

УДК: 616.314.1.7-008.1-036.12-08

## ПРИНЦИПЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХУШЕЧНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ (Обзор литературы)



**Хасанова Л.Э., Улугова Н.Б.,  
Юнусходжаева М.К.**

Ташкентский  
государственный  
стоматологический институт

Лечение хронических форм апикального периодонтита остается одной из актуальных проблем эндодонтии. В структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает 3-е место после кариеса зубов и пульпита; в возрастной группе 34-47 лет частота этой формы осложненного кариеса достигает 50%. Наибольшую опасность для человека представляют деструктивные формы хронического периодонтита, являющимися очагами одонтогенной инфекции. Поскольку микроорганизмы, инфицирующие корневой канал, недоступны для действия иммунологических механизмов и системных антибиотиков, самопроизвольное разрешение периапикальных повреждений невозможно. Это и объясняет необходимость эндодонтических вмешательств. Все авторы сходятся во мнении, что основной задачей эндодонтического лечения является санация системы корневого канала за счёт полного удаления его содержимого и создания оптимальных условий для пломбирования. Стерилизации корневого канала можно добиться различными способами механической и медикаментозной обработки, но основные этапы и порядок их проведения признаётся всеми авторами независимо от применяемых методик.

По данным R Бира, С. Кима, М. Бауманна (2004), механическая обработка канала уменьшает количество микробов в 1000 раз, а медикаментозная - ещё на 50%. Поэтому конечный результат лечения зависит от тщательного выполнения всех этапов эндодонтического лечения. В литературе широко представлены различные взгляды на выполнение основных этапов эндодонтического лечения.

После планирования лечения одним из первых этапов является препарирование кариозной полости и удаление старых реставраций, а также создание временных конструкций. Т.Ф. Виноградова (2004) указывает, что для успешной механической обработки канала очень важно создать правильный доступ. Недостаточное удаление инфицированных тканей кариозной полости приводит к повторному инфицированию канала.

L.V. Peters (1992) отмечал, что не полностью удаленные кариозные ткани приводят к изменению цвета коронки зуба, а Ричард Мауне (2007) обращает внимание на то, что к созданию доступа следует относиться так же, как к закладке фундамента здания. Для поиска каналов Ричард Мауне (2007) рекомендует использовать дополнительные источники света и операционный микроскоп. С. Бьюкенан (2007) предложил последовательность создания доступа к каналам.

Следующим этапом, отраженным в стандартах эндодонтического лечения, является изоляция зуба. Существует единое мнение, что для обеспечения абсолютной сухости операционного поля, помимо слюноотсоса и пылесоса, необходимо использовать коффердам или его аналоги. Это дает такие дополнительные преимущества, как защита от аспирации растворов и инструментов, улучшение видимости и доступа к операционному полю, экономия времени.

Следующим важнейшим этапом эндодонтического лечения является прохождение корневого канала и определение рабочей длины.

Delzangles (1988) указывал, что при хроническом верхушечном периодонтите происходит резорбция корня с расширением апикального сужения и отложением цемента. В связи с этим у большинства зубов не обнаруживается апикального сужения и при механической обработке канала зуба рекомендует создавать «апикальный упор».

J.H.S. Simon (1993) в своих исследованиях доказал, что при механической обработке корневого канала до физиологического сужения при хроническом периодонтите остаётся зона, содержащая достаточное количество бактерий для поддержания хронического воспаления в периодонте, а следовательно обрабатывать канал необходимо до рентгенологической верхушки.

Основным этапом эндодонтического лечения является механическая обработка корневых каналов. На сегодняшний день на стоматологическом рынке представлено большое количество различных инструментов и методик, применяемых для препарирования корневых каналов.

