

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-44-54  
УДК 616.34:616.071

## АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ И ОПОСРЕДОВАННЫМИ ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аль Мохамед М. А.<sup>1</sup>, Усманова И. Н.<sup>1</sup>, Ишмухаметова А. Н.<sup>1</sup>, Лакман И. А.<sup>1,2</sup>, Сафиуллина Р. А.<sup>3</sup>, Музаева Л. И.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

<sup>2</sup> Башкирский государственный университет, г. Уфа, Россия

<sup>3</sup> Стоматологическая поликлиника № 2, г. Уфа, Россия

<sup>4</sup> Клиника БГМУ, г. Уфа, Россия

### Аннотация

**Актуальность.** Авторами установлено, что на развитие патологии слизистой оболочки влияют классические (основные) и опосредованные гиперсекреторные заболевания желудочно-кишечного тракта. В рамках «Киотского консенсуса» (2014) выдвинуто предположение, что у гастроэнтерологических пациентов наблюдаются проявления функциональной диспепсии, в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки повышена чувствительность к избыточной продукции соляной кислоты, а на слизистой оболочке собственно полости рта наблюдаются различные патологические изменения.

**Цель** — изучение взаимосвязи выраженности диспептических расстройств по опроснику «7×7» с клиническими особенностями проявлений патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов с классическими и опосредованными гиперсекреторными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** В исследование включены 105 пациентов с наличием классического заболевания ЖКТ (простой неатрофический хронический гастрит с синдромом диспепсии после эррадикации *H. pylori*) и опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ (хронический панкреатит), течение которого поддерживается повышенной либо нормальной продукцией соляной кислоты в желудке. Клиническое состояние слизистой оболочки полости рта соответствовало наличию проявлений классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Для оценки интенсивности боли нами использован показатель индекса боли (ПИБ) по шкале Хоссли-Бергмана, исследование симптомов функциональной диспепсии (ФД) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) проводили при помощи опросника «7×7». Для определения статистических различий использовали критерий хи-квадрат, в том числе с поправкой Йетса, и тест Манна-Уитни.

**Результаты.** В клинической группе с наличием классического гиперсекреторного заболевания ЖКТ только в 25,71% случаев выявлена патология слизистой оболочки рта. На фоне клинических проявлений опосредованных заболеваний ЖКТ в 100% случаев выявлена патология слизистой оболочки рта — кандидоз полости рта, хейлиты, глосситы, симптом жжения полости рта. Диспептические расстройства по опроснику 7×7 преобладали у лиц с наличием опосредованного гиперсекреторного заболевания ЖКТ в виде хронического панкреатита с признаками ГЭРБ.

**Ключевые слова:** боль, жжение, слизистая оболочка рта, кандидоз, афты, глоссит, классические и опосредованные гиперсекреторные заболевания желудочно-кишечного тракта, функциональная диспепсия, опросник функциональной диспепсии желудочно-кишечного тракта «7×7»

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Мохамед Абдулкарим АЛЬ МОХАМЕД ORCID ID 0000-0000-0933-5865

аспирант кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
tohamadhilal@hotmail.com

Ирина Николаевна УСМАНОВА ORCID ID 0000-0002-1781-0291

д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
irinausma@mail.ru

Амина Насимовна ИШМУХАМЕТОВА ORCID ID 0000-0003-0892-0058

к.м.н. доцент кафедры внутренних болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
amina.ishmukhatmetova@mail.ru

Ирина Александровна ЛАКМАН ORCID ID 0000-0001-9876-9202

к.т.н., ведущий научный сотрудник центральной научно-исследовательской лаборатории, Башкирский государственный медицинский университет; заведующая научной лабораторией исследования социально-экономических проблем регионов, Башкирский государственный университет, г. Уфа, Россия  
Lackmatia@mail.ru

Регина Ахатовна САФИУЛЛИНА ORCID ID 0000-0002-8401-1433

врач-стоматолог-терапевт, Стоматологическая поликлиника № 2, г. Уфа, Россия  
regi-safi@list.ru

Лиана Ирековна МУЗАЕВА ORCID ID 0000-0002-9890-2330

врач-гастроэнтеролог Клиники ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
lianochka-84@mail.ru

Адрес для переписки: Ирина Николаевна УСМАНОВА

г. Уфа, 45008, ул. Ленина, 3

+7 (917) 3497793

irinausma@mail.ru

### Образец цитирования:

Аль Мохамед М. А., Усманова И. Н., Ишмухаметова А. Н., Лакман И. А., Сафиуллина Р. А., Музаева Л. И.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ И ОПОСРЕДОВАННЫМИ ГИПЕРСЕКРЕТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. Проблемы стоматологии. 2022; 2: 44-54.

© Аль Мохамед М. А. и др., 2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-44-54

Поступила 16.06.2022. Принята к печати 28.07.2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-44-54

**ANALYSIS OF FUNCTIONAL AND CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CLASSICAL AND MEDIATED HYPERSECRETORY DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**

Al Mohamed M. A.<sup>1</sup>, Usmanova I. N.<sup>1</sup>, Ishmukhametova A. N.<sup>1</sup>, Lakman I. A.<sup>1,2</sup>, Safiullina R. A.<sup>3</sup>, Muzaeva L. I.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

<sup>2</sup> Bashkir State University, Ufa, Russia

<sup>3</sup> Dental Polyclinic No. 2, Ufa, Russia

<sup>4</sup> BSMU clinic, Ufa, Russia

**Annotation**

**Relevance.** The authors found that the development of mucosal pathology is influenced by classical (major) and mediated hypersecretory diseases of the gastrointestinal tract. Kyoto Consensus (2014) suggested that gastroenterological patients have manifestations of functional dyspepsia, the mucosa of the stomach and duodenum has increased sensitivity to excessive production of hydrochloric acid, and various pathological changes are observed on the mucosa of the oral cavity proper.

**The aim was** study of the relationship between the severity of dyspeptic disorders on the 7×7 questionnaire and clinical features of oral mucosal pathology manifestations in patients with classical and mediated hypersecretory diseases of the gastrointestinal tract.

**Materials and Methods.** The study included 105 patients with the presence of classical gastrointestinal disease (simple non-atrophic chronic gastritis with dyspepsia syndrome after eradication of *H. pylori*) and hypersecretory mediated gastrointestinal disease (chronic pancreatitis) with increased or normal production of hydrochloric acid in the stomach. Clinical condition of oral mucosa corresponded to the presence of manifestations of classical and mediated hypersecretory diseases of the gastrointestinal tract. To assess pain intensity we used pain index (PIH) according to Hossley–Bergman scale, examination of symptoms of functional dyspepsia (FD) and irritable bowel syndrome (IBS) was carried out by means of questionnaire «7×7». To determine statistical differences we used chi-square test, including Yates-adjusted test and Mann–Whitney test.

