

Трунин Д.А., Крюков Н.Н., Данейкина О.А.

Диагностика и программы вмешательства при эрозиях зубов, индуцированных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

ГБОУВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития» Кафедра стоматологии ИПО, г. Самара

Trunin D.A., Krukov N.N., Daneikina O.A.

Diagnosis and programmers of treatment patients with erosions of teeth induced gastroesophageal reflux (gastroesophageal reflux disease)

Резюме

Обследовано 126 пациентов с эрозиями зубов при гастроэзофагеальнооральным рефлюксе в нозологических рамках гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Определен алгоритм верификации диагноза. Лечебных программ. Это послужило основой выработки клинических рекомендаций (grideliens) для практикующих стоматологов.

Ключевые слова: эрозия зубов, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Summary

In article present materials of 126 patients with gastroesophageal reflux (gastroesophageal reflux disease), teeth erosion. Diagnosis and treatment its patients summed as quidlines for practicionally stomathologists.

Key words: teeth erosions, gastroesophageal reflux disease

Введение

Основными факторами этиологии и патогенеза эрозий зубов (ЭЗ) на современном этапе считают механические, химические, нейроэндокринные факторы, полихимиотерапию, эндокринную, гастроэнтерологическую патологию, радиацию и работу с компьютером [1,2]. Известно, что патология зубов, в т.ч. ЭЗ, закономерно коррелирует с соматической, в первую очередь, гастроэнтерологической патологией [3]. Установлены значимые этиологические. Патогенетические связи между болезнями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ и др.) с механизмами возникновения, клинической прогрессии. Прогноза эффективности лечения ЭЗ, во многих случаях выступающих в качестве сочетанного основного заболевания (синдром болезни) [1,2,3,4,5].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества: 40-50% населения России и зарубежных европейских стран с различной частотой испытывают изжогу – основной симптом ГЭРБ [1,2,7].

Клинические проявления ГЭРБ делятся на две группы симптомов: пищеводные (изжога, кислая отрыжка, срыгивание, дисфагия) и внепищеводные – оральные (в основном ЭЗ), ларингологические (фарингит, ларингит), пульмонологические (бронхит, бронхоспазмический синдром) [5,6].

Известно, что в генезе ЭЗ велика значимость сдвигов

pH ротовой жидкости в кислую сторону, значение pH ниже 5.5 критическое для растворения эмали [3].

В свете изложенного представляется интересным проведение поискового научного исследования, направленного на изучение ЭЗ у пациентов с ГЭРБ.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и врачебного вмешательства у пациентов с ГЭРБ - индуцированным ЭЗ.

Материалы и методы

Обследованы 126 пациентов с ЭЗ, обусловленными гастроэзофагеальнооральным рефлюксом (ГЭОР) в рамках нозологии ГЭРБ. В стоматологическом статусе: ЭЗ 1,2,3,4,5 зубов верхней челюсти, 3,4,5 зубов нижней челюсти. По степени эрозирования: начальная у 12 чел., средняя у 62 чел., глубокая у 52 чел., активная стадия – у всех 126 пациентов.

Диагноз ГЭРБ верифицирован эндоскопически у 123 чел.: неэрозивная форма (НФГЭРБ) у 62 чел., эрозивная (ЭФГЭРБ) у 61 чел. У 3 чел. Диагноз эндоскопически негативной формы ГЭРБ (ЭНФГЭРБ) верифицирован титрой и ингибиторами протонной помпы (ИПП): в течение 3-х дней назначался Омез в дозе 20 мг однократно, после чего у пациентов исчезла изжога, кислая отрыжка. При фиброгастроэзофагоскопии (ФГЭС) исключалась тяжелая органическая патология пищевода (рак и др.), желудка и 12-перстной кишки (рак, язва и др.). Значимый (++++) геликобактериоз найден у 55 чел.

Результаты и обсуждение

Устанавливая диагноз ЭЗ вследствие ГЕОР в рамках нозологии ГЭРБ, исходили из принципов клинической медицины с приоритетом простых методов, основных из которых является анамнез. При тщательном расспросе определяем профессиональный маршрут пациента (исключение профессиональной ЭЗ), его диететику – потребление большого количества лимоннов, пристрастие к кислым продуктам, уксусу (исключение ЭЗ, обусловленных диетой), длительный прием больших доз медикаментов (анальгетики, стероидные противовоспалительные препараты, уриностаптики) – исключение «медикаментозный» ЭЗ. Всех пациентов с ЭЗ, изжогой, кислой отрыжкой направляем к гастроэнтерологу, фиброгастроудоденоскопию (ФГДС). Верифицированы та или иная форма ГЭРБ.

В лечении использовали два модуля: стоматологический и гастроэнтерологический. Первый включал: в острую фазу десенситайзеры Бисковер, Шарм - сенси 3 процедуры, либо глуторед – 5 процедур. Затем в течение 2 нед. – капля по прикусу с гелем Рокс медикал, через неделю пломбирование дефектов стеклонномерными цементами. На этапе поддерживающей терапии – чистка зубов пастами колгейт сенситив про релиф, лакалют, асепта, силка – 2 раза в неделю.

Гастроэнтерологический модуль: в остром периоде, до 4-8 нед., терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП), регуляторами моторики, антацидами, эрадикационная терапия Н. Pylori. На этапе поддерживающей терапии – комплекс немедикаментозных мероприятий (частый прием пищи в небольших объемах и др.), лекарственная терапия «по диагнозу».

Индивидуализация вмешательства в зависимости от приверженности больного к лечению: повышение индекса кооперации путем психотерапевтического потенцирования, занятий в «Школе пациента». Назначение терапии с учетом социального статуса пациента: для состоятельных брендовые препараты бисковер, шарм сенси; гель Рокс медикал; стеклонномерные цементы Кетак Н100 либо Кетак моляр; зубные пасты асепта, колгейт про релиф, лакалют. Для малообеспеченных десенситайзер глуторед, гель Рокс медикал, цементы Стомафил, Глассин рест, зубные пасты низкой стоимостью.

В гастроэнтерологическом модуле для высоко- и среднеобеспеченных нексиум, класид, флемоксин солутаб, для малообеспеченных омез, кларитромицин верте, амоксицилин.

Контроль через 6 мес. У большинства пациентов (117 чел.) удалось добиться клинической ремиссии основного гастроэнтерологического заболевания и его внепищеводного проявления – ЭЗ за счет устранения первопричины – гастроэзофагеальноорального кислотного рефлюкса. Это послужило основанием для выработки клинических рекомендаций для

практикующих стоматологов.

Клинические рекомендации (guidelines) для стоматологов: пациент с эрозиями зубов (К 03.2)

Анамнез: исключение эрозий зубов профессиональной (К03.20), обусловленной диетой (К03.22), обусловленной медикаментами (К03.23).

Пациент с изжогой, кислой отрыжкой:

- Консультация гастроэнтеролога, исключающего редкие причины: эзофагит, язву желудка, язву 12-перстной кишки (презумпция наивысшей опасности).

Верификация частой причины: ГЭРБ, уточнение ее формы (эрозивная, неэрозивная. Эндоскопически негативная).

- Индивидуализация диагноза по психологическому статусу (индекс кооперации), социальному статусу.

- Модули вмешательства:

- Стоматологический – в острую фазу десенситайзеры (три процедуры), затем использование каппы с наложением фторсодержащих гелей, через неделю пломбирование эрозий стеклонномерными цементами.

- Гастроэнтерологический : терапия ИПП 4 нед при НФГЭРБ и 8 нед при ЭФГЭРБ. Эрадикационная терапия Н. pylori.

На этапе формирования ремиссии:

- Стоматологический модуль: исключение использования жесткой зубной щетки, зубного порошка; запрет на избыточное потребление кислых соков, фруктов (лимоны), газированных напитков; рекомендации по использованию и правильной технологии применения зубных паст с повышенным содержанием минералов, фтора.

- Гастроэнтерологический модуль: общие мероприятия (правильный образ жизни, дробное питание, сон с повышенным головным концом, запрет на тугое перетягивание живота); антациды, ингибиторы протонной помпы «по запросу», контроль геликобактериоза через 6 мес, при выявлении реинфицирования Нр (+++) – повторный курс антигеликобактерной терапии.

Индивидуализация вмешательства в зависимости от индекса кооперации, социального статуса пациента.■

Крюков Н. Н. – д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной работе, заслуженный деятель науки РФ, Трунин Д. А. – д.м.н. профессор директор стоматологического института, Дәнейкина О.А. – заочный аспирант, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России» Кафедра стоматологии ИПО, г. Самара; Автор, ответственный за переписку - Дәнейкина О.А. 445051 Самарская обл., г.Тольятти Ленинский проспект 1а-34, тел. 8(9278)915178. e-mail: July27@inbox.ru

Литература:

1. Ивашкин ВТ, Лапина ТЛ. Наиболее значимые кислотозависимые заболевания в практике врача. М: Литтерра, 2005–658 с.
2. Комаров ФИ. Руководство по внутренним болезням. М: МИА, 2007.–982с.
3. Михальченко В.Ф., Алешина Н.Ф., Радьшевская Т.Н., Петрухов А.Г. Болезни зубов некариозного происхождения. Волгоград, 2005. 87с.
4. Мовшович Е.Л. Амбулаторная медицина - М: Медицинское информационное агентство, 2010. 1060с.
5. Осадчук М.А., Усик С.Ф. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клявиста. - Саратов. -изд Саратовского университета.-2004.-192с.
6. Осадчук М.А., Карлова И.В. Атипичные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В кн. Осадчук М.А. с соавт. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клявиста.-2004.-С112-118.
7. Amindra SA. Medical therapy of gastroesophageal reflux disease// Mayo Clin/ Proc.-2001.-v.76.- P.102-106