Выбор метода препарирования корневого канала зависит от анатомической формы корневых каналов, мануальных навыков врача, оснащённости стоматологического кабинета и платёжеспособности пациента. F. James (2007) предлагает критерии оценки качества препарирования корневого канала: расширение канала на рабочую длину, оптимальная коническая форма на всем протяжении, сохранение пространственной топографии просвета канала, противодействующая сила в апикальной части канала (зона ретенции), сохранение размера и местоположения апикального отверстия.

S.A. Reddy, M.L. Hicks, (2009) доказали, что во время работы этих инструментов за верхушку корня выталкивается меньшее количество опилок, чем при применении «пилящей» техники. Pruet и соавт. (1997) указывают, что никель-титановые эндодонтические инструменты, несмотря на их высокую гибкость, всё же часто ломаются, причём обычно без каких-либо признаков предварительной деформации и под действием сил, находящихся в пределах их эластичности. Согласно результатам исследования К.

Rowan и соавт. (1996), никель-титановые файлы с конусностью 02 ломаются намного раньше, чем обычные стальные файлы.

Однако J. Wolcott, V.T. Himel (2005) продемонстрировали наиболее высокую устойчивость к нагрузкам никель-титановых инструментов с конусностью 04 по сравнению с инструментами из этого же сплава с конусностью 02. По данным Dietz и соавт. (2007), вероятность поломки инструмента ничтожна при вращении его на минимально рекомендуемой скорости и однократном использовании.

Большинство авторов сходятся во мнении, что механическая обработка корневых каналов никель-титановыми инструментами более эффективна, позволяет полноценно механически очистить корневой канал. Применение никель-титановых инструментов создает также оптимальную форму канала для последующего его пломбирования, а выраженная конусность обеспечивает полноценную ирригацию канала на всем его протяжении. Работа с никель-титановыми инструментами значительно экономит время врача, но требует от клинициста дополнительных теоретических знаний и мануальных навыков, а также дополнительного оборудования, что значительно повышает себестоимость проводимого лечения и, следовательно, снижает доступность данных методов для многих пациентов.

В вопросе применения дополнительных химических средств для расширения корневых каналов и смазки инструмента в литературе принципиально разногласий не выявлено. Существуют различные мнения об удалении «смазанного слоя». J.C. Baumgartner и соавт. (1992) указывают, что «смазанный слой» сохраняется на стенках канала после ультразвуковой обработки. По данным Pashley и соавт. (1988), «смазанный слой» формирует диффузный барьер, снижая проницаемость дентина на 25-30%. D. Orstavik и соавт. (2004) определили, что удаление «смазанного слоя» повышает проникновение в дентин стенки канала активных веществ из временных повязок, что усиливает антибактериальный эффект. Для удаления «смазанного слоя» E Goldberg, A. Abramovich (1977), B.O. Aktener, U. Bilkay (1993) предлагают использовать промывание канала ЭТДА после инструментальной обработки. Galas и соавт. (1994) предлагают использовать для этих целей промывание канала 6% раствором лимонной кислоты, что снижает количество бактерий на 15%.

E.S. Akpata, H. Blechman (1982), K.E. Safavi (1994) предположили, что удаление «смазанного слоя» может способствовать более глубокому проникновению бактерий в дентин корня, а D.R. Drake (1994) подтвердил, что наличие интактного «смазанного слоя» затрудняет адгезию и пене-трацию бактерий.

Большинство авторов признают, что основным препаратом для промывания корневого канала в эндодонтии является гипохлорит натрия в различных концентрациях, так как он обладает выраженным противомикробным действием и высокой проникающей способностью. Микроорганизмов, устойчивых к действию гипохлориту натрия, пока не обнаружено. M. Andersen и соавт. (1992) установили, что за 15 минут 2% раствор гипохлорита натрия рас-

