

10. Коен С., Берне Р. Эндодонтия. — СПб: Мир и Семья, Интерлайн, 2000. — 693 с.
11. Лагунов В.Л. Сопоставление результатов хирургического и консервативного лечения больных с деструктивным периапикальным процессом // Труды 7-го Всероссийского съезда стоматологии. — М., 2001. — С. 104-106.
12. Лукичева Л.С., Рабинович И.М. Адекватность пломбирования корневых каналов и ее значение в клинике // Клин. стоматол. — 1999. — №2. — С. 28-30.
13. Луцкая И.К. Обоснование выбора метода эндодонтического лечения // Новое в стоматологии. — 1997. — №2. — С. 9-14.
14. Максимова О.П., Шеина Н.М., Николаев А.И., Ценов Л.М. Некоторые аспекты выбора материала для пломбирования корневых каналов // Клин. стоматол. — 1998. — №3. — С. 22-25.
15. Смирнова М.А., Шпак Т.А. Критерии obturации // Современные технологии в эндодонтии. — М., 2007. — С. 105.
16. Смирнова М.А., Шпак Т.А. Метод непрерывной волны // Современные технологии в эндодонтии. — М., 2007.
17. Смирнова М.А., Шпак Т.А. Определение рабочей длины // Современные технологии в эндодонтии. — М., 2007. — С. 20-34.
18. Смирнова М.А., Шпак Т.А. Расширение и формирование корневого канала // Современные технологии в эндодонтии. — М., 2007. — С. 38-60.
19. Смирнова М.А., Шпак Т.А. Создание эндодонтического доступа // Современные технологии в эндодонтии. — М., 2007. — С. 6-16.
20. Beer R., Wutzler P., Gangler P. Vergleichende biologische und mikrobiologische Prüfung von Wurzelkanalfüllmaterialien // Zahn. Mund. Kieferheilkd. — 1989. — Bd. 145. — P. 198.
21. Peters L.B., Wesselink P.R. Periapical healing of endodontically treated teeth in one and two visits obturated in the presence or absence of detectable microorganisms // J. Int. Endod. — 2002. — Vol. 35, №8. — P. 660-667.
22. Qualtrough A.J.E., Whitworth J.M., Dummer P.M. Preclinical endodontology: an international comparison // J. Intern. Endodontic. — 1999. — Vol. 32. — P. 406-414.

Резюме

Опыт современной литературы о принципах и подходах в диагностике и лечении осложненных форм периодонтитов позволяет утверждать, что лечение пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом попрежнему остается сложнейшей актуальной задачей в практической стоматологии. Такие факторы как состав и вирулентность микрофлоры корневого канала, анатомическое строение зуба, состояние зуба, состояние иммунной системы пациента влияют на развитие и течение периодонтита. Необходимо дальнейшее изучение патогенетических механизмов развития хронического периодонтита. Большинство авторов указывают на низкую эффективность лечения зубов с хроническим периодонтитом. Следовательно, требуется дальнейший поиск доступных и эффективных способов лечения.

Summary

Experience the modern literature on the principles and approaches in the diagnosis and treatment of complicated forms of periodontitis suggests that treatment of patients with chronic apical periodontitis remains the most difficult challenge in the practice of dentistry. Factors such as the composition and virulence of the microflora of the root canal anatomy of the tooth, condition of the tooth, the immune system of the patient influence the development and course of periodontitis. Further study of pathogenetic mechanisms of development of chronic periodontitis. Most authors indicate the low efficiency of treatment of teeth with chronic periodontitis. Therefore, we need to further search the available and effective treatments.

УДК: 616.329/.34-002-008.17:616.31]-616-08-039.57

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ



**Бекжанова О.Е.,
Иногамов Ш.М.**

**Ташкентский
государственный
стоматологический
институт**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагит (РЭ) остаются актуальной проблемой. Данное заболевание сегодня принято считать ведущей гастроэнтерологической патологией, поскольку прослеживается заметная тенденция к уменьшению распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и увеличению заболеваемости ГЭРБ. Симптомы этого заболевания (чаще всего изжога) при тщательном сборе анамнеза выявляются у 30-40% взрослого населения развитых стран, а воспалительные изменения слизистой оболочки (СО) пищевода, то есть рефлюкс-эзофагит, диагностируют у 30-45% лиц с характерной симптоматикой ГЭРБ, подвергнутых эндоскопическому исследованию [13,15,20,25].

В ряде клинических исследований подтверждается взаимосвязь между ГЭРБ и патологией других органов и систем. Существует большая группа так называемых атипичных, или внепищеводных проявлений ГЭРБ, среди которых выделяют бронхопальмональные, оториноларингологические, кардиальные (или псевдокардиальные) и стоматологические [2,11,17,19,22]. При этом наблюдаются признаки, соответствующие заболеваниям органов, близлежащих к пищеводу: глотки (хронический ларингит, ощущение инородного тела в глотке, осиплость голоса, язвы и гранулемы голосовых связок, стеноз гортани), бронхов (хронический кашель, неаллергическая астма), легких (аспирационные пневмонии, пневмофиброз, ателектазы и абсцессы легких), сердца (некоронарные боли за грудиной, транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости) [2,11,17,22].

В соответствии с Монреальским консенсусом (2006) выделены внепищеводные синдромы ГЭРБ с доказанной и предполагаемой связью [5,7]:

Связь с ГЭРБ доказана:

- синдром рефлюксного кашля,
- синдром рефлюксного ларингита,
- синдром рефлюксной астмы (БА),
- синдром рефлюксных эрозий зубов,

Связь с ГЭРБ предполагается:

- фарингит,
- синусит,
- идиопатический фиброз легких,
- рецидивирующий средний отит.

Говоря о бронхолегочных проявлениях (хронический кашель, аспирационная пневмония, бронхоэктатическая болезнь, фиброзирующий альвеолит и др.), в первую очередь следует отметить бронхиальную астму, поскольку с каждым годом появляются новые данные, свидетельствующие о наличии патогенетически обоснованной взаимосвязи между ГЭРБ и БА. Исследование факторов, ведущих к взаимному утяжелению заболеваний, доказывает их неоднозначность, а полученные разными авторами результаты влияния терапии ГЭРБ на течение БА требуют дальнейшего изучения [21,22].

Пациенты, страдающие обусловленным ГЭРБ поражением ЛОР-органов (хронические ринит, фарингит, ларингит, отит, ощущение кома в горле, полипы голосовых складок и др.), составляют до 25% от общего числа лиц с внепищеводными проявлениями ГЭРБ. Нередко больные годами лечатся у оториноларингологов, не достигая стойкой ремиссии заболевания, поскольку проводимая терапия является симптоматической [16,18,23].

В соответствии с современными представлениями – ГЭРБ является хроническим рецидивирующим неинфекционным заболеванием, обусловленным нарушением моторно-эвакуаторной функции пищевода, возникающим в результате постоянно повторяющегося заброса (рефлюкса) желудочного и /или дуоденального содержимого [3,6,15,24].

Основной механизм развития ГЭРБ – гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который может быть физиологическим и патологическим. Физиологический рефлюкс регистрируют у здоровых людей, преимущественно в дневное время после или между приемами пищи, значительно реже – в ночное время (в горизонтальном положении). Физиологический рефлюкс продолжается, как правило, не более 5 минут, частота рефлюксных эпизодов составляет не более 50 за суточный период исследования. При данном рефлюксе морфологические изменения пищевода в большинстве случаев не формируются.

Патологический ГЭР, при котором контакт желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода более продолжительный, формирует морфологические изменения в слизистой оболочке: эрозии, язвы, пищевод Баррета.

Согласно имеющимся данным, все стоматологические проявления ГЭРБ условно можно разделить на поражение мягких тканей (красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, языка, тканей пародонта) и твердых тканей зубов (некариозные изменения, кариес) [1,4,8-12].

Взаимосвязь и взаимообусловленность состояния зубов, других органов и тканей ротовой полости и внутренней патологии известны с глубокой древности. В ряде кли-

нических ситуаций ротовая полость является источником и причинным фактором многих очагово обусловленных заболеваний (их насчитывают более 70), среди которых основное место отводится внутренней (соматической) патологии. Поэтому грамотные действия стоматолога могут стать надежной защитой против развития тяжелых заболеваний внутренних органов. Профессиональные интересы врача-терапевта и врача-стоматолога касаются и тех ситуаций, когда стоматолог по местным изменениям в ротовой полости может выявить или заподозрить соматическую патологию на ранней, преморбидной стадии. Кроме того, в ряде случаев соматические и стоматологические заболевания существуют одновременно, взаимно отягощая течение друг друга, создавая своеобразный порочный круг.

В возникновении некоторых нозологических форм внутренней патологии ведущая роль отводится одонтогенной инфекции, являющейся причинным фактором ряда тяжелых соматических заболеваний.

По данным разных авторов, частота встречаемости заболеваний полости рта при ГЭРБ колеблется от 15 до 80,4%, причем их выраженность зависит от степени тяжести основного заболевания и возраста пациента.

При ГЭРБ наблюдаются жалобы на ощущение сухости в полости рта, чувство жжения и «ошпаренности» языка, боль в языке. Кроме того, изменяется вкусовая чувствительность языка, причем с повышением степени тяжести ГЭРБ состояние сосочкового аппарата языка ухудшается. Хейлит, заеды в углах рта отмечаются у 38,6%, а сухость губ – у 77,2% взрослых пациентов с ГЭРБ. У больных с ГЭРБ изменяются состав и свойства смешанной слюны [9,12,19].

Известно, что слюна, которая входит в систему предэпителиальной защиты антирефлюксного барьера, играет протективную роль при действии соляной кислоты на ткани полости рта и слизистой оболочки пищевода. Нарушение качественного и количественного состава слюны, снижение ее нейтрализующих свойств по отношению к соляной кислоте может приводить к поражению мягких и твердых тканей полости рта [1,9,11,12,19].

Регулирование секреции слюны в ответ на механическое или химическое раздражение пищевода осуществляется с помощью пищеводно-слюнных рефлекторных путей, функция которых у больных с рефлюкс-эзофагитом нарушена, что не может не оказывать влияние на состояние тканей и органов полости рта.

В отдельных работах было показано, что лечение стоматологической патологии оказывает положительное влияние на течение рефлюкс-эзофагита, что, возможно, связано с нормализацией микробиоценоза полости рта и уменьшением неблагоприятного влияния патогенных микроорганизмов, а также продуктов их жизнедеятельности на моторную функцию верхних отделов ЖКТ [8,14].

Одна из главных задач стоматолога – адекватное лечение больных, у которых есть проблемы со здоровьем. Предупреждение стоматологических заболеваний у таких пациентов чрезвычайно важно, так как простейшая стоматологическая патология может существенно осложнить течение и лечение основного заболевания. Во время оказания стоматологической помощи пациентам с общесома-

тическими заболеваниями врач-стоматолог должен тесно сотрудничать с лечащим врачом.

В связи с многообразием клинических проявлений ГЭРБ в полости рта мы полагаем, что в части лечения стоматологической патологии больные с ГЭРБ для врача-стоматолога должны подразделяться на категории в соответствии с современной классификацией ГЭРБ, характеризующей тяжесть клинических проявлений. Актуальным является также выделение специфическим симптомами и синдромами «внепищеводных проявлений ГЭРБ», сочетающихся с поражениями полости рта, преобладающими в каждом конкретном случае.

Соответственно у этих больных будут различаться плановая потребность и объемы оказания стоматологической помощи, подходы к комплексной диагностике и лечению, разные алгоритмы стоматологической помощи, значительно отличающиеся от стандартного алгоритма лечения соматически здоровых пациентов.

Отсутствие подобной информации не позволяет оценить потребность в стоматологической помощи, осуществлять обоснованное и полное обследование этой категории стоматологических пациентов, дать обоснование объемов оказания лечебно-профилактических мероприятий. Очевидно, что внедрение полноценного алгоритма диагностики и лечения гастроэзофагеального синдрома в полости рта будет не только способствовать полноценной стоматологической санации пациентов с ГЭРБ, но и влиять на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Все это свидетельствует об актуальности рассматриваемых вопросов.

Результатом анализа материалов массовых стоматологических осмотров больных с ГЭРБ, проспективного и ретроспективного анализа стоматологической заболеваемости, собственного клинического опыта обследования и лечения этой категории больных явилась разработка алгоритма их терапевтического стоматологического обследования и лечения.

Схема алгоритма включает основные звенья лечебного и диагностического процесса, в том числе элементы обследования, проведение обязательных диагностических исследований, обследование и лечение у смежных специалистов.

Схему алгоритма можно условно разделить на 3 основных раздела.

1. Сбор анамнеза, осмотр больного врачом-стоматологом при первичном обращении или во время первичного обследования. Раздел, ориентированный на врача-стоматолога общеполиклинического приема, включает наиболее характерную клиническую симптоматику заболеваний полости рта, обусловленных ГЭРБ, выявление которых позволяет заподозрить это заболевание. В раздел включены также жалобы, наиболее характерные для внепищеводных проявлений ГЭРБ.

2. Диагностика и дополнительное обследование. Раздел рассчитан на врача-стоматолога, гастроэнтеролога и других смежных специалистов в соответствии с внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита. Использование схемы позволяет дифференцировать клиническое течение ГЭРБ, уточнить ведущий патогенетический механизм, приводящий к развитию стоматологических заболеваний, определить схему лечения.

3. Оказание специализированной стоматологической помощи, в том числе диспансеризация. Установление сроков, объема и вида лечебно-профилактических мероприятий, разработка плана лечения.

Разработанный алгоритм универсален для всех вариантов клинического течения ГЭРБ. В основу алгоритма положены особенности стоматологической заболеваемости при ГЭРБ, социальная и медицинская сущность основного заболевания, факторы, отягощающие его течение, на которые врачу-стоматологу нужно обратить особое внимание.



При более детальном обсуждении этапов алгоритма отметим, что на первом этапе (первичном осмотре) врач-стоматолог должен обратить особое внимание на характер жалоб (частота рефлюксов в течение дня, изжога, отрыжка кислым, жжение языка, изменение вкусовой чувствительности языка). Необходимо учесть также возможное наличие жалоб на внепищеводные проявления ГЭРБ.

Врач-стоматолог должен обратить особое внимание на состояние губ, необходимо учесть сухость, наличие линейных трещин на красной кайме, заедов в углах рта, наличие корок и чешуек, хейлит, мацерации углов рта. При осмотре полости рта необходимо обратить особое внимание на признаки сухости полости рта. Такие симптомы как уменьшение количества (объема) и увеличение вязкости ротовой жидкости, снижение гигиенического состояния полости рта вследствие уменьшения омывающей функции слюны, наличие множественного, особенно пришеечного кариеса, наличие большого количества эрозий и клиновидных дефектов зубов, отечность слизистой оболочки и обложенность языка, могут указывать на наличие у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

На втором этапе необходимо провести более тщательную диагностику по общему и иммунологическому анализу ротовой жидкости (выявляются такие признаки ГЭРБ как снижение кислотности, нарушения Ca-P баланса, снижение концентрации кальция, уменьшение саливации, повышение вязкости, уменьшение содержания иммуноглобулинов, лизоцима и муцина, усиление процессов липопероксидации, при возможности изучение активности про- и противовоспалительных цитокинов, а также анализ на наличие бактерий *Helicobacter pylori* в полости рта и направить больного для уточнения диагноза и подбора системной терапии к врачу-гастроэнтерологу.

Кроме того, нужно помнить о возможности потенциально-го риска вреда здоровью врача-стоматолога и другого медицинского персонала, оказывающего специализированную помощь больным с ГЭРБ. ГЭРБ имеет в своей основе повышенную продукцию соляной кислоты и контаминацию *Helicobacter*

pylori, помимо этого активный воспалительно-деструктивный процесс в пародонте сопровождается контаминацией пародонтальных карманов пародонтопатогенными микроорганизмами и развитием дисбактериоза полости рта с выделением патогенных штаммов стрептококка, стафилококка, кишечной палочки и т.д. Это подвергает врача-стоматолога, работающего с больным, риску заражения и требует соблюдения мер предосторожности. При контакте с биологическими жидкостями и выделениями больного необходимо использование средств индивидуальной защиты на приёме (наличие масок и перчаток), дезинфицирующих растворов (протирание мебели и рабочих поверхностей и оборудования кабинета дезинфицирующими растворами антисептиков – 3% раствором перекиси водорода; 0,02% раствором фурацилина; 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата; облучение кварцевой и УФ-лампой и т.д.). Всё это будет минимизировать риск заражения врача-стоматолога на приёме.

Таким образом, алгоритм предназначен для врача-стоматолога поликлинического приема, ранее не лечивших больных с ГЭРБ, так и для врачей-стоматологов, постоянно оказывающих лечебно-профилактическую помощь больным с ГЭРБ.

Предложенный алгоритм обследования и оказания специализированной стоматологической помощи больному с ГЭРБ должен помочь врачу-стоматологу сориентироваться в сложной и нетипичной симптоматике проявлений ГЭРБ, оптимизировать лечебно-профилактическую, в том числе и диспансерную работу. В целом это позволит повысить качество жизни больных с ГЭРБ.

Алгоритм оказания амбулаторной поликлинической помощи включает:

Этап 1 – описание жалоб больного. В этом разделе должны описываться жалобы больного, некоторые особенности которых могут быть далеки от компетентности врача-стоматолога, но они нужны для формирования у врача целостной картины заболевания.

Особое внимание при подозрении у больного на ГЭРБ врач-стоматолог должен уделять уточнению жалоб. Необходимо учитывать частоту рефлюксов в течение дня, наличие изжоги, отрыжки кислым.

Наиболее частыми жалобами являются жалобы на ощущение сухости в полости рта, чувство жжения и боли языка, чувство «ошпаренного» языка, жжение языка, изменение вкусовой чувствительности языка, снижение вкусовой чувствительности на кислое.

Особое внимание при опросе больного необходимо обратить на внепищеводные проявления ГЭРБ, сочетающиеся со стоматологическими симптомами.

ЖКТ: изжога, регургитация (отрыжка кислым), отрыжка воздухом, боль и ощущение затруднения при глотании пищи, пищеводная рвота, икота. Сведения о наличии у больного в анамнезе гастрита, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, применяемое лечение.

ЛОР-органы: хронические ринит, фарингит, ларингит, отит, ощущение кома в горле, полипы голосовых складок и ощущение инородного тела в глотке, осиплость голоса, язвы и гранулемы голосовых связок, стеноз гортани; бронхов: хронический кашель, неаллергическая астма; легких: аспирационные

пневмонии, пневмофиброз, ателектазы и абсцессы легких; сердца: некоронарные боли за грудиной, транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости.

2 этап – сбор объективных данных о состоянии больного.

2.1. Врач-стоматолог должен обратить особое внимание на состояние губ, необходимо учесть сухость, наличие линейных трещин на красной кайме, заедов в углах рта, наличие корок и чешуек, хейлит, мацерация углов рта.

2.2. При объективном осмотре полости рта у таких больных врач-стоматолог должен обращать особое внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, языка, состояние твердых тканей зубов и пародонта. При осмотре полости рта необходимо обратить особое внимание на признаки сухости полости рта. Такие как уменьшение количества (объема) и увеличение вязкости ротовой жидкости ротовой жидкости, снижение гигиенического состояния полости рта вследствие снижения омывающей функции слюны, наличие множественного, особенно пришеечного кариеса, наличие большого количества эрозий и клиновидных дефектов зубов, отечность слизистой оболочки и обложенность языка могут указывать на наличие у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

При этом на слизистой оболочке полости рта выделяются такие симптомы как сухость и бледность слизистой, частым проявлением ГЭРБ на слизистой полости рта являются афтозный стоматит, красный плоский лишай, плоская и веррукозные формы лейкоплакии, десквамативный глоссит, признаки кандидоза полости рта.

При осмотре языка наиболее часто диагностируется отечность языка, выявляемая по отпечаткам зубов на боковых поверхностях, складчатость языка, наличие обильного налета на дорсальной поверхности языка, повышенное ороговение нитевидных сосочков, очаговая десквамация нитевидных и грибовидных сосочков, гиперплазия грибовидных сосочков.

Особую настороженность врача в плане выявления наличия у больного ГЭРБ должны вызывать наличие множественного кариеса с изменениями эмали на внутренней поверхности зубов, а также множественные некариозные поражения, в структуре которых преобладают эрозии эмали, клиновидные дефекты и повышенная стираемость.

Важным показателем ГЭРБ является низкий уровень гигиены полости рта, наличие у больного активно протекающего гингивита и пародонтита, как правило, средней и тяжелой степени тяжести.

3 этап – диагностика (в том числе и дифференциальная).

При наличии у больного подозрения на ГЭРБ дополнительно проводятся специальные методы диагностики, направленные на уточнение патологического состояния. Назначаются специальные методы исследования: гастро- и эзофагоскопия. Всем пациентам проводится фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией по 2 кусочка из антрума и тела желудка. Исследование на *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) уреазным тестом и микроскопией, общий клинический анализ крови, иммунологический анализ крови и ротовой жидкости, цитокиновый профиль биологических жидкостей (кровь, ротовая жидкость). Изучается pH желудка и ротовой жидкости.

Для уточнения диагноза ГЭРБ эндоскопически определяется степень выраженности заболевания по тяжести поражения слизистой оболочки пищевода.

Для составления плана лечения больного с гастроэзофагеальным синдромом полости рта необходимо привлечение смежных специалистов – гастроэнтеролога, терапевта, оториноларинголога, пульмонолога, для оказания психологической помощи – консультирование у психотерапевта.

После уточнения (подтверждения) диагноза больному, наряду с общим (системным) лечением, осуществляется специализированное стоматологическое лечение, включающее проведение гигиены полости рта, восстановление дефектов твердых тканей зубов некариозного происхождения, при необходимости медикаментозное лечение гиперестезии зубов, санация кариозных поражений, местное лечение имеющихся заболеваний пародонта, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, дисбиотических нарушений.

Литература

1. Базилян Э.А., Лукина Г.И. Клиническое состояние твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта // *Материалы 23-й и 24-й Всероссийской научно-практической конференции.* – М., 2010. – С. 51-53.
2. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Тлеухурай Р.М. Оценка комплексного диагностического обследования больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* – 2011. – №3. – С. 113.
3. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Шабанова Н.Е. Современный взгляд на диагностику и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Кубанский науч. мед. вестн.* – 2011. – №1. – С. 52-57.
4. Еремин О.В., Лепилин А.В., Козлова И.В. и др. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта // *Саратовский науч.-мед. журн.* – 2009. – Т. 5, №3. – С. 393-398.
5. Кляртская И.Л., Мошко Ю.А. Монреальский консенсус по ГЭРБ // *КТЖ.* – 2006. – №3. – С. 27-44.
6. Лабезник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // *Тер. арх.* – 2008. – №2. – С. 5-11.
7. Лабезник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю // *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* – 2007. – №5. – С. 4-10.
8. Лукина Г.И., Базилян Э.Л. Возможные микробные ассоциации в полости рта у пациентов с заболеваниями эзофагогастродуоденальной зоны // *Dental Forum.* – 2010. – №4. – С. 33-35.
9. Маев И.В., Барер Г.М. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Клин. мед.* – 2005. – №11. – С. 33-38.
10. Пихур О.Л. и др. Клинические проявления ГЭРБ в полости рта у взрослого и детского контингента стоматологических больных // *14-я Российская гастроэнтерологическая неделя: Материалы.* – М., 2008. – Т. 5. – С. 113.
11. Пихур О.Л., Робакидзе П.С., Черевко Н.И. Состояние твердых тканей зубов у больных с двигательными дисфункциями верхних отделов пищеварительного тракта // *Институт стоматологии.* – 2007. – №1. – С. 39-41.
12. Савченко Н.В. Влияние модифицированной методики применения новой десенситайзерной пасты на биохимические свойства ротовой жидкости у больных с гиперестезией твердых тканей зубов, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Молодой ученый.* – 2013. – №12. – С. 590-593.
13. Фадеенко Г.Д., Кушнир И.Э., Бабак М.О. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Сучасна гастроентерологія.* – 2008. – №5 (43). – С. 12-16.
14. Шабалов А.М., Новикова В.П., Кузьмина Д.А. и др. Особенности течения рефлюкс-эзофагита у детей и подростков на фоне лечения сопутствующей стоматологической патологии // *Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: 7-й Рос. конгресс.* – М., 2008. – С. 60.
15. Шоломицкая И.А. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Метод. рекомендацши.* – Минск: БГМУ, 2009. – 30 с.
16. Юренев Г.Л. *Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клиника, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* – М., 2007. – 47 с.
17. Farrokhi F, Vaezi M.F. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux // *Oral Dis.* – 2007. – Vol. 13, №4. – P. 349-359.
18. Johnson A.D. PPIs for laryngopharyngeal reflux? // *J. Watch.* – 2011. – Vol. 30. – P. 23-26.
19. Kaczmarek H, Solman E, Wasko-Czopnik D. Salivary flow Rate, pH Buffering Capacity and Esophageal pH-metry Results in GERD Patients // *Dental. Med. Problems.* – 2007. – Vol. 44. – P. 439-444.
20. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 108. – P. 308-328.
21. Monnikes H. Global clinical symptom spectrum in gastroesophageal reflux disease // *J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 41. – P. 168-174.
22. Moore J.M., Vaezi M.F. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: real or imagined? // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 26, №4. – P. 389-394.
23. Saritas Y.E., Vaezi M.F. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: cough, asthma, laryngitis, chest pain // *Swiss. Med. Wkly.* – 2012. – Vol. ???.
24. Stefanidis D, Hope W.W., Kohn G.P. et al. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES): Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease // *SAGES.* – 2011. <http://www.sages.org/publication/id/22/>.
25. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence based consensus // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 101. – P. 1900-1920.

Резюме

Согласно имеющимся данным, все стоматологические проявления ГЭРБ условно можно разделить на поражение мягких тканей (красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, языка, тканей пародонта) и твердых тканей зубов (некариозные изменения, кариес). Взаимосвязь и взаимообусловленность состояния зубов, других органов и тканей ротовой полости и внутренней патологии известны с глубокой древности. Поэтому грамотные действия стоматолога могут предупредить развитие тяжелых заболеваний внутренних органов. Профессиональные интересы врача-терапевта и врача-стоматолога касаются и тех ситуаций, когда стоматолог по местным изменениям в ротовой полости может выявить или заподозрить соматическую патологию на ранней, преморбидной стадии. Кроме того, в ряде случаев соматические и стоматологические заболевания существуют одновременно, взаимноотягощая течение друг друга, создавая своеобразный порочный круг.

Summary

According to available data, all dental manifestations of gastroesophageal reflux disease, can be divided into soft tissue (red border of the lips, oral mucosa, tongue, periodontal tissue) and hard tissue of teeth (not carious changes, caries). The relationship and interdependence of the state of the teeth and other organs and tissues of the oral cavity and internal disease are known since ancient times. Therefore, competent actions of a dentist can become a reliable protection in the development of serious diseases of internal organs. Professional interests of a general practitioner and a dentist apply to such areas, when the dentist, by local changes in the oral cavity can detect or suspect somatic pathology at an early premorbid phase. Furthermore, in certain cases, somatic and dental disease coexist and thus mutually burdening each other, creating a kind of a vicious circle.