ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И КАРИЕС ЗУБОВ: НА СТЫКЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

© *Успенский Юрий Павлович[1,2], Горбачева Ирина Анатольевна[2], Фоминых Юлия Александровна[2], Барышникова Наталья Владимировна[2]*

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова.
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

E-mail: jaf@mail.ru

***Ключевые слова*:** сочетанная патология; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; кариес зубов

Разнообразная сочетанная патология представляет особый интерес для фундаментальной науки и клинической практики. В последнее время значительное внимание уделяется взаимосвязи заболеваний полости рта и органов пищеварения. Полость рта является началом желудочно-кишечного тракта, а слизистая оболочка — важной интегральной составляющей системы анатомо-физиологических связей органов пищеварительной системы. В тоже время нельзя не отметить частоту встречаемости такой патологии полости рта, как кариес зубов, которое является самым распространённым заболеванием человека: по данным разных авторов кариозные полости имеют 80–90% детей с молочным прикусом, около 80% подростков на момент окончания школы, а у 95–98% взрослых есть в наличии запломбированные зубы.

Известными этиологическими факторами для возникновения кариеса зубов являются: кариесогенная флора; особенности диеты; продолжительность и частота поступления субстрата; особенности в расположении и формировании зубов, влияющие на развитие и прогрессирование кариозного процесса; низкая резистентность эмали; скорость секреции и состав слюны; показатель pH в ротовой полости; патология пищеварительной системы.

Поражение полости рта характерно для целого ряда заболеваний органов пищеварения, в особенности для такого представителя кислотозависимой патологии как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Это связано с воздействием агрессивного субстрата, содержащего соляную кислоту, на слизистую оболочку и органы ротовой полости. В свою очередь, небезосновательно XXI век называют «… веком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни», что подтверждается значимым увеличением частоты встречаемости основного клинического симптома ГЭРБ — изжоги — с 20–40% до 40–60% пациентов. Значимость проблемы ГЭРБ усугубляется неуклонным ростом в связи с прогрессивным увеличением количества пациентов с метаболическим синдромом, ожирением, тенденцией к «омоложению» заболевания, частой несвоевременной диагностикой, которые приводят к таким грозным осложнениям, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода.

Важно подчеркнуть, что клиническая картина ГЭРБ зачастую представлена именно внепищеводной (экстраэзофагеальной) симптоматикой, так называемыми «масками» ГЭРБ. К их числу принято относить кардиологические, легочные, оториноларингологические и стоматологические проявления данной патологии. Из числа указанных выше «масок» ГЭРБ стоматологическая симптоматика является наименее изученной.

Условно принято подразделять стоматологические проявления ГЭРБ на поражение мягких тканей: красной каймы губ, слизистой оболочки, языка, тканей пародонта и поражение твердых тканей зуба.

Факторами, влияющими на риск повреждения полости рта и формирования кариеса у больных ГЭРБ, являются: воздействие соляной кислоты приводит к снижению pH смешанной слюны ниже 7,0; значимое снижение наряду с pH смешанной слюны концентрации неорганических ее компонентов (ионов калия, натрия, кальция, фосфатов); снижение наряду с pH смешанной слюны секреции муцина, безмуцинового протеина, эпидермального фактора роста и изменения уровня простагландина E2 в слюне негативно влияет на механизмы цитопротекции; нитриты слюны в кислой среде превращаются в нитрозирующие соединения,

оказывающие неблагоприятное влияние на состояние полости рта, пищевода и их микробиоценоз; группа зеленящих маловирулентных стрептококков (*S. mutans, S. sanguis, S. mitis, S. salivarius, S. anginosus*) принимает участие в процессах, приводящих к развитию поражения твердых тканей зубов; более низкая способность гортаноглотки к нейтрализации соляной кислоты по сравнению с пищеводным клиренсом может способствовать повреждению полости рта при высоком рефлюксе.

Зачастую диагностика стоматологических проявлений ГЭРБ затруднена из-за незначительных клинических изменений на ранних стадиях патологического процесса; полиморфной клинической картины поражения; возможного действия других факторов, способных приводить к сходным поражениям тканей ротовой полости.

Исходя из выше описанных данных, ГЭРБ и кариес зубов являются ярким примером междисциплинарной проблемы в клинической практике, в целях решения которой необходима тесная интеграция усилий гастроэнтерологической и стоматологической службы. Данное успешное взаимодействие специалистов позволит своевременно диагностировать и находить оптимальные пути терапии этих заболеваний.