творяет 15% тканей некротизированной пульпы, через час растворяется 60%, а полное растворение пульпы наблюдается через 2 часа. H. Martin (1976), A. Bystrom, G. Sundquist (1983), F. Barnett (1985), C. Yesilsoy и соавт. (1995), изучая эффективность применения различных концентраций раствора гипохлорита натрия по сравнению с другими препаратами выявили, что существенное снижение количества микроорганизмов наблюдается только при применении раствора гипохлорита натрия. Ими было установлено, что у 2,5% раствора гипохлорита натрия антибактериальный эффект в 3,5 раза выше, чем у 0,5%, а 5,25% раствор был активнее в 5,5 раза. L.W.S. Spangberg (1976), (1986) доказал, что 5% раствор гипохлорита натрия обладает высокой токсичностью и рекомендует на практике применять 1% раствор, а R. Beer (1989) рекомендует применять 1 и 2% растворы гипохлорита натрия.

C. Yesilsoy (1995) доказал, что при подкожном введении 2,5 и 5% растворов гипохлорита натрия, а также 0,12% раствора хлоргексидина развивается воспаление и через две недели образуются антитела. Промывание канала 11,6% раствором спирта не оказывает никакого антибактериального действия.

Повышение температуры гипохлорита натрия усиливает его антимикробную активность и цитотоксичность, а также способствует растворению белковой матрицы дентина, вызывая его хрупкость. При попадании на кожу или слизистую оболочку препарат вызывает ожоги. При забросе препарата в кость он вызывает сильнейшую боль даже при хорошо выполненной анестезии с развитием в дальнейшем отека, при этом возможно развитие некроза кости и развитие остеомиелита.

Для усиления эффекта рекомендуется сочетать промывание корневого канала с ультразвуковой обработкой. Ahmad и соавт. (1987); R.J. Lumley и соавт. (1988) установили, что кавитация присутствует только на кончике инструмента и подавляется при небольшой нагрузке. Walmsley, C. Williams (1989) доказали, что из двух основных эффектов ультразвука, при его применении для промывания каналов зубов присутствует только микростриминг без кавитации. Kreil и соавт. (1998) в исследованиях на моделях доказали, что при ультразвуковой обработке канала орошающий раствор достигает верхушки только в том случае, если инструмент свободно вибрирует в канале. По этой причине R.J. Lumley и соавт. (1992) рекомендуют для промывания канала использовать файлы 15 размера, предварительно изогнутые по форме канала. Watts, J.C.W. Patterson (1993) в эксперименте не выявили разницы между ультразвуковым и ручным промыванием каналов. В обоих случаях обнаруживались глубоко инфильтрированные бактерии и остатки некротических тканей.

Рудольф Тренкеншу (2005) доказывает, что ультразвуковые системы не позволяют полностью очистить дентинные каналы в отличие от системы Rins Endo, которая позволяет вымыть опилки и микроорганизмы из всей системы корневого канала. Однако при её применении в 80% случаев наблюдается заброс раствора за верхушку, против 13% при использовании обычного шприца. Этого недостатка лишена новая гидродинамическая система Endo Vac.

A. Lussi и соавт. (1993), R Portmann (1994) доказали, что при помощи «Полностью автоматического метода очистки и пломбирования канала» с использованием специального аппарата, создающего отрицательное давление, можно полностью очистить и запломбировать всю систему корневого канала, включая дентинные каналы.

Одним из новых перспективных направлений ирригации каналов является фотоактивируемая дезинфекция. По данным Lambrechts (2006), этот метод обладает очень высокой антимикробной активностью в отношении взвешенных культур, а также в отношении бактериальной биопленки. Б.В. Шепелев (2008) также указывает на высокую эффективность данного метода за счёт поглощения фотосенсибилизатора липосомами клеточной стенки микроорганизмов и последующего выделения атомарного кислорода в процессе фотохимической реакции.

При значительных периапикальных дефектах M. Wong (1991) предлагает промывать костный дефект 0,9% раствором гипохлорита натрия через зацементированную в канале металлическую трубку в течение 3-4 месяцев с последующим временным пломбированием. Однако G.J. Debelian и соавт. (1993) указывают, что чрезмерное расширение апикального сужения и промывание периапикального очага не безопасно, так как почти всегда это сопровождается бактериемией.