**Results.** In the clinical group with classic hypersecretory gastrointestinal disease only in 25,71% of cases pathology of oral mucosa was revealed. On the background of clinical manifestations in mediated GIT pathology of oral mucosa — oral candidiasis, cheilitis, glossitis, burning sensation of the oral cavity was revealed in 100% of cases. Dyspeptic disorders according to 7×7 questionnaire prevailed in persons with indirect hypersecretory gastrointestinal disease in the form of chronic pancreatitis with GERD symptoms.

**Keywords:** pain, burning, oral mucosa, candidiasis, aphthae, glossitis, classical and mediated hypersecretory gastrointestinal diseases, functional dyspepsia, «7×7» gastrointestinal functional dyspepsia questionnaire

The authors declare no conflict of interest.

**Mohamed Abdulcarim AL MOHAMED** ORCID ID 0000-0000-0933-5865  
Postgraduate student of the Department of Therapeutic Dentistry with the course of Institute of additional professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
mohamadhilal@hotmail.com

**Irina N. USMANOVA** ORCID ID 0000-0002-1781-0291  
Grand PhD in Medical sciences, Professor, Honored Doctor of the Chief, Department of Therapeutic Dentistry with the course of Institute of additional professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
+7 (917) 3497793  
irinausma@mail.ru

**Amina N. ISHMUKHAMETOVA** ORCID ID 0000-0003-0892-0058  
PhD in Medical sciences, associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry with the course of Institute of additional professional education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
amina.ishmukhametova@mail.ru

**Irina A. LAKMAN** ORCID ID 0000-0001-9876-9202  
PhD in Technical sciences, Leading Researcher of the Central Research Laboratory, Bashkir State Medical University; Head of the Scientific Laboratory for the Study of Social and Economic Problems, Bashkir State University, Ufa, Russia  
Lackmania@mail.ru

**Regina A. SAFIULLINA** ORCID ID 0000-0002-8401-1433  
Doctor-Dentist-Therapist, Dental polyclinic No. 2, Ufa, Russia  
regi-safi@list.ru

**Liana. I. MUZAEVA** ORCID ID 0000-0002-9890-2330  
Gastroenterologist of the Bashkir State Medical University Clinic, Ufa, Russia  
lianochka-84@mail.ru

**Correspondence address: Irina. N. USMANOVA**  
450008, Ufa, st. Lenin, 3  
+7 (917) 3497793  
irinausma@mail.ru

**For citation:**

Al Mohamed M. A., Usmanova I. N., Ishmukhametova A. N., Lakman I. A., Safiullina R. A., Muzaeva L. I.  
ANALYSIS OF FUNCTIONAL AND CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CLASSICAL AND MEDIATED HYPERSECRETORY DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT. *Actual problems in dentistry*. 2022; 2: 44-54. (In Russ.)  
© Al Mohamed M. A. et al., 2022  
DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-44-54

Received 16.06.2022. Accepted 28.07.2022

Симптомы диспепсии относятся к наиболее часто встречающимся проявлениям гастроэнтерологических заболеваний. Общепопуляционные исследования по всему миру показали, что функциональная диспепсия (ФД) встречается у от 7 до 41% населения. Эти цифры относятся к необследованным пациентам и включают как органическую диспепсию, так и истинную функциональную диспепсию [4, 6, 10, 11, 18, 27, 31, 33].

В 2014 г. Российской гастроэнтерологической ассоциацией был предложен опросник динамической оценки симптомов функциональных проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта — «7 симптомов за 7 дней», далее — Опросник «7×7». Опросник «7×7» помогает определить важную роль диспепсических функциональных нарушений, провести оценку их тяжести и эффективности назначаемых при них тех или иных лекарственных препаратов. Сочетание различных симптомов, соответствующих функциональным нарушениям при гиперсекреторных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, соответствует синдрому перекреста (overlap-syndrome), значительное внимание которому было уделено при обсуждении Римского консенсуса IV (2016 г.) [4–6, 10, 11, 17, 18, 20, 21, 24, 25].

Больные с синдромом функциональной диспепсии (ФД) желудочно-кишечного тракта в среднем составляют от 2 до 5% гастроэнтерологических пациентов, которые чаще всего обращаются за качественной помощью к врачам общей практики. Основными клиническими критериями, характеризующими проявления ФД, являются наличие синдрома болей в эпигастрии (язвенноподобный вариант) и постпрандальный дистресс-синдром (дискинетический вариант). До недавнего времени многими исследователями приводились данные о том, что гиперсенситивные заболевания ЖКТ не являются причиной возникновения диспепсических симптомов, однако в последние годы получены убедительные доказательства об их влиянии. В «Киотском консенсусе» (2014 г.) было показано, что у части больных с синдромом диспепсии клинические симптомы обусловлены хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), в то время как за истинную функциональную диспепсию принимаются случаи хронического неатрофического гастрита после успешной эрадикации *H. pylori* [3, 5–7, 11, 16, 18, 20, 21, 27, 31, 33].

Различные гиперсекреторные заболевания желудочно-кишечного тракта протекают с наличием симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), функциональной диспепсии (ФД), гастропатии и дуоденопатии, встречаются в среднем среди всего населения мира до 54,2% случаев, при этом в ряде случаев поддерживаются на фоне заболеваний печени и желчевыводящих путей, а также поджелудочной железы [5, 16].

Классические и опосредованные гиперсекреторные заболевания желудочно-кишечного тракта объединяет общее патогенетическое звено — кислотная агрессия желудочного сока, вне зависимости от того, является ли фактор кислотной агрессии центральным или дополнительным в их развитии к раздражению не только слизистой желудка, но и слизистой оболочки рта [16].

Полость рта, являясь началом пищеварительного тракта, при наличии классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний четко отражает клиническое состояние ЖКТ. На слизистой полости рта создаются предпосылки развития различной стоматологической патологии, пациентами предъявляются жалобы не только на изменение цвета слизистой, но и на наличие боли, жжение, нарушения вкусовой чувствительности. На фоне избыточной продукции соляной кислоты в желудочном секрете наблюдаются более значимые проявления патологии слизистой оболочки в виде не только эрозивно-язвенных поражений, но и хронического гингивита и пародонтита, патологии слюнных желез, проявлений кандидоза полости рта [1–3, 5, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 26, 28–30, 32].

Клиническая картина изменений слизистой оболочки ротовой полости на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ характеризуется внепищеводной симптоматикой, что чаще всего приводит к снижению качества жизни, поздней обращаемости к гастроэнтерологу и отсроченному назначению эффективной общей терапии.

Выявленные взаимосвязи функциональных расстройств и клинических особенностей патологии слизистой оболочки рта у пациентов на фоне проявления классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта очень часто взаимосвязаны с ведущими симптомами основной нозологической формы, что дает возможность разработки и внедрения в практическое здравоохранение диагностических, профилактических и лечебных мероприятий и обуславливает актуальность и цель нашего исследования.

**Цель** — изучение взаимосвязи выраженности диспептических расстройств по опроснику «7×7» с клиническими особенностями проявлений патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов с классическими и опосредованными гиперсекреторными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

#### **Материалы и методы**

Проведение комплексного клиническо-стоматологического обследования позволило оценить стоматологический статус, состояние слизистой оболочки рта у 105 пациентов на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Критерии включения в группы обследования — подписанное информированное согласие, возраст (от 25 до 60 лет), пол мужской и женский, пациенты с хроническим билиарнозависимым панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью (этиологическая классификация TIGAR — O V2), имеющие признаки ГЭРБ, подтвержденные клинически и инструментально, и пациенты с хроническим билиарнозависимым панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью (этиологическая классификация TIGAR — O V2), не имеющие признаков ГЭРБ, подтвержденных клинически и инструментально.

Критерии исключения в группы исследования — отказ от участия в исследовании, возраст (младше 25 и старше 60 лет), онкологические заболевания, аутоиммунный панкреатит, острый панкреатит, посттравматический панкреатит, кисты поджелудочной железы, целиакия, кишечные инфекции и инвазии, воспалительные заболевания кишечника, дивертикулярная болезнь, прием слабительных, антидиарейных препаратов, антибиотиков в течение 2 месяцев до включения в исследование, хронические диффузные заболевания печени, злоупотребление алкоголем.

Критерием отбора также служило наличие на момент комплексного стоматологического обследования патологии слизистой оболочки — в виде хронического кандидоза, афтозного стоматита, глоссита, глоссалгии. Это позволило провести разделение пациентов на две основные клинические группы: I основную группу (35 человек) составили пациенты с опосредованным гиперсекреторным заболеванием желудочно-кишечного тракта, обусловленным избыточной продукцией соляной кислоты (хронический билиарнозависимый панкреатит с признаками ГЭРБ), II основную клиническую группу сформировали 35 пациентов с опосредованным гиперсекреторным заболеванием желудочно-кишечного тракта, клиническое проявление которого поддерживается нормальной продукцией соляной кислоты в желудке) — хронический билиарнозависимый панкреатит без признаков ГЭРБ.

Группу сравнения сформировали 35 пациентов с наличием классического гиперсенситивного заболевания в стадии ремиссии с отсутствием изучаемых патологий слизистой оболочки рта (35 пациентов с простым неатрофическим хроническим гастритом после успешной эрадикации *H. pylori*).

Ключевыми моментами в этиопатогенезе изучаемых патологий слизистой оболочки рта являются клинические проявления как классических, так и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Клиническое обследование пациентов осуществляли в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). При анализе данных полученных при проведении комплексного

стоматологического обследования, проведена оценка анамнеза, данных объективного осмотра, жалоб. Клиническое состояние слизистой оболочки полости рта соответствовало наличию проявлений классических и опосредованных гиперсенситивных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Для оценки интенсивности боли нами использован показатель индекса боли (ПИБ) по шкале Хоссли–Бергмана, который оценивается в баллах от 0 до 4: боли нет — 0 баллов, слабая боль — 1 балл, умеренная боль — 2 балла, сильная боль — 3 балла, нестерпимая — 4 балла [14].

Исследование симптомов функциональной диспепсии (ФД) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) проводили при помощи опросника «7×7». Опросник «7×7» был предложен для оценки клинических проявлений функциональных заболеваний и включает вопросы, отражающие характерные жалобы пациентов с ФД и СРК. В зависимости от количества набранных баллов по данному опроснику, степень тяжести заболевания ранжируется по категориям следующим образом: 0–1 — здоров; 2–6 — пограничное расстройство; 7–12 — легкое расстройство; 13–18 — умеренно выраженное расстройство; 19–24 — выраженное расстройство; 25 и более — тяжелое расстройство.

Опросник «7×7» позволяет оценить выраженность симптоматики и провести статистическую обработку полученных результатов [25].

Для сравнения частот распределения пациентов по баллам, а также по типам жалоб и по встречаемости диагнозов по рассматриваемым выборкам использовали стандартных критерий  $\chi^2$ , проверяющий нулевую гипотезу об отсутствии различий. При этом в случае, если признак встречался в выборке редко (менее 5%), в критерии использовали поправку Йетса, рассчитывая статистику  $\chi^2_y$ . Для сравнения показателя оценки боли по шкале Хоссли–Бергмана в исследуемых клинических группах использовали критерий Манна–Уитни, проверяющий нулевую гипотезу об отсутствии различий в баллах. Баллы представляли в виде среднего значения  $m$  и стандартного отклонения  $\sigma$ :  $m + \sigma$ . Во всех статистических критериях нулевую гипотезу об отсутствии различий отклоняли при  $p < 0,05$ . В качестве инструментального средства использовали открытую программную среду статистических расчетов R.

### Результаты исследования и их обсуждение

В клинико-функциональное исследование было включено 105 пациентов с наличием классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта, 50 лиц мужского пола (47,61%) и 52 лица женского пола (49,52%). Средний возраст всех участников исследования составил  $45,5 \pm 2,5$  лет.

Для оценки функционального состояния был проведен клинический осмотр пациентов с гиперсекреторными заболеваниями ЖКТ, наблюдающихся в клинике БГМУ, что дало возможность дальнейшего обоснования функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника.

При проведении клинического обследования пациентов I клинической группы с наличием хронического панкреатита с признаками ГЭРБ чаще всего преобладали жалобы на интенсивные, часто приступообразные боли в животе, локализуемые в эпигастриальной области и правом подреберье, диспепсические расстройства в виде снижения аппетита, тошноты, изжоги, непереносимости жирной и жареной пищи, отрыжки, нарушений стула или склонности к запорам.

У пациентов II клинической группы с наличием хронического панкреатита без признаков ГЭРБ чаще всего преобладали жалобы на приступообразную боль в верхней половине живота колющего характера, на наличие боли постоянной, тупой или ноющей, опоясывающая боль отмечалась довольно редко. Диспепсические расстройства выражены постоянно, в основном в виде мучительной тошноты, эпизодической рвоты, не приносящей облегчения больному, отрыжки, метеоризма, изменения стула (чередование поносов с запорами), отмечается потеря массы тела из-за нарушения переваривания пищи. У данной категории лиц также выражены симптомы общей интоксикации: головная боль, расстройство сна, повышенная утомляемость, эмоциональная нестабильность, субфебрильная температура.

У пациентов группы сравнения (классическое заболевание ЖКТ — простой неатрофический хронический гастрит после успешной эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции) жалобы чаще всего сопровождали погрешности в диете, носили редкий эпизодический характер. Больные жаловались на отрыжку воздухом или съеденной пищей, на склонность к запорам, метеоризм, чувство жжения в эпигастрии.

Проведенное социологическое обследование с использованием опросника «7×7» у большинства лиц с наличием основных и опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ (89%) позволило выявить наличие симптомов функциональных расстройств различной степени выраженности (таблица 1).

Лица с легкими и умеренно выраженными симптомами функциональных нарушений составляли 63,27% среди пациентов на фоне проявлений классического заболевания ЖКТ в виде простого неатрофического хронического гастрита и 70,59% среди пациентов клинических групп на фоне опосредованных заболеваний в виде наличия хронического панкреатита с признаками и без признаков ГЭРБ, что значительно выше распространенности данных функциональных расстройств, полученных при проведении общепопуляционных

исследований. Однако выраженность симптомов функциональных нарушений среди пациентов группы сравнения составила в среднем 54,28%, что в 2,17 раза выше данных популяционных исследований.

На момент комплексного клинического обследования только у 40% пациентов с наличием гиперсекреторных заболеваний ЖКТ не наблюдалось диспепсических расстройств, что значительно отличается от группы сравнения при  $p < 0,05$ . Пограничное расстройство, соответствующее баллам 2–6, в основном преобладало в группе сравнения, соотношение к I и II основным клиническим группам составило 2,75 и 1,83 ( $\chi^2 = 0,467$ ,  $p = 0,495$ ).

Легкое расстройство по опроснику «7×7» преобладало в группе пациентов с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ в 31,43% случаев, в клинической группе без признаков ГЭРБ — в 28,57% случаев, что соответственно выше результатов группы сравнения (8,57% случаев) в 3,66 и 3,33 раза ( $p < 0,05$ ), соотношение между I и II клиническими группами составило 1:1,10 ( $p > 0,5$ ).

Умеренно выраженное расстройство, соответствующее баллам 13–18, чаще всего наблюдается у лиц с ХП с признаками ГЭРБ, что в 1,13 раза выше показателей клинической группы с ХП без признаков ГЭРБ ( $p > 0,5$ ), и в 4,5 раза выше показателей группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Выраженное расстройство, соответствующее баллам 19–24, и тяжелое расстройство, соответствующее баллам 25 и более по опроснику «7×7», преобладало соответственно в 11,42% и 5,71% у группы ХП с признаками ГЭРБ, что связано с более выраженной клинической симптоматикой данного заболевания (таблица 1).

При проведении комплексного стоматологического обследования и анализе жалоб у пациентов на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта, обусловленных продукцией либо нормальным поддержанием продукции соляной кислоты в желудке, чаще всего был выявлен кандидозный стоматит (К 37.0) ( $\chi^2 = 3,684$ ;  $p = 0,055$ ), аномалии и самостоятельные заболевания языка в виде десквамативного глоссита (К14.1) ( $\chi^2 = 3,733$ ;  $p = 0,054$ ), ромбовидного глоссита (К14.2) ( $\chi^2 = 3,733$ ;  $p = 0,054$ ), рецидивирующий афтозный стоматит (К 12.0) ( $\chi^2_y = 8,160$ ;  $p = 0,005$ ), симптом жжения полости рта (глоссалгия К 14) ( $\chi^2 = 2,362$ ;  $p = 0,125$ ) (таблица 2).

На момент комплексного клиническо-стоматологического обследования пациентов I основной клинической группы с опосредованным классическим заболеванием ЖКТ обусловленными избыточной продукцией соляной кислоты (ХБВП с ГЭРБ) на слизистой оболочке полости рта у 9 (25,71%) выявлены рецидивирующие афты (рецидивирующий афтозный стоматит, К 12.0) ( $p < 0,01$ ), у 20 (57,14%) пациентов

микробиологическими исследованиями подтвержден кандидоз полости рта (кандидозный стоматит, К 37.00) ( $p < 0,001$ ), у 9 (25,71%) диагностирован симптом жжения полости рта (СЖПР) ( $p < 0,01$ ), у 20 (57,14%) пациентов данные патологии слизистой оболочки рта наблюдались в анамнезе (таблица 2).

Среди пациентов II клинической группы с опосредованным заболеванием ЖКТ, течение которого поддерживается повышенной продукцией соляной кислоты в желудке (ХБВП без ГЭРБ), на слизистой оболочке полости рта не наблюдались рецидивирующие афты (рецидивирующий афтозный стоматит, К 12.0), у 12 (34,29%) подтверждены проявления кандидоза полости рта (кандидозный стоматит, К 37.00) ( $p < 0,001$ ), у 4 (11,42%) выявлен симптом жжения полости рта, ранее 15 (42,85%) пациентов отмечали наличие болезненных элементов на слизистой обо-

лочке рта и 4 (11,42%) пациентов отмечали проявления симптома жжения полости рта и кандидоза в анамнезе (таблица 2).

У пациентов группы сравнения на фоне клинического проявления классического заболевания ЖКТ в стадии ремиссии на момент комплексного клинического обследования в 17,14% случаев выявлен географический глоссит (К14.1), в 8,57% случаев — складчатый язык (К 14.5), и соответственно в 17,14% и 8,57 случаях — симптом жжения полости рта и языка (таблица 2).

В ходе проведенного анализа данных историй болезни, а также объективной оценки результатов клинико-лабораторных обследований наличие классических и опосредованных кислотозависимых заболеваний ЖКТ с повышенной или неизменной продукцией соляной кислоты характеризовалось при-

Таблица 1

**Распределение пациентов с патологией слизистой оболочки рта на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта по тяжести общего состояния, согласно опроснику «7×7»**

Table 1. Distribution of patients with oral mucosal pathology against the background of classical and mediated hypersecretory diseases of the gastrointestinal tract according to the severity of the general condition according to the «7×7» questionnaire

Баллы	Состояние пациента (симптомы диспепсии и синдрома раздраженного кишечника)	Группа сравнения с основным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ (35 пациентов с простым неатрофическим хроническим гастритом) (мужчин — 15, женщин — 20)		I клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ) (мужчин — 14, женщин — 21)		II клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ) (мужчин — 15, женщин — 20)				
		Абс	%	Абс	%	Абс	%			
				$\chi^2$ — статистика, p, сравнение I и II группы		$\chi^2$ — статистика, p, сравнение I и гр. ср.		$\chi^2$ — статистика, p, сравнение II и гр. ср.		
0–1	Нет диспепсических расстройств, здоров	19	54,29	5***	14,28	9*	25,71	$\chi^2 = 1,429, p = 0,232$	$\chi^2 = 12,428, p < 0,001$	$\chi^2 = 5,952, p = 0,015$
2–6	Пограничное расстройство	11	31,43	4*	11,43	6	17,14	$\chi^2 = 0,467, p = 0,495$	$\chi^2 = 4,158, p = 0,042$	$\chi^2 = 1,942, p = 0,164$
7–12	Легкое расстройство	3	8,57	11*	31,43	10*	28,57	$\chi^2 = 0,068, p = 0,795$	$\chi^2 = 5,714, p = 0,017$	$\chi^2 = 4,629, p = 0,032$
13–18	Умеренно выраженное расстройство	2	5,71	9*	25,71 <sub>y</sub>	8	22,85	$\chi^2 = 0,078, p = 0,781$	$\chi^2_y = 3,883, p = 0,049$	$\chi^2_y = 2,917, p = 0,088$
19–24	Выраженное расстройство	0	0	4	11,42	2	5,71	$\chi^2_y = 0,182, p = 0,670$	$\chi^2_y = 2,386, p = 0,123$	$\chi^2_y = 0,515, p = 0,474$
25 и более	Тяжелое расстройство	0	0	2	5,71	0	0	$\chi^2_y = 0,515, p = 0,474$	$\chi^2_y = 0,515, p = 0,474$	—

\*, \*\*, \*\*\* — различия с группой сравнения статистически значимы при  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$  соответственно

сутствием патологии слизистой оболочки рта либо по данным анамнеза, либо выявленной на момент проводимого клинического обследования в среднем в 100% случаев. Вне зависимости от наличия классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ, у 77 (57,03%) пациентов наблюдались проявления хронического рецидивирующего стоматита в анамнезе, у 94 (69,62%) пациентов отмечались проявления кандидоза полости рта, десквамативный глоссит — у 55 (40,74%) пациентов.

В таблице 2 с помощью  $\chi^2$  теста (в том числе с поправкой Йетса —  $\chi^2_{\text{Y}}$ ) подтверждены статистически значимые различия в сравнительном распределении пациентов на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ в виде наличия различной патологии слизистой оболочки рта, симптома боли, жжения в анамнезе и на момент клинического обследования.

В основном у пациентов на фоне классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладали жалобы на неприятный запах изо рта, жжение или пощипывание на фоне раздражающей пищи, наличие слабой либо умеренной боли, покалывания, натяжения, болезненного жжения в слизистой оболочке полости рта на месте возникновения патологических элементов в виде афт, сухости, наличия желто-серого налета на дорсальной поверхности языка, либо преджелтушной окраски дистальных отделов языка, кислого привкуса во рту, нарушения вкусовой чувствительности языка, ограниченности в приеме пищи, особенно раздражающей.

У пациентов на фоне наличия классических и опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ при проведении объективного осмотра полости рта на языке наблюдается обложенность, что в основном обусловлено нарушением процесса отторжения ороговевающих эпителиальных клеток нитевидными сосочками. Также наблюдаются очаги десквамации эпителия, которые обусловлены повышенным слущиванием нитевидных сосочков и чаще всего носят классический очаговый характер.

У пациентов с наличием географического глоссита (К14.1) при объективном осмотре либо на спинке, либо на боковых поверхностях языка наблюдается наличие бледно-красных одиночных пятен или ограниченных друг от друга 2–3 небольших пятен, по краю которых обнаруживается наличие серовато-белой зигзагообразной полосы с резкими краями шириной в среднем от 1 до 3 мм. Сливание небольших пятен на спине или боковой поверхности языка образует гирляндобразный рисунок. По форме наиболее распространена поверхностная. В зависимости от клинических проявлений классических или опосредованных гиперсекреторных заболеваний ЖКТ, географический глоссит диагностировался в среднем у 17,14%, 68,25% и 45,71% наблюдаемых лиц.

Чувство пощипывания слизистой оболочки рта после приема раздражающей пищи преобладало в основном в I клинической группе с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ, что в 4,3 раза выше показателей группы сравнения и в 1,5 раза — показателей II клинической группы с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ.

Жалобы на наличие парестезии боковой поверхности языка преобладали в основном в I клинической группе с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ, что в 1,47 раза выше результатов II клинической группы с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ (таблица 2).

Складчатый язык или бороздчатый язык (К14,5) наблюдался в среднем у 20,0% пациентов, формирующих все клинические группы, и чаще всего сопровождал клинические проявления географического глоссита (К14.1) (таблица 2).

Проявления ромбовидного глоссита (К14.2) диагностированы только у 8,57% пациентов на фоне течения ХП с признаками ГЭРБ, при этом на спинке языка по средней линии в основном наблюдался единичный очаг десквамации нитевидных сосочков розового цвета с четкими границами и гладкой поверхностью (плоская форма). Пациенты в данном случае чаще всего предъявляли жалобы на чувство пощипывания в языке на фоне приема или после приема раздражающей пищи (таблица 2).

Проявления кандидозного стоматита (К37.0), подтвержденного микробиологическим методом, отмечались в 30,45% случаев, в основном были выявлены у лиц на фоне опосредованного заболевания ЖКТ — хронического панкреатита, и зависели от наличия ГЭРБ. У пациентов I клинической группы на фоне хронического панкреатита с признаками ГЭРБ кандидозный стоматит выявлен в 57,14% случаев, во II клинической группе с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ — в 34,29% случаев. Выявляемость кандидозного стоматита в 1,67 раза выше у лиц I клинической группы с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ ( $p = 0,055$ ). При осмотре и сборе жалоб у данной категории лиц преобладали жжение, чувство сухости слизистой оболочки рта и боль при приеме пищи (таблица 2).

Оценка боли, проведенная по шкале Хоссли–Бергмана, в клинических группах с классическими и опосредованными гиперсекреторными заболеваниями ЖКТ не выявила статистически значимых различий зависимости от ГЭРБ ни в частоте встречаемости слабой или умеренной боли, ни в балльных оценках ее силы,  $p > 0,5$  (таблица 3).

## Выводы

1. Согласно опроснику «7×7», легкие и умеренно выраженные, выраженные и тяжелые расстройства функциональных диспепсических синдромов в виде

Таблица 2

Основные симптомы и жалобы у пациентов с патологией слизистой оболочки рта в зависимости от наличия классических или опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта

Table 2. Main symptoms and complaints in patients with oral mucosal pathology depending on the presence of classical or mediated hypersecretory gastrointestinal diseases

Показатели	Группа сравнения с основным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ (35 пациентов с простым неатрофическим хроническим гастритом) (мужчин — 15, женщин — 20)		I клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ) (мужчин — 14, женщин — 21)		II клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ) (мужчин — 15, женщин — 20)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
			$\chi^2$ — статистика, р, сравнение I и II группы			
			$\chi^2$ — статистика, р, сравнение I и гр. ср.		$\chi^2$ — статистика, р, сравнение I и гр. ср.	
1	2	3	4		5	
<b>Диагноз</b>						
Географический глоссит К14.1	6	17,14	24***	68,25	16*	45,71
			$\chi^2 = 3,733; p = 0,054$			
			$\chi^2 = 18,900; p < 0,001$		$\chi^2 = 6,629; p = 0,011$	
Ромбовидный глоссит К14.2	0	0	3	8,57	0	0
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$			
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$		—	
Складчатый язык К 14.5	3	8,57	8	22,85	6	17,14
			$\chi^2 = 0,357; p = 0,551$			
			$\chi^2 = 2,696; p = 0,101$		$\chi^2 = 1,148; p = 0,285$	
Рецидивирующий афтозный стоматит К 12.0	0	0	9**	25,71	0	0
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$			
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$		—	
Кандидозный стоматит К 37.00	0	0	20***	57,14	12***	34,29
			$\chi^2 = 3,684; p = 0,055$			
			$\chi^2_y = 25,270; p < 0,001$		$\chi^2_y = 12,170; p < 0,001$	
СЖПР (глоссалгия) К 14,6	0	0	9**	25,71	4	11,42
			$\chi^2 = 2,362; p = 0,125$			
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$		$\chi^2_y = 2,386; p = 0,123$	
<b>Жалобы</b>						
Пощипывание после приема раздражающей пищи	0	0	3	8,57	0	0
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$			
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$		—	
Жжение после приема раздражающей пищи	6	17,14	24***	68,57	16*	45,71
			$\chi^2 = 3,733; p = 0,054$			
			$\chi^2 = 18,900; p < 0,001$		$\chi^2 = 6,629; p = 0,011$	
Жжение языка	3	8,57	8	22,85	6	17,14
			$\chi^2 = 0,357; p = 0,551$			
			$\chi^2 = 2,696; p = 0,101$		$\chi^2 = 1,148; p = 0,285$	
Парестезия боковых поверхностей языка	0	0	9**	25,71	6*	17,15
			$\chi^2 = 0,285; p = 0,383$			
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$		$\chi^2_y = 4,557; p = 0,033$	

Окончание табл. 2.

1	2	3	4		5	
Наличие единичного розового пятна овальной формы на спинке языка по средней линии	0	0	3	8,57	0	0
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$			
			$\chi^2_y = 1,393; p = 0,238$		—	
Наличие желто-белого налета на дорсальной поверхности языка	0	0	14***	40,0	9**	25,71
			$\chi^2 = 1,619; p = 0,204$			
			$\chi^2_y = 15,089; p < 0,001$		$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$	
Наличие бело-розового пятна на спинке языка округлой или овальной формы	0	0	8**	22,85	7*	20,0
			$\chi^2 = 0,085; p = 0,771$			
			$\chi^2_y = 6,915; p = 0,009$		$\chi^2_y = 5,714; p = 0,017$	
Наличие бело-розового пятна (пятен) на боковой поверхности языка неправильной формы	3	8,57	12**	34,28	6	17,14
			$\chi^2 = 2,692; p = 0,101$			
			$\chi^2 = 6,873; p = 0,009$		$\chi^2 = 1,148; p = 0,285$	
Болезненное покалывание, жжение, парестезия СОР	6	17,14	24***	68,25	16*	45,71
			$\chi^2 = 3,733; p = 0,054$			
			$\chi^2 = 18,900; p < 0,001$		$\chi^2 = 6,629; p = 0,011$	
Болезненное покалывание, жжение СОР	0	0	9**	25,71	0	0
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$			
			$\chi^2_y = 8,160; p = 0,005$		—	
Сухость СОР	0	0	20***	57,14	12***	34,29
			$\chi^2 = 3,684; p = 0,055$			
			$\chi^2_y = 25,270; p < 0,001$		$\chi^2_y = 12,170; p < 0,001$	

\*, \*\*, \*\*\* — различия с группой сравнения статистически значимы при  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$  соответственно

Таблица 3

Оценка боли по шкале Хоссли–Бергмана у пациентов с патологией слизистой оболочки рта в зависимости от наличия классических или опосредованных гиперсекреторных заболеваний желудочно-кишечного тракта

Table 3. Hossley–Bergman pain score in patients with oral mucosal pathology depending on the presence of classical or mediated hypersecretory gastrointestinal disease

Показатели	Группа сравнения с основным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ (35 пациентов с простым неатрофическим хроническим гастритом) (мужчин — 15, женщин — 20)		I клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом с признаками ГЭРБ) (мужчин — 14, женщин — 21)		II клиническая группа с опосредованным гиперсекреторным заболеванием ЖКТ, (35 пациентов с хроническим панкреатитом без признаков ГЭРБ) (мужчин — 15, женщин — 20)	
	Частота встречаемости (%)	Оценка в баллах	Частота встречаемости (%)	Оценка в баллах	Частота встречаемости (%)	Оценка в баллах
Слабая боль на момент обследования	0	0	13 (37,14)	1,1 ± 0,2	11 (31,43)	1,2 ± 0,2
			$\chi^2$ — статистика, $p$ , сравнение I и II группы, $Z$ — статистика и $p$ -уровень теста Манна — Уитни			
Умеренная боль на момент обследования	0	0	18 (51,42)	2,2 ± 0,3	16 (45,71)	2,1 ± 0,2
			$\chi^2 = 0,229; p = 0,633$ $Z = 0,201; p = 0,753$			

функциональной диспепсии и синдрома раздражения кишечника превалировали в I и II основных клинических группах пациентов с хроническим панкреатитом и имели прямую зависимость от ГЭРБ.

2. Наличие гиперсенситивных заболеваний ЖКТ чаще всего характеризуется различными проявлениями патологии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, при этом превалирование их наблюдается при опосредованных заболеваниях и имеет прямую зависимость от ГЭРБ.

3. Анализ взаимосвязи функциональных и клинических симптомов у пациентов с классическими и опосредованными гиперсенситивными заболеваниями желудочно-кишечного тракта имеет тенденцию к их значительному утяжелению в клини-

ческих группах лиц с хроническим панкреатитом и зависит от ГЭРБ.

### Заключение

Таким образом, широкая распространенность классических и опосредованных гиперсенситивных заболеваний ЖКТ, а также их неразрывная связь с патологией слизистой полости рта свидетельствует об актуальности проблемы в плане изучения некоторых особенностей клинических проявлений, разработки методов ранней диагностики, что даст возможность не только правильного дифференцированного подхода к планированию и проведению местного и общего лечения, но и разработки методов профилактики.

### Литература/References

1. Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С., Умарова К. В., Рабинович И. М. Аспекты этиологии и патогенеза рецидивирующего афтозного стоматита. Клиническая стоматология. 2015;4 (76):8–13. [O. F. Rabinovich, E. S. Abramova, K. V. Umarova, I. M. Rabinovich. Actiology and pathogenesis of recurrent ulcerative stomatitis. Clinical Dentistry. 2015;4 (76):8–13. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25136352>
2. Шилов А. М., Петрухина Н. Б., Марьяновский А. А. Взаимосвязи дисбиоза пищеварительного тракта (пародонтит, энтероколит), атерогенной дислипидемии и нарушений углеводного обмена на ранних этапах метаболического синдрома. Лечащий врач. 2016;2:7–12. [A. M. Shilov, N. B. Petrukhina, A. A. Mar'yanovskij. The correlation between intestinal dysbiosis (periodontitis, enterocolitis), atherogenic dyslipidemia and hydrocarbon metabolism disorders at the early stages of metabolic syndrome. Attending doctor. 2016;2:7–12. (In Russ.)]. <https://www.lvrach.ru/2016/02/15436393>
3. Духовская Н. Е., Химина И. Н., Островская И. Г., Сохов С. Т., Митронин В. А. Взаимосвязь стоматологических проявлений с патологиями желудочнокишечного тракта. Кафедра. 2017;60-61:36–41. [N. Dukhovskaya, I. Himina, I. Ostrovskaya, S. Sokhov, V. Mitronin. Interrelation of stomatological implications with digestive tract pathologies. Cathedra. 2017;60-61:36–41. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=34961662>
4. Костюкевич О. И., Рылова А. К., Рылова Н. В. и др. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Русский Медицинский Журнал. Медицинское Обозрение. 2018;7 (II): 76–81. [O. I. Kostyukevich, A. K. Rilova, N. V. Rilova et al. Extraesophageal masks of gastroesophageal reflux disease. Russian medical inquiry. 2018;7 (II): 76–81. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=36907225>
5. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Полуэктова Е. А. и др. Возможности применения Опросника «7x7» (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26 (3):24–33. [V. T. Ivashkin, A. A. Sheptulin, Ye. A. Poluektova et al. Potential of «7x7» (7 symptoms per 7 days) questionnaire in assessment of symptom dynamics of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. 2016;26 (3):24–33. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-3-24-33>
6. Успенский Ю. П., Мирзоев О. С., Фоминых Ю. А., Гнутов А. А., Полюшкин С. В. Возможности терапии сочетанной функциональной гастроэнтерологической патологии: итоги открытого исследования. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30 (5):30–41. [Yu. P. Uspenskiy, O. S. Mirzoev, Yu. A. Fominykh, A. A. Gnutow, S. V. Polyushkin. Efficacy of Kolofort in Combined Functional Gastroenterological Pathology: an Open Study. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30 (5):30–41. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-30-41>
7. Лялюкова Е. А., Дроздов В. Н., Карева Е. Н. и др. Диспепсия неуточненная: дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента на амбулаторном этапе. Лечащий врач. 2018;8:15. [E. A. Lyalyukova, V. N. Drozdov, E. N. Kareva et al. Uninvestigated dyspepsia: differential diagnosis, patient-management strategy at outpatient stage. Attending doctor. 2018;8:15. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35578460>
8. Маев И. В., Самсонов А. А., Айвазова Р. А., Яшина А. В., Караулов С. А. Желудочная диспепсия, регургитационные симптомы и пути их коррекции. Фарматека. 2012;2:39–44. [I. V. Maev, A. A. Samsonov, R. A. Aivazova, A. V. Yashina, S. A. Karaulov. Gastric indigestion, regurgitation symptoms and ways of their correction. Pharmateca. 2012;2:39–44. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=17635330>
9. Кильмухаметова Ю. Х., Батиг В. М., Абрамчук И. И. Заболевания пародонта на фоне соматических патологий. Молодой ученый. 2017;26:57–62. [Yu. Kh. Kilmukhametova, V. M. Batig, I. I. Abramchuk. Periodontal diseases against the background of somatic pathologies. A young scientist. 2017;26:57–62. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=29443179>
10. Гилева О. С., Либик Т. В., Позднякова А. А. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта: методы диагностики и лечения. Dental Forum. 2019;1 (72):27–36. [O. S. Gileva, T. V. Libik, A. A. Pozdnyakova et al. Oral mucosal diseases: methods of diagnosis and treatment. Dental Forum. 2019;1 (72):27–36. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=37307583>
11. Жесткова Т. В. Качество жизни и уровень физической активности студентов с отсутствием и наличием симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника по опроснику «7x7» (7 симптомов за 7 дней). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30 (3):36–41. [T. V. Zhestkova. Quality of Life and Level of Physical Activity In Students with and without Symptoms of Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome Surveyed with Questionnaire «7x7» (7 Symptoms Per 7 Days). Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30 (3):36–41. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-36-41>
12. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии и колопроктологии. 2017;27 (1):50–61. [V. T. Ivashkin, I. V. Maev, A. A. Sheptulin et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2017;27 (1):50–61. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61>
13. Усманова И. Н., Галимова И. А., Хуснарязанова Р. Ф. и др. Особенности состава микробиоты полости рта на фоне классических и опосредованных кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Пародонтология. 2022;27 (1):91–99. [I. N. Usmanova, I. A. Galimova, R. F. Khushnarizanova et al. Aures of oral microbiota composition in patients with oral mucosal disease associated with classical and mediated acid-related gastrointestinal disorders. Periodontology. 2022;27 (1):91–99. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-1-91-99>
14. Лавровская Я. А. Особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне хронического панкреатита (обзор литературы). Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015;3 (51):18–22. [Ya. A. Lavrovskaya. Characteristics of the disease of the oral mucosa associated with chronic pancreatitis (literature review). Journal of the Grodno state medical university. 2015;3 (51):18–22. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24296778>
15. Улько Т. Н., Токмакова С. И., Бондаренко О. В., Побединская Л. Ю. Отдаленные результаты применения метода криоанальгезии в комплексном лечении стоматалгии. Современные проблемы науки и образования. 2018;2:44. [T. N. Ulko, S. I. Tokmakova, O. V. Bondarenko, L. Yu. Pobedinskaya. Long-term results of applying the method of cryoanalgesia in the complex treatment of stomalgia. Modern problems of science and education. 2018;2:44. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=34954662>
16. Копытов А. А., Никишаева А. В., Пащенко Л. Б. и др. Проблемы сочетанной патологии полости рта и органов пищеварения у подростков. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2018;41 (2):220–227. [A. A. Kopytov, A. V. Nikishaeva, L. B. Pashchenko et al. The study of changes in the body of adolescents with combined pathology of the oral cavity and digestive organs. Scientific bulletin of Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy. 2018;41 (2):220–227. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18413/2075-4728-2018-41-2-220-227>

17. Васильев Ю. В., Грищенко Е. Б. Роль современных антацидных препаратов в повышении качества жизни у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями. Медицинский Совет. 2013; (10):16–21. [Yu. V. Vasilyev, E. B. Grishchenko. The role of modern antacids in improving the quality of life in patients with acid-dependent disorders. Medical Council. 2013; (10):16–21. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-10-16-21>
18. Маев И. В., Бордин Д. С., Еремина Е. Ю. и др. Синдром раздраженного кишечника. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза и лечения (обзор). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;10 (158):68–73. [I. V. Maev, D. S. Bordin, E. U. Eremina et al. Irritable bowel syndrome. Modern aspects of epidemiology, pathogenesis and treatment (a review). Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;158 (10): 68–73. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-158-10-68-73>.
19. Налетов А. В. Современное представление о функциональной диспепсии в свете римского консенсуса IV. Университетская клиника. 2017;4–1 (25):153–159. [A. V. Nalyotov. The current conception of functional dyspepsia in the view of the rome consensus IV. Universiti clinic. 2017;4–1 (25):153–159. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30744583>
20. Житкова Л. А., Камлук Е. Б., Моница Е. В. и др. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического афтозного стоматита. Здравоохранение Дальнего Востока. 2018;1 (75):44–46. [L. A. Zhitkova, E. B. Kamluk, E. V. Monina et al. Modern aspects of etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of chronic aphthous stomatitis. Healthcare of the Far East. 2018;1 (75):44–46. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35420436>
21. Успенский Ю. П., Мирзоев О. С., Фоминых Ю. А., Иванов С. В. Современный взгляд на проблему сочетанных функциональных заболеваний органов пищеварения. Медицинский алфавит. 2018;1:7 (344):42–47. [Yu. P. Uspenskiy, O. S. Mirzoev, Yu. A. Fominykh, S. V. Ivanov. Modern view on problem of combined functional diseases of gastrointestinal tract. Medical alphabet. 2018;1:7 (344):42–47. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35040343>
22. Успенский Ю. П., Фоминых Ю. А., Наджафова К. Н., Полошкин С. В. Сочетанная функциональная патология билиарного тракта и кишечника. Дневник Казанской медицинской школы. 2021;1 (31):40–45. [Yu. P. Uspenskiy, Yu. A. Fominykh, K. N. Nadzhafova, S. V. Polyushkin. Ombined functional pathology of the biliary tract and intestines. Diary of the Kazan medical school. 2021;1 (31):40–45. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=47654076>
23. Трухан Л. Ю., Трухан Д. И. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения. Медицинский совет. 2016;19:134–137. [L. Yu. Trukhan, D. I. Trukhan. Stomatological problems of gastroenterological patients and their possible solutions. Medical council. 2016;19:134–137. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-19-134-137>
24. Орехова Л. Ю., Атрушкевич В. Г., Михальченко Д. В. и др. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний. Пародонтология. 2017;22 (3):15–17. [L. Yu. Orekhova, V. G. Atrushkevich, D. V. Mikhalychenko et al. Dental health and polymorbidity: analysis of modern approaches to the treatment of dental diseases. Parodontologiya. 2017;22 (3):15–17. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30060550>
25. Успенский Ю. П., Мирзоев О. С., Фоминых Ю. А., Гнутов А. А., Полошкин С. В. Возможности терапии сочетанной функциональной гастроэнтерологической патологии: итоги открытого исследования. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30 (5):30–41. [Yu. P. Uspenskiy, O. S. Mirzoev, Yu. A. Fominykh, A. A. Gnutov, S. V. Polyushkin. Efficacy of Kolofort in Combined Functional Gastroenterological Pathology: an Open Study. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30 (5):30–41. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-30-41>
26. Бастриков О. Ю., Милегов В. В., Харламова У. В. и др. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта во взаимосвязи с тревожностью и невротизацией. Уральский медицинский журнал. 2017;7 (151):64–68. [O. Yu. Batrikov, V. V. Milegov, U. V. Harlamova, O. E. Frish, E. I. Erykalova, E. K. Koroleva. Functional disorders of the gastrointestinal tract in correlation with anxiety and neurotization. Ural Medical Journal. 2017;7 (151):64–68. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30022804>
27. Быкова А. П., Козлова И. В. Цитокины в слизистой оболочке толстой кишки и кишечная микробиота у пациентов с хроническим панкреатитом. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017;12 (2):157–160. [A. P. Bykova, I. V. Kozlova. Cytokines in large intestine mucosa and intestinal microbiota in patients with chronic pancreatitis. Medical news of north Caucasus. 2017;12 (2):157–160. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2017.12044>
28. Drossman D. A., Hasler W. L. Rome IV — Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterology. — 2016;150:1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
29. Edgar N. R., Saleh D., Miller R. A. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review // The Journal of clinical and aesthetic dermatology. — 2019;10 (3):26–36. PMID: PMC5367879
30. Giannetti L., Murri D. D. A., Lo M. L. Recurrent aphthous stomatitis // Minerva stomatologica. — 2018;67 (3):125–128. <https://doi.org/10.23736/S0026-4970.18.04137-7>
31. Tarakji B., Gazal G., Ali Al-Maweri S. et al. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioners // J. Int. Oral Health. — 2015;7 (5):74–80. PMID: PMC4441245
32. Moayyedi P. M., Lacy B. E., Andrews C. N. et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia // Am J. Gastroenterol. — 2017;112:988. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.154>
33. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis // Biomedical reports. — 2019;11 (2):47–50. <https://doi.org/10.3892/br.2019.1221>
34. Stanghellini V., Chan F. K., Hasler W. L., Malagelada J. R., Suzuki H., Tack J., Talley N. J. Gastrointestinal Disorders // Gastroenterology. — 2016;150 (6):1380–1392. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.011>