увага до питань поєднаної патології порожнини рота та стравоходу, оскільки ротова порожнина є початковим відділом травного каналу [8].

Зміни у ротовій порожнині, які відбуваються при ГЕРХ, можна умовно поділити на зміни м'яких тканин ротової порожнини (краю губ, язика, тканин пародонта) та твердих тканин (ерозії емалі, карієс).

При обстеженні хворі скаржилися на відчуття свербежу ясен, періодичну кровоточивість під час чищення зубів, неприємний запах з рота, сухість ротової порожнини, губ, наявність афт, ерозій, відчуття печіння та болю язика, відчуття кислого або гіркого в ротовій порожнині. Ті пацієнти, які скаржилися на такі симптоми, мали наявні симптоми ГЕРХ (печію, відрижку, регургіацію).

При об'єктивному огляді ротової порожнини більшість із них (72 %) мали наявну суху червону облямівку губ та набряк язика із гіпертрофією ниткоподібних сосочків. Майже у половини хворих (38,6%) діагностували десквамативний глосит, хейліти, заїди у кутиках рота.

Серед некаріозних уражень найчастіше поширені ерозії емалі твердих тканин зубів, клиновидні дефекти, підвищена стертість зубів від 24% до 50%.

Із запальних захворювань тканин пародонта наявний гінгівіт різних клінічних форм та пародонтит 83–89%. Найчастіше поширений катаральний, гіпертрофічний гінгівіт (14 %).

Так, у наявній літературі зазначено, що зміна в'язкості та мінерального складу слини з розвитком ацидифікації (рН<7) зумовлює каскад стоматологічних захворювань при ГЕРХ [8].

У нормі слина збагачена кальцієм, фосфатами, натрієм, калієм, магнієм. Володіючи лужними властивостями, при низькому рН, призводить до вогнищевої демінералізації зубів із появою ерозій твердих тканин та карієсу [9,10].

Слина є регулятором загальної кількості мікроорганізмів в ротовій порожнині, а зміна її фізико-хімічних властивостей при захворюванні на ГЕРХ може сприяти дисбіозу (Трифонов В. Д.) [11].

Здебільшого позастравохідні симптоми комбінуються зі стравохідними. Проте трапляються випадки, коли при ГЕРХ наявні лише позастравохідні симптоми, які можуть маскувати основний перебіг ГЕРХ, що призводить до хибної діагностики та обумовлює недостатню ефективність лікування. В інтерпретації клінічної симптоматики при ГЕРХ важливою є не лише наявність клінічних симптомів, а насамперед фактори, що впливають на клінічну симптоматику.

**Висновки.** Таким чином, значна поширеність ГЕРХ, різноманітність клінічних проявів, у тому числі велика кількість позастравохідних симптомів, зокрема проявів у ротовій порожнині, утруднює своєчасну діагностику деяких захворювань і погіршує їх перебіг, сприяє розвитку серйозних ускладнень. Це обумовлює необхідність подальшого поглибленого вивчення

патогенезу змін та клініки у ротовій порожнині, що дозволить виявляти основні захворювання на ранній стадії розвитку, буде сприяти своєчасному призначенню терапії з урахуванням патогенетичних механізмів захворювання.

Ефективне лікування позбавить пацієнтів неприємних відчуттів, патологічних проявів (станів) у ротовій порожнині.

#### References:

1. Modern Look to Gastroesophageal reflux disease in children. Access mode: <http://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/4000/Zubarenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Lazebnik LB, Bordin DS, Masharova AA. Modern understanding of gastroesophageal reflux disease: from Genval to Montreal. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2007. № 5. P. 4-10.
3. Varil MF, Van Zanten SV, Kahrilas PE. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence based consensus. *Am. J. Gastroenterol*. 2006. Vol. 101. P. 1900-1920.
4. Boyarska LM, Ivanova KO. The question of the frequency and peculiarities of manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Modern pediatrics*. 2010. № 2. P. 162-163.
5. Fadeenko GD, Kushnir IE, Babak MO. Epidemiological aspects of gastroesophageal reflux disease. *Modern gastroenterology*. 2008. №. 5 (43). P. 12-16.
6. Yakhnitska MM. Elektrolyte saliva levels in patients with gastroesophageal reflux disease before and after treatment. *Clinical & experimental pathology*. 2018. T. XII, №1, P.117-121.
7. Reflux disease in the oral cavity in children and adults. Review of literature. Nazaryan R.S., DMD, Prof. Emelyanova N. Yu., PhD Karnauch E.V., Khmyz T.G. PhD Ass. Prof. *Preventive and pediatric dentistry*. 2013. №2 (9). P. 34-39.
8. Bychkov MA, Bychkova SV, Bychkov YuA. Peculiarities of calcium concentration in saliva of patients with the gastroesophageal reflux disease. *Practical gastroenterology*. 2013. № 6 (74). P. 38-42
9. Bandrivskyy YL, Bandrivska OO, Bandrivska NN. State of the cavity of the mouth with destructive inflammatory diseases of the gastroduodenal zone (review of literature). *Clin stomatol*. 2014. №.2. P. 12-16.