До сих пор нет единого мнения о количестве посещений при лечении хронического верхушечного периодонтита. Nii и соавт. (1994) установили, что через 21 день после инфицирования канала бактерии инфицируют всю толщу дентина и выходят на наружную поверхность корня, а инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов не приводит к полному устранению микроорганизмов. Поэтому целесообразно применять дополнительные методы стерилизации системы корневого канала.

Временное пломбирование каналов позволяет устранить оставшиеся микроорганизмы из системы корневого канала, что предотвращает вторичное инфицирование периодонта. G.C. Armitage и соавт. (1985) указывали, что для более эффективного действия препарат в канале должен плотно соприкасаться со стенками канала. L. Tronstad и соавт. (1985) установили, что жидкие формы препаратов теряют свою антибактериальную активность уже к концу первых суток, а пасты сохраняют активность до 3-х недель.

L. Tronstad (1991) выступает против применения препаратов на основе формальдегида и фенола (крезол, тимол, хлорфенол) из-за их выраженной токсичности и высокого риска развития аллергической реакции. Belanger (1988), Yacobi и соавт. (1991) подтвердили токсическое и мутагенное действие этих препаратов.

G. Sandquist (1992) обнаружил, что применение повязок на основе гидроксида кальция приводит к стерилизации канала в 97%, а на основе фенола только в 66% случаев. По данным K. Safavi, F.C. Nichols (1993), гидроксид кальция приводит к разрушению микробных липополисахаридов, которые вызывают резорбцию костной ткани. D. Orstavik и соавт. (1991) отмечали, что выведение гидроксида кальция за верхушку может привести к кратковре-

менной реакции обострения, а выведенный материал быстро рассасывается.

E.M. Rivera, K. Williams (1994) доказали, что полное заполнение канала пастой с гидроокисью кальция на глицириновой основе наблюдалось в 48% случаев, а при использовании пасты на водной основе заполнения не канала не было ни в одном случае. K. Langeland (1985), G. Hasseigren и соавт. (1988) определили, что гидроксид кальция приводит к протеолизу остатков пульпы в канале за 7-12 дней, а после обработки канала 3% раствором гипохлорита натрия - за 60 минут.

M. Trope и соавт. (1995) гистологически установили, что чем дольше действует препарат, тем быстрее происходит регенерация периодонта.

R. Holland и соавт. (1992) пришли к выводу, что лечение зубов с хроническим периодонтитом в одно посещение дает худшие результаты, чем лечение с временным пломбированием каналов препаратами на основе гидроксида кальция.

Т.В. Виноградова, Л.А. Лобовкина, Л.М. Цепов (1998) при лечении зубов с острым или обострением хронического верхушечного периодонтита, а также зубов, не выдерживающих герметизацию, предложили в качестве медикаментозной обработки корневого канала и антисептической повязки смесь 50% раствора ДМСО и 2,5% раствора ортофена. Ими установлено, что 50% концентрация раствора ДМСО оказывает наиболее выраженное стимулирующее действие на иммунокомпетентные клетки.



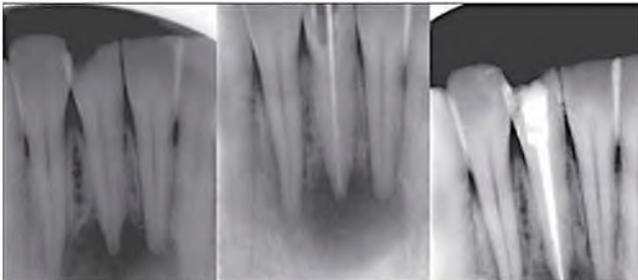
До лечения

После лечения

Заключительным этапом эндодонтического лечения является obturation (обтурация) корневого канала биологически совместимым пломбировочным материалом. Целью obturation (обтурации) канала корня зуба является предотвращение повторного его инфицирования за счёт его полноценной длительной герметизации. R.R. Dow, J.I. Ingle (1999) указывали, что 60% неэффективного эндодонтического лечения связано с неадекватной obturation (обтурацией) системы корневых каналов.

