

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.314-002.446-02:616.33-008.17]-08

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

ИНДУКЦИЯ И ПРОЛОНГАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ЭРОЗИЯХ ЗУБОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ ОРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Кафедра стоматологии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития

Обследованы 126 пациентов с эрозиями зубов, вызванными гастроэзофагеальным рефлюксом при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Оценены приверженность пациентов к лечению и их социальный статус. Выработаны дифференцированные программы, учитывающие указанные параметры. Исходы врачебного вмешательства оценены по критерию «качество жизни».

Ключевые слова: эрозии зубов, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

INDUCTION AND PROLONGATION OF CLINICAL REMISSION: EROSIONS OF TEETH PATIENTS WITH GASTROESOPHAGIAL ORAL REFLUX.

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

Present material of 126 patients with teeth erosions patients with gastroesophageal reflux disease.

Key words: teeth erosion, gastroesophageal reflux disease

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) протекает как с пищеводными (изжога, кислая отрыжка), так и с внепищеводными проявлениями (загрудинная боль – эзофагодия, фарингиты, ларингиты, бронхоспастический синдром и др.) [2, 3]. ГЭРБ во всех ее вариантах (как эрозивные, так и неэрозивные формы, типичные варианты с пищеводными и атипичные с преимущественно внепищеводными в том числе стоматологическими, проявлениями – эрозиями зубов ЭЗ) нуждается в длительной, многомесячной терапии. Это требует усилий не только врача, но и пациента [индекс кооперации в тандеме врач-пациент (compliance – комплаенс)]. Для повышения этого показателя необходимо психотерапевтическое потенцирование (ПП). Важнейшим способом повышения комплаенса является назначение терапии на всех этапах в соответствии с социальным статусом пациента [5]. В связи с этим очевидна необходимость определения параметров фармакоэкономики как для дорогих, так и для дешевых методов вмешательства, которое всегда должно быть эффективным. Оценка результатов врачебного вмешательства проводится не по критерию «лучше – хуже», а по научным критериям качества жизни (КЖ) [4].

Цель работы – выработка современного, доступного практикующим стоматологам метода индукции и пролонгации клинической ремиссии при ЭЗ, вызванных гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭОР) в нозологических рамках внепищеводных проявлений ГЭРБ.

Материал и методы

Обследованы 126 пациентов с ЭЗ вследствие ГЭОР, обусловленного ГЭРБ. В стоматологическом статусе ЭЗ 1, 2, 3, 4, 5 верхней челюсти и 3, 4, 5 нижней челюсти, начальная степень эрозирования отмечена у 12 пациентов, средняя – у 62, глубокая – у 52; активная стадия эрозирования выявлена

у всех 126 обследованных. Диагноз причинного заболевания верифицирован эндоскопически у 62 пациентов. Неэрозивная форма ГЭРБ выявлена у 61 пациента, эрозивная – у 3. Изменений пищевода не обнаружено. Диагноз эндоскопически негативной формы ГЭРБ верифицирован пробой с ингибиторами протонной помпы (ИПП) [2, 3].

В ходе беседы с больным определяли приверженность к длительной многомесячной терапии. Исходно высоким комплаенс был у 62 обследованных, исходно низким – у 24. При низком комплаенсе использовали ПП: у эргопатов (уходящих от болезни в работу) – преимущество здорового перед больным для блестящей карьеры, у анозогностов (отрицающих очевидность болезни) – возможность «нормальной» жизни при отсутствии соматических и стоматологических заболеваний, у тревожных, мнительных людей – уверенность в обуздании болезни совместно с врачом, у меланхоликов (пессимизм, депрессия) – создание уверенности в полноценной жизни после болезни, у параноиков (болезнь вследствие сглаза, порчи) – возможность полноценного лечения вопреки порче (врач сильнее) [1].

В результате ПП удалось добиться перестроения исходно низкого комплаенса в приемлемый у 28 пациентов.

С целью повышения комплаенса лечение строили в соответствии с социальным статусом пациента. Бедными считали лиц с подушевым доходом ниже прожиточного минимума или равным ему, малообеспеченными – с доходом от одного до двух прожиточных минимумов, среднеобеспеченными – с доходом, в 3–4 раза превышающим прожиточный минимум, высокообеспеченными – с доходом, в 5–8 и более раз превышающим прожиточный минимум (на члена семьи) [5]. Из 126 обследованных было 52 пациента бедных и малообеспеченных, 58 среднеобеспеченных и 16 высокообеспеченных.

Для оценки КЖ в статике и динамике использовали приемлемую для практического здравоохранения программу SF-36 [4], согласно которой составляющими КЖ является физическая активность, ограничения жизнедеятельности вследствие физических проблем, боль (ее роль в ограничении жизнедеятельности), общее состояние здоровья, жизнедеятельность (оценка респондентом своего жизненного тонуса), социальная активность, эмоциональные проблемы, психическое здоровье (субъективная оценка настроения). Результаты выражали в баллах от 0 до 100.

Результаты и обсуждение

Программы врачебного вмешательства строили в соответствии с психологическим и социальным статусом пациента. При исходно низком некорректируемом комплаенсе (у 36 обследованных) пациенты давали согласие на программу лечения «по инициативе врача» – повторные посещения стоматолога и гастроэнтеролога. При исходно высоком и скорректированном ПП низком комплаенсе (у 90) не только проводили лечение в остром периоде, но и реализовали многомесячную (6 мес) программу реабилитации. В обеих подгруппах программы вмешательства строили в соответствии с социальным статусом пациента.

♦ У бедных и малообеспеченных пациентов использовали десенситайзеры глюфторед, фторлак, зубную пасту «Silca», капу по прикусу, под нее гель Рокс Медикал. В лечении основного заболевания применяли омепразол, кларитромицин-верте, амоксициллин. В периоде формирования ремиссий производили пломбировку дефектов стеклономерными цементами «Стомафил», «Глассин Рест».

♦ У среднеобеспеченных и высокообеспеченных пациентов использовали десенситайзеры бисковер, шарм сенси, зубные пасты «Colgate Sensitive Pro relief», «Асепта», капу по прикусу, под нее гель Рокс Медикал. Производили пломбировку дефектов стеклономерными цементами «Кетак Н100», «Кетак моляр», фуджи. В лечении основного заболевания применяли нексиум (эзомепразол), клацид, флемоксин сольютаб.

У всех пациентов удалось добиться клинического улучшения (стоматологического и соматического).

Столь же дифференцированно строили программы реабилитационной терапии. При приемлемом комплаенсе стоматологический модуль включал запрет на использование жесткой зубной щетки и зубного порошка, запрет на избыточное потребление кислых продуктов; рекомендацию применения зубных паст с повышенным содержанием минералов, фтора; гастроэнтерологический модуль включал комплекс общих мероприятий: дробное питание, сон с приподнятым изголовьем,

запрет на тугое перетягивание живота, рекомендацию применения антацидов, ИПП «по запросу».

При низком комплаенсе пациенту настоятельно рекомендовали при появлении стоматологической симптоматики немедленно обратиться к специалисту, при гастроэнтерологических проявлениях – принимать антациды, ИПП в течение недели, а при отсутствии эффекта – обратиться к гастроэнтерологу.

Результаты врачебного вмешательства врачебного вмешательства оценены дважды: по результатам лечения в остром периоде (см. таблицу) и через 6 мес.

Из таблицы видно, что все исходные составляющие КЖ у наших пациентов были достоверно ниже аналогичных показателей в контрольной группе. Это в равной мере касалось показателей физической, социальной, психоэмоциональной составляющих КЖ. Следует полагать, что ухудшение КЖ у больных было обусловлено основным гастроэнтерологическим заболеванием (ГЭРБ) с его тягостными симптомами – изжогой, кислой отрыжкой, одинофагией, нарушающее социальное функционирование личности, ночной сон. Физические параметры нарушались вторично.

Стоматологические проблемы, возникающие вследствие ГЭОР, с нашей точки зрения, могут играть определенную роль в ухудшении КЖ пациента: это проявления патологии преддверия рта, субъективно плохо переносимое ощущение горечи во рту и др. ЭЗ, индуцированные ГЭРБ, могут быть фактором, ухудшающим КЖ, если они приводят к неприятным ощущениям при холодных, алиментарных кислых раздражителях.

В результате врачебного вмешательства через 2 нед вследствие клинического улучшения и купирования основной клинической симптоматики, как стоматологической, так и соматической, составляющие КЖ улучшились. Наиболее выраженная положительная динамика отмечена у показателей ограничения жизнедеятельности вследствие физических проблем (с $62,4 \pm 1,5$ до $72,8 \pm 4,3$; $p < 0,01$), боли (с $58,2 \pm 1,3$ до $77,5 \pm 3,8$; $p < 0,01$), эмоциональных проблем (с $41,2 \pm 1,7$ до $72,7 \pm 3,75$; $p < 0,01$). Повысился и суммарный индекс КЭИ (с $53,2 \pm 1,1$ до $78,4 \pm 3,9$; $p < 0,01$), который приблизился к норме ($p < 0,1$).

Представляется важным, что ограничение качества жизни уменьшилось за счет показателя боли разной локализации. За счет этого, как нам представляется, улучшилось физическое функционирование, уменьшилась индивидуальная значимость эмоциональных проблем.

Иными оказались показатели КЖ через 6 мес. В группе с приемлемым комплаенсом, выполнившей все врачебные рекомендации, составляющие КЖ и интегральный показатель КЖ ($74,8 \pm 3,9$ балла) существенно не отличались ($p > 0,1$) от таковых после комплексной терапии в остром периоде. Пациенты с некорректируемым низким комплаенсом за это время неоднократно обращались к стоматологу и гастроэнтерологу в связи с обострением клинической симптоматики. Все составляющие КЖ и интегральный показатель КЖ ($54,8 \pm 2,7$ балла) приблизились к исходным показателям ($p > 0,1$).

Показатели КЖ (в баллах) в исследуемых группах ($M \pm m$)

Показатель	Практически здоровые лица ($n = 20$)	Пациенты с ЭЗ при ГЭРБ ($n = 126$)	
		исходные данные	после лечения в остром периоде
ФА	$77,4 \pm 3,0$	$62,2 \pm 1,3^*$	$73,2 \pm 3,8$
РФ	$82,1 \pm 3,34$	$62,4 \pm 1,5^*$	$78,8 \pm 4,1$
Б	$81,2 \pm 3,4$	$58,2 \pm 1,3^*$	$77,5 \pm 3,7$
ОЗ	$75,1 \pm 2,7$	$53,1 \pm 1,35^*$	$73,3 \pm 4,0$
ЖС	$80,0 \pm 3,8$	$50,0 \pm 1,38^*$	$78,3 \pm 3,8$
СА	$79,7 \pm 4,0$	$57,8 \pm 1,9^*$	$77,4 \pm 3,6$
РЭ	$76,1 \pm 3,9$	$41,2 \pm 1,7^*$	$72,7 \pm 3,75$
ПЗ	$77,7 \pm 3,4$	$42,6 \pm 1,5^*$	$74,5 \pm 4,4$
Индекс КЖ	$80,2 \pm 1,7$	$53,2 \pm 1,1^*$	$78,4 \pm 3,9$

Примечание. ФА – физическая активность, РФ – физические проблемы в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС – жизнедеятельность, СА – социальная активность, РЭ – эмоциональные проблемы, ПЗ – психическое здоровье. * – достоверные различия с показателями у практически здоровых лиц ($p < 0,01$).

Полученные данные являются существенной предпосылкой к использованию оценки психологического и социального факторов в практике врача, ставящего цель не только пролечить больного, но и добиться у пациента индукции полноценной клинической ремиссии и пролонгации ее на возможно более длительный срок.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И., Иовлев В. В., Вукс А. Я.* Методика психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / Под ред. А. Е. Личко. – Ленинград, 1987.
2. *Осадчук М. А., Козлова И. В.* Атипичные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Осадчук М. А., Усик С. Ф., Чиж А. Г., Липатова Т. Е.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста. – Саратов, 2004. – С. 112–118.
3. *Осадчук М. А., Усик С. Ф., Чиж А. Г., Липатова Т. Е.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста. Саратов, 2004.
4. Пакет прикладных программ «Медитест» для исследования качества жизни по шкале SF-36. – М., 2000.
5. Социальный статус пациента НИИ организации и информации здравоохранения: Метод. рекомендации. – М., 2000.

Поступила 08.08.12

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.316-002-022.6-079.4

*С. Р. Алексеева, А. И. Шайхалиев, Д. Э. Погосян, И. В. Цховребова, Г. М. Бостанджян***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИАЛАДЕНИТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Московская городская поликлиника № 91 (105484, г. Москва, Сиреневый бул., д. 71, А), НИИ проблем здоровья и медицинских технологий, Москва (105275, г. Москва, пр. Буденного, д. 31)

В статье представлены данные о дифференциально-диагностическом подходе при выборе метода и тактики лечения воспалительных процессов пародонта и сиаладенитов вирусной этиологии в стоматологической практике с использованием направленной бактериальной и бактериально-вирусной терапии.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, сиаладениты, стоматологическая практика, ДНК семейства герпесвириде

THE DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC APPROACH IN THE TREATMENT OF SIALADENITIS IN DENTAL PRACTICE

Alekseeva S.R., Schaychaliev A.I., Pogosyan D.E. Tskhovrebova I.V., Bostandjan G.M.

The article provides data on the differential-diagnostic approach when choosing a method and tactics of treatment of inflammatory processes of periodontal and sialadenitis viral etiology in the dental practice with the use of directed bacteria and bacterial-viral therapy.

Key words: differential diagnosis, sialadenitis, dental practices, DNA family herpesviride

В последнее время благодаря эпидемиологическим исследованиям, проведенным в различных странах, отмечается значительный рост воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, вызванных различного рода микроорганизмами – бактериями и вирусами. Выяснение истинной причины патологического процесса, правильное и своевременное распознавание и диагностика заболевания могут служить залогом его успешного лечения. Важное значение имеет также, на каком бактериально-вирусном фоне в полости рта развивается воспаление пародонта [1, 3, 7].

Отмечено, что в процессе заболевания имеет место видовая, типовая и штаммовая изменчивость микрофлоры в организме больного в целом и даже в патологически измененных тканях конкретного воспаленного участка – биотопа: исчезают исходные (первичные) виды и штаммы и появляются новые (вторичные), более резистентные к антибиотикам и химиотерапевтическим препаратам. Все это усложняет проведение лечебно-профилактических мероприятий в отношении воспалительных заболеваний пародонта и снижает эффективность терапии с удлинением сроков реабилитации. Наличие нормального микробного биоценоза в полости рта является выражением равновесия между организмом и внешней средой. Хронические же воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта сопровождаются, как пра-