УДК 616-08+616-084+616.31+616.33-002

#### ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

М.М. Рожко, О.П. Керзюк

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра учебно-научного института последипломного образования,  
г. Ивано-Франковск, Украина,  
ORCID ID: 0000-0002-6876-2533,  
ORCID ID: 0000-0002-5412-5867,  
e-mail: oksana-2018@ukr.net

**Резюме.** В статье представлены основные патологические проявления ГЭРБ в ротовой полости, которые проявляются клиническими симптомами со стороны мягких тканей ротовой полости (губы, язык, пародонт) и твердых тканей зуба (эрозия, кариес). Установлено, что при объективном осмотре ротовой полости большинство из них (72%) имели сухую красную кайму губ и отек языка с гипертрофией нитевидных сосочков. Почти у половины больных (38,6%) диагностировали десквамативный глоссит, хейлит, заеды в уголках рта.

Среди некариозных поражений чаще всего распространены эрозии эмали твердых тканей зубов, клиновидные дефекты, повышенная стираемость зубов от 24% до 50%.

Среди воспалительных заболеваний тканей пародонта распространен гингивит различных клинических форм и пародонтит 83 – 89%. Наиболее распространен катаральный, гипертрофический гингивит (14%).

В норме слюна обогащена кальцием, фосфатами, натрием, калием, магнием. Обладая щелочными свойствами, при низком рН, приводит к очаговой деминерализации зубов с появлением эрозий твердых тканей и кариеса.

Слюна является регулятором общего количества микроорганизмов в полости рта, а изменение ее физико-химических свойств при заболевании ГЭРБ может способствовать дисбиозу (Трифонов В. Д.).

**Ключевые слова:** ротовая полость, ГЭРБ, клинические проявления, симптомы, слюна.

UDC 616-08+616-084+616.31+616.33-002

#### PATHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLEXIC DISEASE IN THE ORAL CAVITY

М.М. Rozhko, O.P. Kerzuik

Ivano-Frankivsk national medical university, Department of Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education,  
Ivano-Frankivsk city, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0002-6876-2533,  
ORCID ID: 0000-0002-5412-5867,  
e-mail: oksana-2018@ukr.net

**Abstract.** The article presents the main pathological manifestations of GERD in the oral cavity, which are presented by clinical signs as for the soft tissues of the oral cavity (lips, tongue, periodontal disease) and solid teeth tissues (erosion, caries). It has been established that in the objective examination of the oral cavity, most of patients (72%) had a dry red border of the lips and swelling of the tongue with hypertrophy of the filament papillae. Almost half of the patients (38.6%) were diagnosed with desquamative glossitis, cheilitis, in the cortex of the mouth.

Among non-carious lesions, enamel erosion of hard dental tissues, wedge-shaped defects, and increased tooth erosion from 24% to 50% are common.

Among inflammatory diseases of periodontal tissues, there are gingivitis of various clinical forms and

periodontitis 83 - 89%. The most common ones are catarrhal, hypertrophic gingivitis (14%).

Generally, saliva is enriched with calcium, phosphate, sodium, potassium, magnesium. Possessing alkaline properties, at low pH, leads to focal demineralization of teeth with the appearance of erosions of hard tissues and Caries.

Saliva is a regulator of the total number of microorganisms in the oral cavity, and the change in its physical and chemical properties in diseases of the GERD can contribute to dysbiosis (V.D. Trifonov).

**Keywords:** oral cavity, GERD, clinical manifestations, symptoms, saliva.

Стаття надійшла в редакцію 3.12.2019 р.