В литературе достаточно полно описаны различные методики obturation (обтурации) корневых каналов, проведен сравнительный анализ полученных результатов. Ведутся споры об эффективности тех или иных пломбировочных материалов, но до сих пор нет идеального пломбировочного материала. В последние годы доминирует мнение, что наиболее биологически благоприятным, надёжным и долговечным методом является пломбирование корневых каналов гуттаперчей с силлером. Существуют различные способы пломбирования

каналов зубов гуттаперчей, наиболее распространённые из них - латеральная, вертикальная, термомеханическая конденсации и инъекционные техники. Наиболее хорошие результаты получены при использовании техники трехмерного пломбирования каналов разогретой гуттаперчей.



М. Taggeer (2001) пришёл к выводу, что герметичность obturации канала методом термомеханической и латеральной конденсации гуттаперчи одинакова, а М. Wong и соавт. (1981) утверждают, что методом латеральной конденсации гуттаперчи можно получить более гомогенное заполнение канала. R. Veer и соавт. (1999) обращают внимание на то, что при термомеханической конденсации гуттаперчи высок риск поломки инструмента и выведения материала за верхушку, а также не полное пломбирование и формирование пустот, что ограничивает применение этого метода.

Clark, El Deeb (1993) доказывают, что при пломбировании каналов методом Термафил выведение штифта за верхушку происходит чаще, чем при латеральной конденсации гуттаперчи. А.А. Chohayeb и соавт. (1992) отмечали, что при латеральной конденсации гуттаперчи наблюдается более плотное заполнение канала, чем методом Термафил. Juhlin и соавт. (1993) установили, что при использовании метода Термафил часто происходит скалывание гуттаперчи с кончика obtуратора и выведение пластикового носителя в периапикальные ткани.



Конденсация разогретой гуттаперчи приводит к распространению её вместе с силлером в трех направлениях, obtурируя латеральные ответвления. Отмечено, что при обрезании мастер штифта на 0,5 мм и точной припасовки его в канале значительно снижается риск выведения материала за верхушку, чем при латеральной конденсации гуттаперчи. При изучении влияния разогретой гуттаперчи на ткани периодонта установлено, что разогретая гуттаперча, повреждающего действия на периодонт не оказывает.

Перспективным направлением в пломбировании каналов является адгезивная техника. По данным Ю.А. Винни

ченко, Е.Г. Славиной (1998), применение этого метода для obtурации каналов дает хорошие результаты, но требуется дальнейшее его изучение. Данный метод позволяет сохранить способность клеток периодонта к репродукции.

Для решения проблемы пломбирования непроходимых каналов А. Кнаппвост (1993), У.Ж. Жуматов (2002) предложили метод депофореза гидроокиси меди-кальция.

Хирургические методы лечения осложненного кариеса направлены на санацию очага одонтогенной инфекции и сохранение зуба. К ним относятся зубосохраняющие операции, такие как резекция верхушки зуба, цистэктомия, цистотомия, гемисекция, ампутация корня, коронально-радикулярная сепарация. В последние годы на практике всё чаще стали применять методы эндодонтической микрохирургии, такие как ретроградное пломбирование канала зуба, закрытие корневых и бифуркационных перфораций, удаление сломанных в канале инструментов и старого пломбировочного материала, направленная регенерация костной ткани и другие.

Таким образом, анализ современных литературных источников по теме лечения зубов с хроническим верхушечным периодонтитом, позволяет сделать следующее заключение. Лечение пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом остается сложнейшей актуальной проблемой современной стоматологии. На развитие и течение периодонтита влияют многие факторы, такие как состав и вирулентность микрофлоры корневого канала, анатомическое строение зуба, состояние иммунной системы пациента. Поэтому 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.

## Литература

1. Волячин А.В., Веляева Т.С. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии // *Клин. эндодонтия*. - 2008. - Т. 2, №1-2. - С. 45-51.
2. Воровский Е.В., Мылзенова Ш. Отказ от пломбирования корневого канала методом одной посты - неотложная задача эндодонтии // *Клин. стоматол.* - 2000. - №3. - С. 18-20.
3. Воровский Е.В., Мылзенова П.Ю. Оценка обоснованности диагноза и надежности пломбирования корневых каналов при эндодонтическом лечении // *Клин. стоматол.* - 2000. - №3. - С. 0.46-49.
4. Воровский Е.В., Петрикаса А.Ж., Соловьева А.М. и др. Проект стандартов эндодонтического лечения // *Клин. стоматол.* - 2003. - №2. - С. 0.42-44.
5. Виноградова Т.Ф., Вир Р., Вауманн М., Ким О. *Эндодонтология*. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. - 363 с.
6. Горева П.А., Петрикаса А.Ж. Постobtураторная боль при эндодонтическом лечении // *Отостоматология*. - 2004. - №2. - С. 0.14-16.
7. Григорьянц П.А., Вадалян В.А., Тамазов М. Клиника, диагностика и лечение больных с выведенным пломбировочным материалом за пределы корня зуба // *Клин. стоматол.* - 2001. - Спец. вып. - С. 38-41.
8. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева П.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в стоматологии. - М, 2004. - 79 с.
9. Железницких М.П., Адамиди Е.В., Зернина Л.В. Опыт применения низкочастотного наконечника Сон и к в эндодонтической практике // *Стоматология XXI века: новейшие технологии и материалы*. - Пермь, 2000. - С. 140.

10. Коен С, ВернеР Эндодонтия. - СПб: Мир и Семья, Интерлайн, 2000. - 693 с.
11. Лагунов ВЛ. Сопоставление результатов хирургического и консервативного лечения больных с деструктивным периапикальным процессом // Труды 7-го Всероссийского съезда стоматологии. - М., 2001. - С. 104-106.
12. Лукичева ПС, Рабинович И.М. Адекватность пломбирования корневых каналов и ее значение в клинике //Клин, стоматол. - 1999. - №2. - С. 28-30.
13. Руцкая И. К. Обоснование выбора метода эндодонтического лечения // Новое в стоматологии. - 1997. -N-2.-С. 9-14.
14. Максимова О.П., Шеина Н.М., Николаев А.И., Цепов Л.М. Некоторые аспекты выбора материала для пломбирования корневых каналов //Клин, стоматол. - 1998. - №3.- 6.22-25.
15. Смирнова М.А., Шлак Т.А. Критерии obturации //Современные технологии в эндодонтии. - М., 2007. - С. 105.
16. Смирнова М.А., Шлак Т.А. Метод непрерывной волны //Современные технологии в эндодонтии. -М., 2007.
17. Смирнова М. А., Шлак Т.А. Определение рабочей длины //Современные технологии в эндодонтии. - М., 2007. - С. 20-34.
18. Смирнова М. А., Шлак Т.А. Расширение и формирование корневого канала //Современные технологии в эндодонтии. - М, 2007. - С. 38-60.
19. Смирнова М.А., Шлак Т.А. Создание эндодонтического доступа // Современные технологии в эндодонтии. - М., 2007. -С. 6-16.
20. Beer V, Wutzler P, Gangler P Vergleichende biologische und mikrobiologische PessWird von Wurzelkanalfüllmaterialien //Kahn. Mund. Kieferheilkd. - 1989. -Bd. 145. -P198.
21. Peters L.B., Wesselink P B. 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.-P406-414.

## 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: 616.329/34-002-008.1 7:616.31 ]-6 16-08-039.57

## ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ 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: