

Поражения полости рта при системных заболеваниях и нарушениях обменных процессов.

Выполнили: студентки 5 курса 564 группы
Стоматологического факультета
Александрова А.В., Алибекова У.М., Белякова И.В.,
Кузнецова А.Д., Кузьмичева Е.Е.
Лукоянова В.С., У.М.,

**Состояние
слизистой оболочки
полости рта при
гипо- и
авитаминозах**

Витамины – это органические вещества, входящие в число жизненно важных компонентов пищи, участвующих во многих биологических реакциях.

Гиповитаминоз – это состояние, которое наступает при недостаточном поступлении того или иного витамина в организм или при нарушении его всасывания

```
graph TD; A[Гиповитаминоз] --> B[Экзогенный (первичный)]; A --> C[Эндогенный (вторичный)];
```

Экзогенный (первичный)

Обусловлен низким содержанием витаминов в пище, несбалансированным и однообразным питанием

Эндогенный (вторичный)

Является следствием заболеваний ЖКТ, нарушением всасывания пищевых веществ, нарушения усвоения витаминов после их всасывания при заболеваниях печени, эндокринных нарушений

* Если развивается дефицит нескольких витаминов, то это полигиповитаминоз

Авитаминоз — это полное отсутствие какого-либо витамина в силу тех или иных причин.

В настоящее время практически не встречается



Витамин В1 (тиамин)

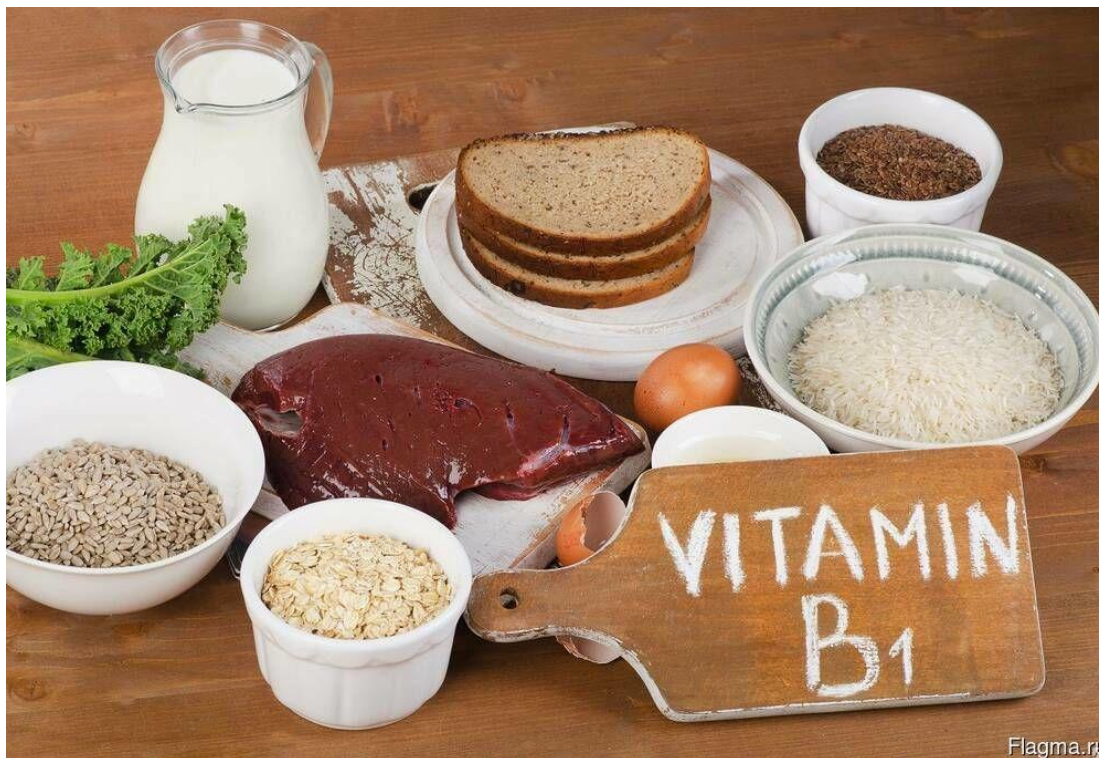
Синтезируется в организме человека, вводится с пищей, всасывается в тонком кишечнике и превращается в карбоксилазу в печени или кишечной стенке

Участвует в регуляции обменных процессов, особенно в углеводном и белковом, а так же принимает участие в передаче нервных импульсов и осуществляет реакцию фосфорилирования.

Этиология: хр. болезни печени или тонкой кишки, хр. алкоголизм, диабет, тиреотоксикоз, псориаз, красная волчанка

Источники: дрожжи, хлеб, крупы, горох, яичный желток

Суточная потребность
1,5 – 3 мг



Клиника: снижение аппетита, слабость и болезненность в мышцах, неврастения, снижение чувствительности, мнительность, повышенная раздражимость, плохой сон, похудание, слабость, паралич отдельных мышц, расстройство деятельности ССС.



В ЦР: гиперплазия нитевидных сосочков языка,
десквамативный глоссит

Лечение:

Витамин В1 внутрь, в виде :

- Таблеток, драже тиамина бромид по 0,002, 0,01 г и инъекции п/к, в/м либо в/в по 1 мл 3 и 6% р-ров
- Таблеток , драже тиамина хлорида по 0,01 г до 5 р/день, в/м 0,05 г



Витамин В2 (рибофлавин)

Участвует в окислительно-восстановительных реакциях, является компонентом ряда ферментов (флавинов)

Поступает в организм с пищей и синтезируется в кишечнике

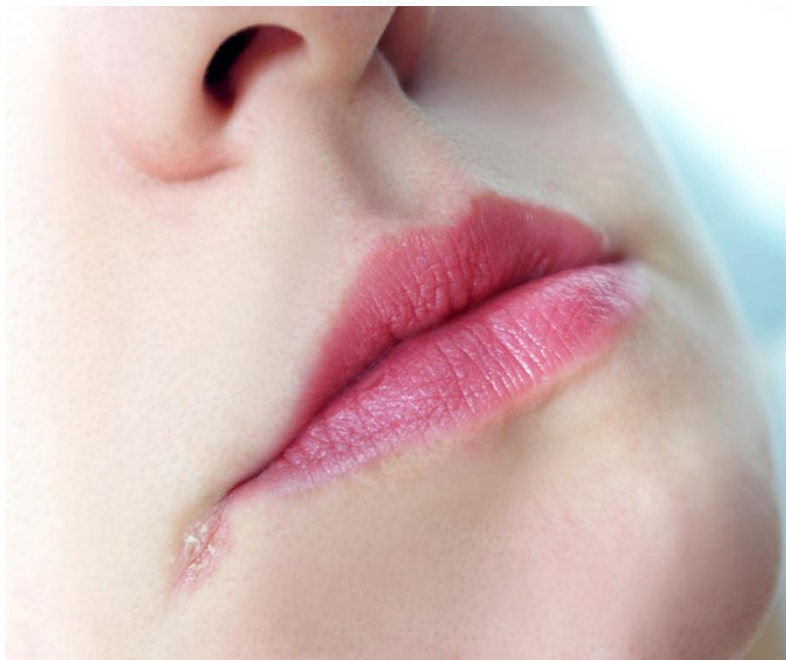
Этиология: прием гормональных препаратов, болезни печени и ЖКТ (гастрит с пониженной кислотообразующей функцией – ахилия, ЯБ), инфекционные заболевания, СД, тиреотоксикоз, гельминтозы, нерациональное питание, беременность
В стоматологии – глоссит, хейлит, медикаментозные и аллергические заболевания



Источники: дрожжи, крупы, овощи, мясо, молоко, яйца

Суточная потребность 2-3,5 мг

Клиника: Трещины в углах рта, которым предшествует мацерация, десквамация эпителия, трещины, покрывающиеся корочками (ангулярный стоматит). Сухость, шелушение, покраснение губ, образование вертикальных трещин

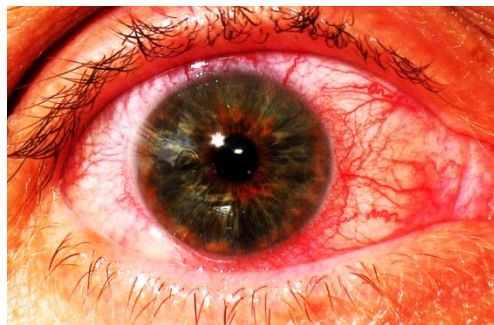
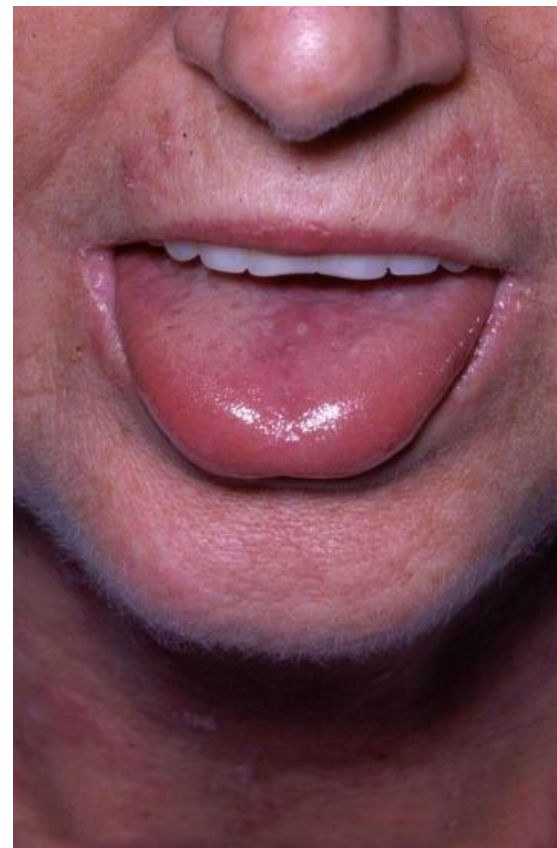


Эти проявления сочетаются с поражениями на коже: шелушение, себорейные корки на крыльях носа, носогубных складках и вокруг ушных раковин

И на языке: жжение, боль, атрофия сосочков, гиперемия, отек, увеличение языка, появление отпечатков зубов и афтозных элементов

Ложкообразные ногти(койлонихия)

Поражение глаз: светобоязнь, слезотечение, жжение, кератит(воспаление роговицы глаза), ирит(воспаление радужной оболочки глазного яблока), снижение зрения



Лечение:

- Порошок, таблетки по 0,005г, драже (рибофлавин 2мг)
- Инъекции 1% р-ра рибофлавин-моноклеотида по 1мл 1 р/день 10-15 инъекций под очаг поражения и в/м



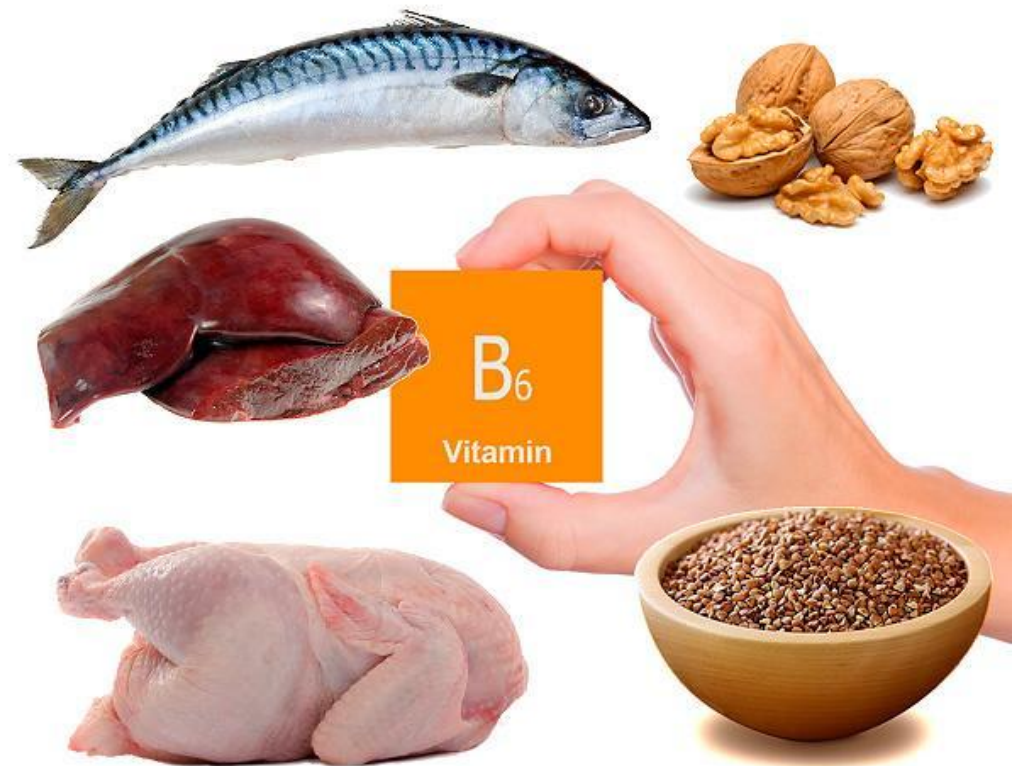
Витамин B6 (пиридоксин)

Участвует в метаболизме аминокислот (триптофана, метионина, цистеина, глутаминовой кислоты), обеспечивает ферментные процессы в головном мозге, регуляцию белкового обмена, стимулирует образование гемоглобина, участвует в липидном обмене

Этиология: цирроз печени, болезнь Боткина, гастрит с секреторной недостаточностью, анемия при лучевых воздействиях, алкоголизм, оральные контрацептивы, заболевания нервной системы

Источники: мясо, печень, рыба, молоко, яйца, дрожжи, овощи, неочищенные злаки

Суточная потребность 2-4 мг



Клиника: десквамативный глоссит, экзематозный хейлит, хроническая трещина губы, стомалгия и глоссалгия.

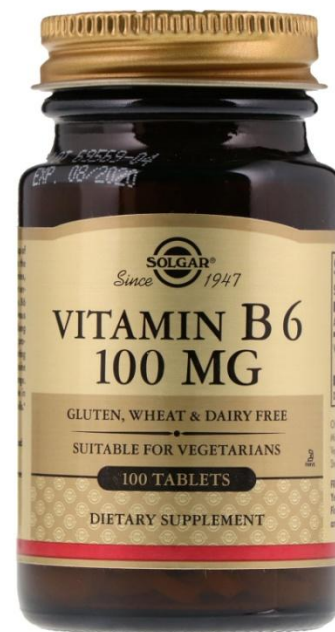


Расс д д темы. раздражительность, вялость, сонливость, судороги, тошнота, отсутствие аппетита



Лечение:

Витамин В6 по 0,01г и 5% р-р для инъекций



Витамин B12 (цианкобаламин)

Участвует в синтезе нуклеиновых кислот, гемоглобина, созревании эритроцитов, влияет на обмен фолиевой кислоты, повышает иммунологическую активность организма, активизирует синтез белка, стимулирует рост.

Частично синтезируется микрофлорой кишечника

Этиология: атрофический гастрит, операция резекции желудка, опухоли, лечение антибиотиками, вегетарианская диета

Источники: печень, почки, мясо, МОЛОКО

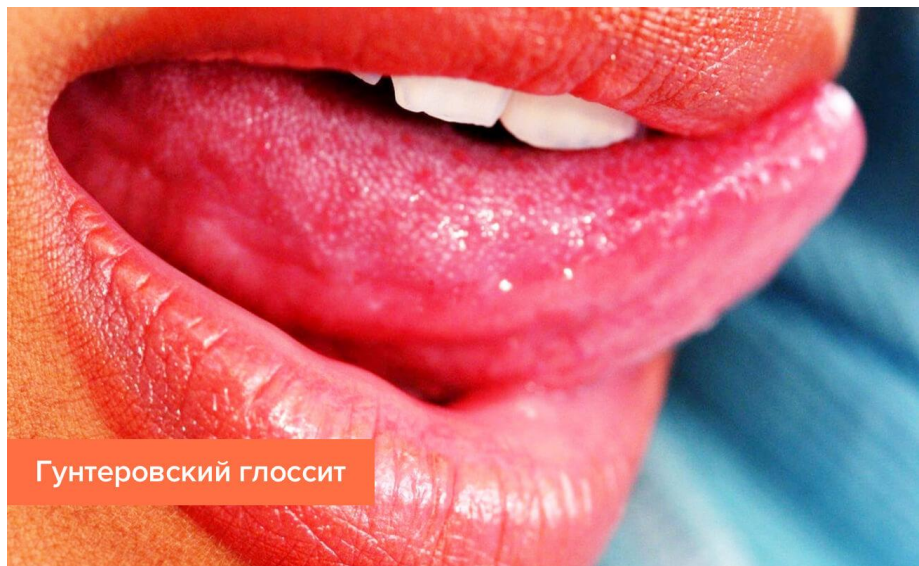
Суточная потребность 2-4 мкг



Клиника:

Поражения языка: жжение и покалывание, боль в языке при приеме пищи, СО гиперемированна (отдельные полосы на языке и др. участках СО) или не изменена.

«Гунтеровский» глоссит Меллера-Гунтера («полированный» язык) – характеризуется яркой окраской спинки языка и атрофией сосочков

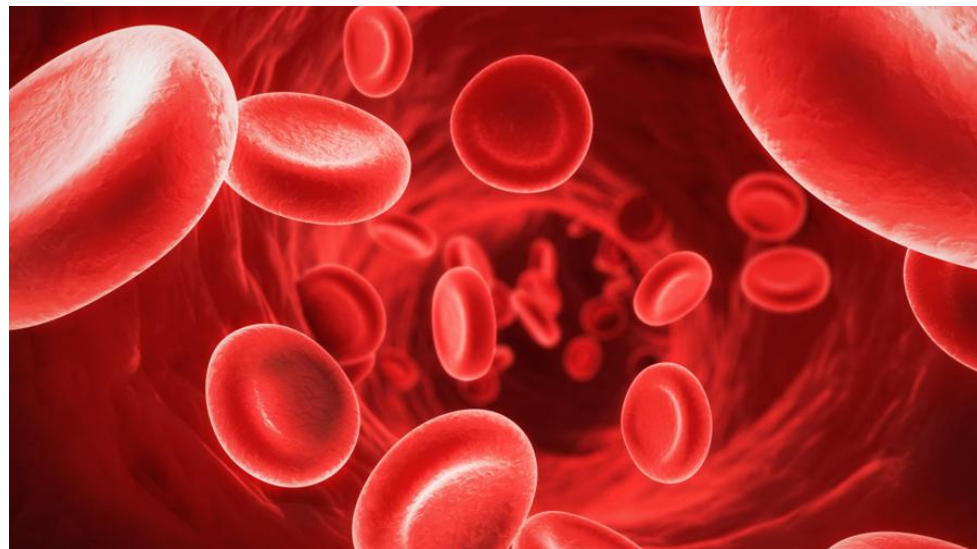
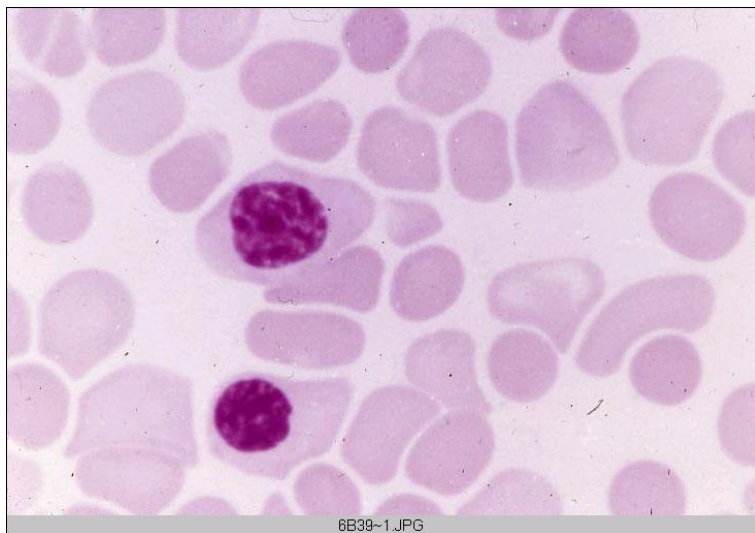


Гунтеровский глоссит



Возникает мегалобластический тип кроветворения, развивается анемия Аддисона-Бирмера (хар-ся нарушением функции ЖКТ, нервной системы и кроветворения), общая слабость, быстра утомляемость, головокружение

В ОАК: снижение эритроцитов(меньше 4,0 у Мужчин и 3,7 у женщин) и гемоглобина(130 –М, 120 Ж), гиперхромная анемия (ЦП выше 1,0), уменьшается количество лейкоцитов($4,0 \times 10^9$ /л), появляются мегалоциты



Мегалоциты

Лечение:

Цианкобаламин в/м, в/в, п/к и внутрь по 100-200 мкг 1 раз в 2 дня

*при анемии по 400-500 мкг 1 раз в 2 дня

Для лучшего всасывания вместе с фолиевой кислотой

*Мильгама и Комбилипен (сочетают в себе витамины В1, В6 и В12) в/м по 1мл ежедневно в течение 5-10 дней



Витамин В5 (кальция пантотенат)

Участвует в процессах ацетилирования и окисления, стимулирует образование ацетилхолина и кортикостероидов

В небольшом количестве синтезируется кишечной палочкой, поэтому авитаминоза данного витамина не наблюдается

Источники: дрожжи, печень, почки, яичный желток, икра, рыба, горох

Суточная потребность
10-12 мкг



Клиника: десквамативный глоссит, трофические язвы, гиповитаминозные заеды, хронический рецидивирующий афтозный стоматит.



Лечение:

- Аппликации 5% р-ром пантотената кальция 2-4 р/день
- Таблетки или порошки по 0,1-0,2 г 2-4 р/день в теч 3-4 месяцев
- П/к, в/м, в/в в ампулах по 2 мл 20% р-ра
- Для ускорения эпителизации - Пантенол



Витамины Г (никотиновая кислота)

Участвует в окислительно-восстановительных процессах, обмене углеводов белков, оказывает сосудорасширяющее действие на периферические сосуды.

Этиология: дефицит белка, алкоголизм, цирроз печени, поносы, колит, энтероколит, болезнь Боткина, СД, невралгия и невриты.

Источники: мясо, хлеб, дрожжи, крупы, орехи, овощи, фрукты и рыба

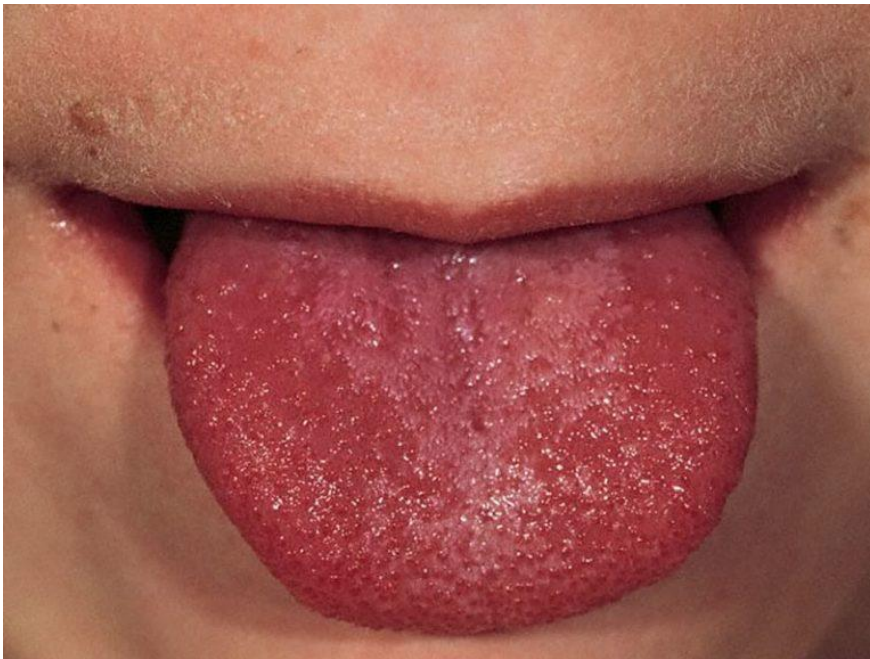
Суточная потребность
15-20 мг



Клиника:

3 этапа

1. Эритема. Жалобы на жжение в области СО губ и языка, который отечен, нитевидные сосочки атрофированы. Слабость, головная боль, бессонница, потеря аппетита.



2. Невралгические боли в полости рта, язык ярко-красный, цвета кардинальской мантии, отечный. Далее – десквамация поверхностных слоев эпителия, язык становится блестящим, гладким, зеркальным с трещинами, «шахматный» язык. Появляются диарея, дерматит, депрессия, дистрофия.
3. Общее состояние тяжелое, язвенно-некротический стоматит.



Лечение:

- Таблетки никотиновой кислоты по 0,05 г 1-2 таблетки 2-4 р/день
- Инъекции 1% р-ра 1мл
- Никотинамид – драже по 0,015 г 3 р/день и 5% р-р для инъекций



Витамин С (аскорбиновая кислота)

Участвует в окислительно-восстановительных процессах, регуляции углеводного обмена, регенерации тканей, влияет на проницаемость стенки сосудов и образование стероидных гормонов.

Этиология: нарушение функции ЖКТ, однообразное питание, инфекционные заболевания, чрезмерная физическая нагрузка, переохлаждения, напряжения нервной системы.

Источники: плоды шипоника, капуста, картофель, хрен, фрукты (лимон, апельсин), ягоды (черная смородина, клюква), печень и мясо

Суточная потребность
70-100 мг



Клиника:

Сухость СОПР, резкая кровоточивость десен, петехиальные кровоизлияния.

Петехии на коже, болезненные кровоизлияния в подкожную клетчатку и мышцы, тахикардия, анемия, кожа сухая и шершавая, легко шелушится, становится темной из-за накопления меланина.



При тяжелом течении развивается язвенный гингивит и стоматит (цинготный стоматит)

3 стадии:

1. Цинготная стоматопатия (начальная стадия)
2. Цинготный репаративный стоматит (развитая стадия)
3. Цинготный язвенный стоматит (осложненная стадия)

Лечение:

- Аскорбиновая кислота по 100 мг 5 р/день или по 200-1000 мг (в зависимости от тяжести течения)
- Совместно с витамином Р по 50-100 мг 2-5 р/сутки или с рутином по 30-40 мг 3-4 р/сутки (аскорутин)
- Сорбифер Дурулес (аскорбиновая кислота + сульфат железа) 1 таблетка (не разжевывая) за 30 мин до еды, запивая 100 мл жидкости (доза 100-200 мг/сутки)
- Ферроплекс (50 мг железа+ 30 мг аскорбиновая кислота) по 2 драже 3 р/день курс 14 дней



Витамин А(ретинол)

Участвует в поддержании нормального состояния кожи и функции органов зрения, способствует адекватной деятельности слюнных, потовых и др желез.

Регулирует дифференцировку клеток эпителия и процесс ороговения СОПР.

Источники: рыбий жир, мясо, молоко, сливочное масло, яичный желток, печень животных и рыб, морковь, петрушка, красный перец, помидоры, зеленый лук, персики, абрикосы, черника.

В них витамин А находится в виде провитамина - каротина



Суточная потребность 1,5 мг

Клиника:

Похудание, бледность, шелушение, сухость кожи и слизистых оболочек, вплоть до ксеростомии и гиперкератоза.

Хрупкость, отсутствие блеска и выпадение волос, нарушение функции сальных желез, ломкость ногтей.



Лечение:

Витамин А внутрь после еды в форме

- Масляного раствора по 5-10 капель
- 3,44% или 8,6% р-ра ретинола ацетата в масле в ампулах для в/м инъекций
- Ретинола пальмитат 5,5% или 16,5% р-р в масле либо драже
- Рыбий жир по 3 столовые ложки в день
- Аевит(витамин А и Е) по 1 капсуле 2-3 р/день или в/м по 1 ампуле 2-3 р/день в теч 20 дней



Витамин Е (токоферол ацетат)

Природный антиоксидант, улучшает жировой и минеральный обмен, уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, способствует накоплению жирорастворимых витаминов.

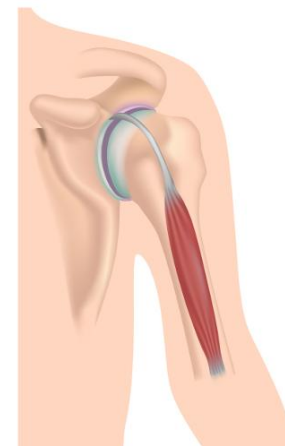
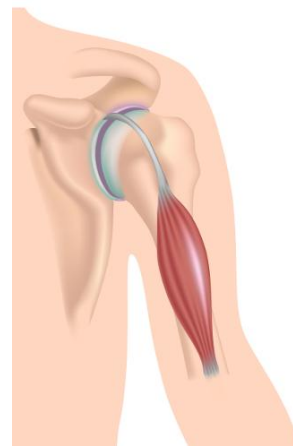
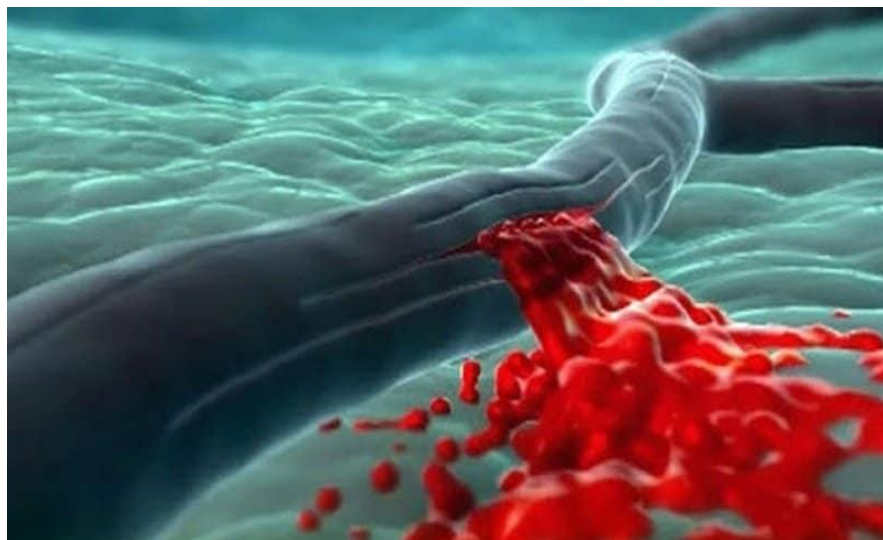
Источники: мясо, молоко, растительные масла (подсолнечное, кукурузное, соевое, облепиховое, хлопковое, арахисовое), зелень.

Суточная потребность
10-30 мг



Клиника:

Повышение ломкости и проницаемости капилляров, дегенеративные изменения в нервных клетках, поражение паренхимы печени, её жировая инфильтрация, изменение функции половых органов, выпадение волос, мышечная дистрофия.



Лечение:

Раствор 5, 10 и 30 % токоферола ацетата в масле в ампулах по 1 мл, во флаконах по 10, 20, 25 и 50 мл. Внутрь по 0,05-0,1 г в сутки в течении 1-2 месяцев.



***Изменения
слизистой оболочки
полости рта при
заболеваниях
органов
пищеварения***

***Изменения
слизистой
оболочки полости
рта, связанные с
болезнями почек***

Почки играют большую роль в обмене веществ и механизмах детоксикации организма, биотрансформации биологически активных, лекарственных и других веществ (их окисление, восстановление, расщепление, связывание и др.).

Признаками заболевания почек являются «мочевые симптомы»: протеинурия, гематурия, пиурия, цилиндрурия, холестеринурия, а также отеки, характерные для дистрофических и воспалительных поражений почек.

Острая почечная недостаточность (ОПН)

- происходит развитие уремии, интоксикация организма, появляются признаки поражения желудочно-кишечного тракта. Отмечается нарастание в крови азотистых шлаков и минеральных веществ с характерной картиной уремии. Язык плотно обложен бело-серым налетом. Может рецидивировать герпетический стоматит. Причинами являются инфекционные, токсические, травматические поражения почек, приводящие к нарушению кровообращения в них с последующей анорексией и деструктивными изменениями, до некроза почечных канальцев.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН)

Диспептические нарушения проявляются потерей аппетита, отвращением к еде, жаждой, сухостью в полости рта, тошнотой, рвотой. Характерный признак – сильный зуд кожных покровов. Изменения сопр- это следствие вторичных нарушений обменного характера, нередко изменения обусловлены явлениями диспепсии. Слизистая бледная, сухая, легко травмируется зубами или грубой пищей. Может наблюдаться потемнение со мягкого и твердого неба, щек, губ, иногда коронковой части зубов.

Язык сухой, нередко обложен налетом, появляется неприятный запах изо рта, истинный галитоз, обусловленный выделением сж большого количества мочевины, которая под влиянием ферментов слюны переходит в аммиак. Отмечается раздражение концевых отделов малых сж губ, мягкого неба и щек, нередко эти зоны становятся начальными в развитии эрозий, тогда в полости рта наблюдается картина glandулярного хейлита и стоматита с гипореактивным течением.

Субъективным признаком поражения слизистой является ее жжение и боль. Часто наблюдаются рецидивирование герпетического стоматита и грибковой инфекции из за снижения общих и местных факторов неспецифической защиты, интоксикации организма, присущие ХПН.

при ОПН и обострениях ХПН на сопр ,красной кайме губ и подлежащих учатсках кожи часто появляются высыпания обычного простого герпеса, что говорит о снижении общих и местных факторов неспецифической защиты.

На почти неизменной коже или слизитой видны мелкопузырные элементы , сопровождающиеся жжением и болезненностью, в последуюзем на их месте образуются экссудативные корки ,затрудняющие открывание рта и приема пищи. Эпителизация очагов замедленная , при улучшении течения основного заболевания у 3-й неделе завершается и эпителизация эрозий и язв.

Гломерулонефрит

Различают острый диффузный и хронический диффузный.

Формы : Латентая , гипертоническая , нефротическая

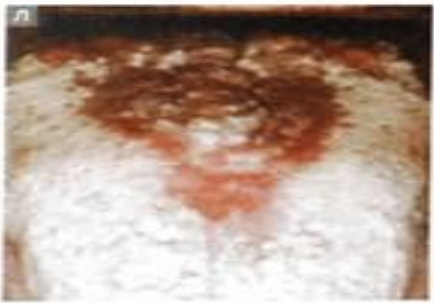
Клиническая картина харк. Тремя основными симптомами: мочевым, отечным, гипертоническим.

Хронический диффузный гломерулонефрит

Обладает отеком и гипертоническими симптомами. Изменения в моче являются непосредственным результатом гломерулонефрита или хронической почечной недостаточности. Характерны субъективные изменения – сухость, горечь, неприятный привкус в моче. Реже отмечается изменение цвета мочи, она может быть бледной или желтоватой – бледной, при гипертонической форме заболевания – цианотичной. Постоянным признаком гломерулонефрита является иктеричность твердого и мягкого неба. Частым признаком является катаральный гингивит.

Лечение

- 1) Индивидуальная, профессиональная гигиена полости рта , санации полости рта и рациональное протезирование.
- 2) Полоскание полости рта теплыми р-ми антисептиков
- 3) Аппликации , ванночки орошения теплыми анестетиками низких концентрации.
- 4) Противовирусные препараты
- 5) При гломерулонефритах : противовоспалительные , обезболивающие препараты, снятие зубных отложений , уход за полости рта



***Изменения
слизистой оболочки
полости рта при
заболеваниях
эндокринной
системы***

- По данным разных авторов, частота поражений сопр, языка, губ при эндокринной патологии колеблется от 2-80%.
- **Сахарный диабет** – хроническое заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена в организме. Характерна прямая зависимость тяжести воспалительных изменений сопр от течения и сд, давности его развития и возраста пациента. У больных сд отмечается гипосаливация и сухость в полости рта, что является одним из ранних и основных симптомов сд. Они развиваются вследствие атрофических изменений в слюнных железах.

- Слизистая полости рта гиперемирована, блестящая, истончена. Частота гипосаливации при сд составляет 61%. Псевдопаротит при сд встречается в 81% случаев. Язык покрыт белым налетом, шершавый, как бы потрескавшийся, с очагами десквамации в виде географической карты, иногда с участками гиперкератоза. Наблюдается гипертрофия грибовидных сосочков и атрофия нитевидных, вследствие этого поверхность языка выглядит лакированной. Часто отмечается увеличение языка за счет отека наряду с красно-фиолетовой окраской.
- Болевые синдромы проявляются глассалгией, парестезией, резко повышенной чувствительностью шеек зубов. Парестезия в полости рта сочетается с зудом кожи в области гениталий. Наблюдается снижение чувствительности к сладкому, соленому, кислому.
- Возможно проявление ксантоматоза сопр- множественные зудящие высыпания оранжево-желтого цвета величиной от булавочной головки до горошины, расположенных подэпителиально и выступающих над поверхностью, плотно-эластической консистенции.

- Дискератоз проявляется в виде лейкоплакии. Вначале наблюдается матовость и восковидность со, затем появляются бляшки, быстро прогрессирующие, с образованием бородавчатых разрастаний, трещин и язв при постоянной гипосаливации. Катаральный гингивит и стоматит при сд встречается в 10-40% случаев, характерные черты гингивита – гиперемия, отек, колбообразное вздутие десневых сосочков, наблюдается склонность к некрозу десневого края.

- Для пациентов с СД характерно развитие хронического генерализованного пародонтита, с большой подвижностью зубов и гноетечением из пародонтальных карманов. Отмечается появление пролежней от протезов, которые раньше не травмировали сопр.
- Свойственны грибковые поражения слизистой: острый псевдомембранозный кандидоз, острый/хронический атрофический кандидозы, кандидозный глоссит с застойной гиперемией, плотным серовато-белым налетом на пов-ти языка, атрофией нитевидных сосочков.
- У больных, страдающих декомпенсированной формой сд, возможно развитие декубитальных язв со. В окружении язвы слизистая без изменений, в области дна язвы – интйфилтрация, заживление медленное и долгое.

- СД часто сопутствует КПЛ, при этом могут наблюдаться все его клинические факторы, в зависимости от течения основного заболевания.
- Синдром Гриншпана(сд+гипертоническая болезнь+ КПЛ). При осмотре можно увидеть повышенную стираемость з, нередки нарушения структуры тканей зуба-гипоплазия. Отмечается задержка сроков прорезывания зубов.
- Больные предъявляют жалобы на повышенную чувствительность к холодной/горячей пище, затем присоединяется кровоточивость десен, отложение з.камня, неприятный запах изо рта. Цвет десен темно-красный, десневые осочки отслаиваются, образуются глубокие пародонтальные карманы, частые абсцедирования пародонта, выраженная подвижность зубов, не соответствующая степени деструкции пародонта. На опг опрежеляются смешанный тип деструкции костной ткани с преобладанием вертикального типа над горизонтальным, кратеообразные и воронкообразные костные карманы.

- **Тиреотоксикоз (базедова болезнь)** – заболевание организма обусловленное поражением щитовидной железы. Изменения слизистой различны: кровоточивость десен, хронический катаральный гингивит, геморрагии, катаральный глоссит, катаральный стоматит. Вследствие вегетоневротических расстройств частыми симптомами являются жжение со, снижение вкусовой чувствительности (гипотензия) и помутнение со. Нитевидные сосочки языка сглажены, отмечается очаги десквамации эпителия на дорсальной, боковых и нижней поверхностях (географический язык). На щеках, слизистой преддверия рта и языке участки десквамации с белесоватым ободком по краям, округлых очертаний, размером от 0,1-1 см. Красная кайма губ сухая, имеются белесоватые чешуйки, под ними обнаруживается гиперемированная мацерированная поверхность, т.е. Картина сухой или экссудативной формы эксфолиативного хейлита.

Базедова болезнь



ZHELEZA.COM
ВСЕ О ЖЕЛЕЗАХ ЧЕЛОВЕКА

- **Гипотериоз (микседема)** – развивается при недостаточности функции щитовидной железы. Болеют в основном женщины. Лицо имеет своеобразный вид: губы и нос утолщены, резко опухшие верхние веки, выражение лица равнодушное. СОПР, особенно десен, может быть бледно-розового цвета, блестящей, набухшей, разросшейся, но без признаков воспаления. Но могут быть явления хронического воспаления десен-кровоточивость, разрыхление десен, отек тканей пр, бледность и пастозность со и отпечатки зубов на ней.
- Увеличение и отек языка- является ранним и постоянным признаком заболевания. Язык утолщен, плотный на дорсальной поверхности имеется складчатость, гиперплазия сосочков, на боковой поверхности – отпечатки зубов, отмечается пастозность губ за счет отека мягких тканей.
- Нарушение вкуса/полная его потеря. Множественный кариес в пришеечной области и циркулярным расположением вокруг шеек зубов.

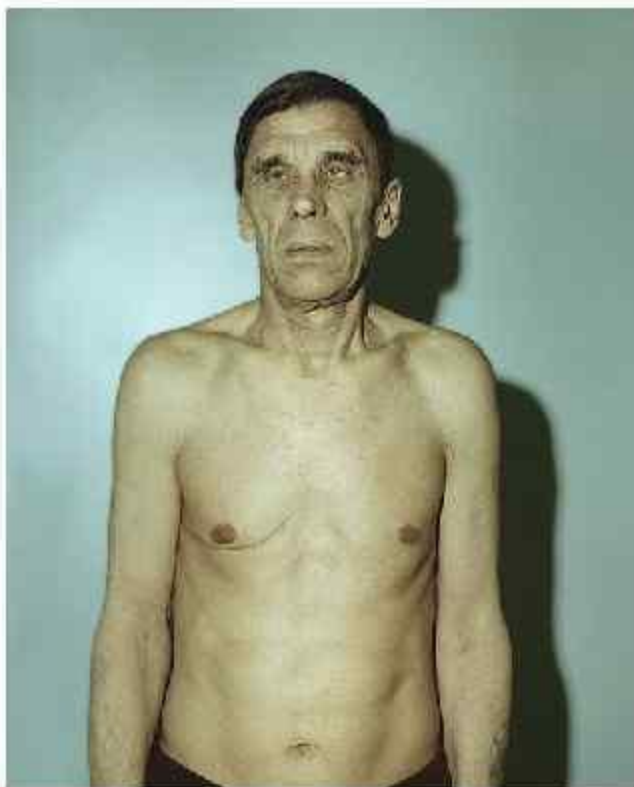
Микседема



- **Аномалии развития щитовидной железы.** Патология возможно при нарушении эмбриогенеза. Зачаток щитовидной железы находится на передней стенке глотки рядом с зачатком языка и опускается на переднюю поверхность шеи по мере развития эмбриона. При нормальном развитии верхняя часть протока облитерируется, а его конец, прилегающей к ротовой полости, сохраняется в виде воронки.
- При различных нарушениях встречаются случаи заблудившихся щитовидных желез, располагающихся в корне языка или его толще, в области дна пр. При расположении на корне языка она имеет вид округлого, дольчатого, плотного образования, прикрепляющегося на ножке к неизмененному основанию со корня языка. Окраска языка зависит от кровенаполнения и бывает розовой, багрово-красной, фиолетовой. Величина образования от 0,5-3-5см. В зависимости от размеров щит.железы, может быть: нарушение речи, ощущение инородного тела в пр, затрудненное глотание и дыхание.

- **Аддисоновая болезнь** (хроническая недостаточность коры надпочечников). Клиническими признаками является пигментация кожи и со(меланодермия). Бронзовая окраска кожи равномерно распространяется на всю поверхность или занимает ее отдельные участки в виде пятен различной величины. Пигментации обычно подвергаются открытые для солнца участки кожи (лицо, затылок, руки, поясница), а интенсивной пигментации – естественно пигментированные участки (перианальные, генитальные участки и околососковая область). Кожа сухая, обезвоженная, тургор ее снижен.
- СО окрашивается от коричнево-лилового до красновато-синюшного оттенка. Форма пигментных пятен овальная, кольцевидная, в виде полос или мелкой зернистости. Они располагаются на деснах, щеках, небе и языке. Существует прямая зависимость между интенсивностью пигментации и тяжестью з-я. Нередко развитию симптомов эндокринопатии предшествует кандидоз и/бо храс.

Гипофункция коры надпочечников = Аддисонова болезнь



Клиническая симптоматика

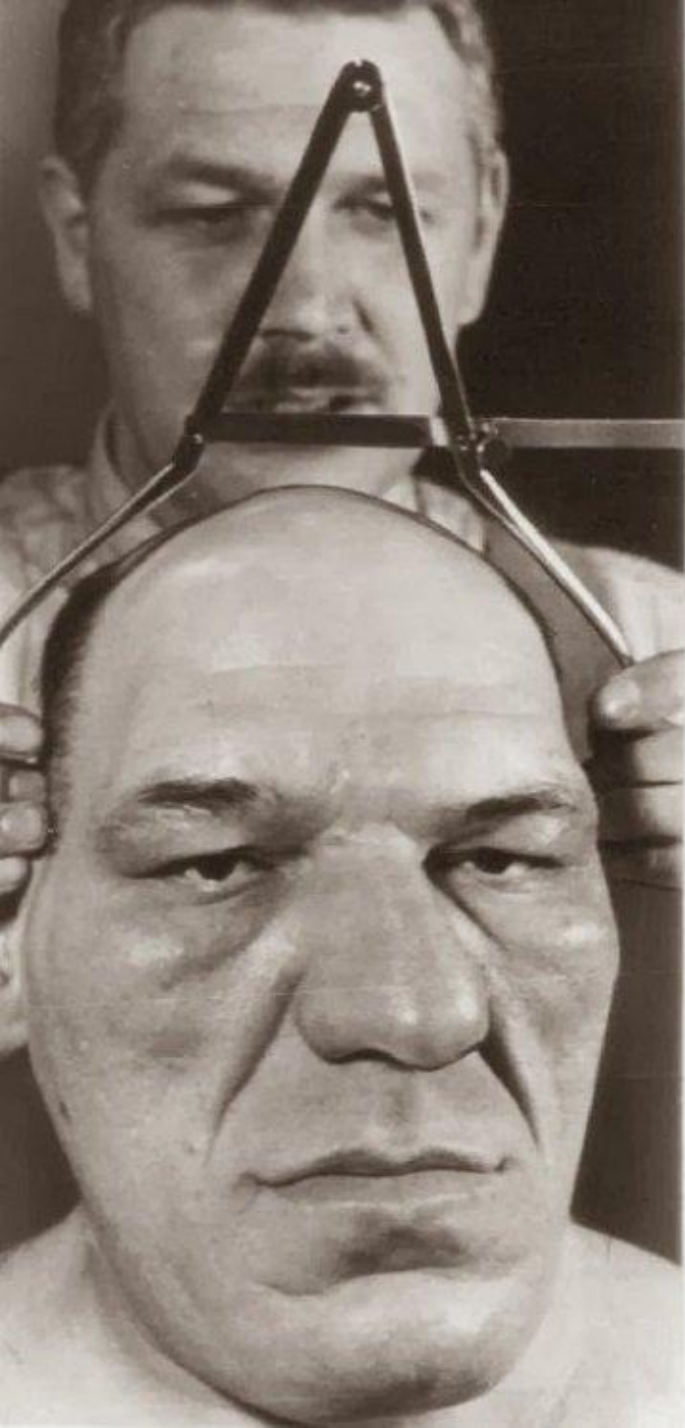
1. Больные истощенные
2. Бронзовый оттенок кожи
3. Низкое А/Д
4. Низкий уровень сахара в крови
5. Частый жидкий стул
6. Низкий иммунитет

- **Болезнь Иценко-Кушинга** развивается вследствие гиперфункции коры надпочечников. Является осложнением длительной кортикостероидной терапии. Отмечается ожирение лица, шеи, груди, живота. Лицо округлое, щеки вздутые, вишнево-красного цвета. На коже живота, бедер, плеч проявляются багрово-красные с цианотичным оттенком полосы (стрии), гирсутизм (избыточная продукция андрогенов). Кожа сухая. Покрыта фурункулами, угрями. Нередко з-е сопровождается остеопорозом челюстных костей, хр. генерализованным пародонтитом/пародонтозом. В пр наблюдаются симптомы макрохейлита, который проявляется увеличением губ, и глоссита с явлениями гиперкератоза дорсальной поверхности языка, хр. генерализованный пародонтит/пародонтоз. Могут развиваться язвенные процессы, а также кандидоз.

Основные симптомы болезни Иценко-Кушинга



- **Акромегалия** — 3-е, вызываемое избыточной продукцией гормона роста, гиперфункцией эозинофильных клеточных образований передней доли гипофиза, при котором увеличиваются кости конечностей (стоп, кистей), черепа, ключицы, а также внутренности и мышцы. В этиологии 3-я имеются опухоли гипофиза, травмы черепа, инфекции. Провоцирующими факторами могут быть удаление яичников, менопауза, беременность.
- К клиническим признакам относятся половые расстройства, головные боли с локализацией в лобно-теменной и височных областях, головокружения, тошнота, рвота, парестезии конечностей. Изменения в пр наиболее ярко выражаются в увеличении языка — он с трудом умещается во рту, сосочки гипертрофированы.
- Речь затруднена, произношение звуков непонятное. Нередко на языке появляются складки и борозды. За счет утолщения губ у больных отмечается макрохейлит, губы резко выдаются вперед.



- СОПР утолщается, становится плотной на ощупь, в складку не собирается, бледно-розового цвета, имеет место гиперплазия концевых отделов выводных протоков слюнных желез, отмечается гипертрофия гранул Фордайса. Характерным симптомом является гиперплазия десны, нередко десна покрывает всю коронковую часть зубов, и при отсутствии признаков воспаления клиническая картина напоминает фиброматоз десен.
- **Болезни половых желез.** В клинике наблюдается первичная и вторичная гормональная недостаточность половых желез. Первичная недостаточность возникает при первичном заболевании желез. Вторичная гормональная недостаточность наблюдается при поражении ЦНС, желез внутренней секреции (гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.). Известна особая чувствительность СОПР к дисфункции половых желез. Общеизвестной является взаимосвязь ритма и интенсивности выделения половых гормонов и состояния СОПР, особенно пародонта, проявляющаяся в патологических условиях развитием стоматитов, гингивитов и др. (гормональные стоматиты).

- Дисфункция половых желез сопровождается частыми воспалительными процессами десны, нарастающим остеопорозом альвеолярных отростков челюстей с развитием хронического генерализованного пародонтита.
- Клиническая картина юношеского гингивита характеризуется яркой гиперемией гипертрофированных десневых сосочков. Он может наблюдаться при вторичной аменорее, гиперэстрогенных состояниях.
- Яркое проявление дисгормональных изменений в пр- язвенно-некротический стоматит или гингивит, храс характеризуется образованием 1-3 афт в пр, которые возникают и исчезают в период беременности и рецидивируют после родов. Наблюдается нарушение функциональной активности слюнных желез, заключающееся в уменьшении кл-ва слюны и сопровождается сухостью сопр. Это один из ведущих признаков нарушения функции половых желез, он часто встречается при физиологическом климаксе, патологическом гипогонадизме. Спонтанные кровотечения из десени сопр — нередко явление при менструации, в период беременности, что обусловлено сосудорасширяющим действием эстрогенов.

- **Климакс** – переходный период, следующий за половой зрелостью и предшествующий менопаузе, наступает в возрасте 45-55 лет. Раннему климаксу в возрасте 40 лет способствуют умственное перенапряжение, недостаточное питание, гипофункция яичников, тяжелый физический труд. Климактерический гингивит развивается по типу катарального гингивита. Сопровождается увеличением экскреции гонадотропных гормонов, уменьшением кортикотропина, из-за чего происходит понижение адаптации организма женщины к физиологическим изменениям. Могут развиваться парестезии, глоссалгии, патологические изменения со, менопаузальный остеопороз (обусловлен снижением уровня эстрогенов, которые способствуют повышению активности остеобластов, активируя кальцификацию костей).

- **Синдром Георге** – нарушение функции паращитовидной железы, патология фосфорно-кальциевого обмена, недостаточность клеточного иммунитета. Происходит развитие расщелины верхнего неба, нарушение двигательной функции языка.
- **Гипопитуитаризм** – недостаточность передней доли гипофиза. СОПР у больных гипопитуитаризмом истончена, сухая, блдно-розового цвета, легко ранима. При нарушении прикуса выявляются мацерация в области углов рта и кандидозные заеды.



***Изменения
слизистой оболочки
полости рта при
заболеваниях
соединительной
ткани***

Коллагенозы

Это системные заболевания соединительной ткани, в основе развития которых лежат аутоиммунные процессы, проявляющиеся образованием целого комплекса аутоантител.

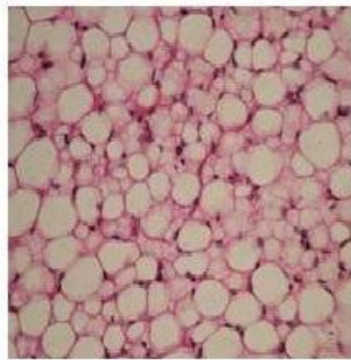
К ним относятся:

- Системная красная волчанка
- Болезнь Бехчета
- Афтоз Турена
- Склеродермия
- Гранулематоз Вегенера
- Болезнь Kawasaki
- Синдром Гренбланда-Страндберга

Виды соединительной ткани



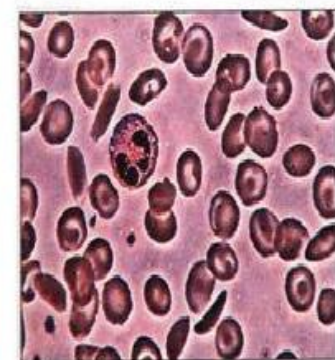
Хрящевая ткань



Жировая ткань



Костная ткань



Кровь

Системная красная волчанка (lupus erythematoses)

Наиболее распространенное заболевание среди коллагенозов, характеризуется поражением сердечно-сосудистой системы, легких, суставов, изменениями со стороны крови, кожи и слизистых оболочек.

2 формы:

- Кожная
- Системная

По течению:

- острая
- подострая
- хроническая.



Эритематозная стадия

Элементы высыпаний имеют вид просто красных пятнышек с четкой границей, умеренной отечностью и хорошо различимой сосудистой звездочкой в центре. С течением времени такие элементы сыпи увеличиваются в размерах, сливаются между собой, образуя крупный очаг в форме "бабочки" на лице и различной формы на теле. В области высыпаний могут появляться ощущения жжения и покалывания. Если высыпания локализируются на слизистой полости рта, то они болят и зудят, причем эти симптомы усиливаются во время еды.



Гиперкератозная стадия

Участки высыпаний уплотняются, на них образуются бляшки, покрытые небольшими серовато-белыми чешуйками. При удалении обнажается кожа, внешне напоминающая корку лимона. С течением времени уплотнившиеся элементы высыпаний ороговевают, формируется красный ободок по краю бляшки. В центре бляшка серо-белого цвета с пупковидным вдавлением. При удалении бляшки, обнажается кровоточащая эрозированная поверхность. Удаленная бляшка утощена в центре и имеет пробкоподобный выступ.



Атрофическая стадия

Формируется гладкая, нежная, слегка вогнутая рубцовая атрофия алебастрово-белого цвета с телеангиоэктазиями и краевыми пигментациями.

Рубец может иметь деревовидную форму в виде белых полос, участки гиперкератоза в виде лучей пламени.

**Красная волчанка
(атрофия, телеангиоэктазии, дисхромия)**



На слизистой оболочке выделяют 3 формы:

1. Типичная – очаги застойной гиперемии с инфильтрацией, гиперкератоза в виде помутнения эпителия беловатого цвета, в центре атрофия, тонкие полоски гиперкератоза в виде радиально расходящихся лучей.



2.Экссудативно-гиперемическую – яркая гиперемия и резкий отек очага, тонкие белые точки гиперкератоза беспорядочно разбросанные по поверхности.

3. Эрозивно-язвенная – возникает при травматизации очага и воспалении, в центре отека ярко гиперемизированного участка образуется эрозия покрытая фибринозным налетом, налет плотный снимается с трудом обнажая кровоточащую поверхность, вокруг кератоз. Эрозии сильно болезненные при приеме пищи. «Волчаночные пятна» локализуются по линии смыкания зубов и в области третьего моляра, на языке характерна локализация на спинке размер от 1 до 5 см. Язвы долго не заживающие, легко кровоточащие, болезненные, округлых очертаний, при заживлении остается участок рубцовой атрофии с древовидно расположенными рубцами тяжами.

- Общая терапия коллагенозов проводится ревматологом. Местное лечение симптоматическое с помощью кортикостероидных мазей: флуцинар, лориден с, локакортен, локасален, синафлан, синалар.

Системная красная волчанка

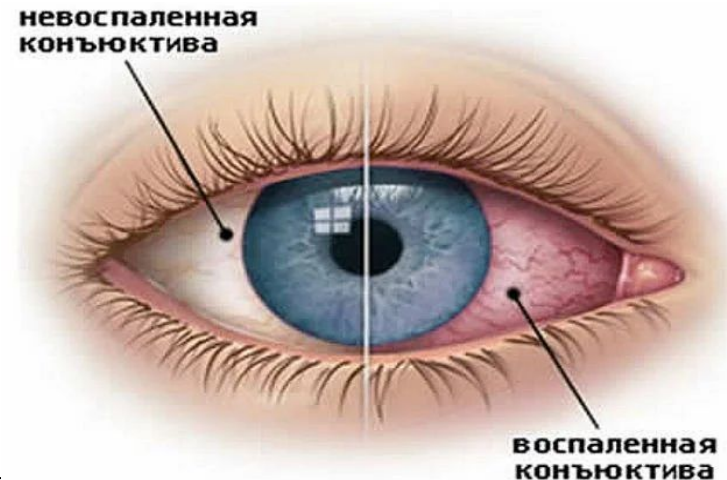


Болезнь Бехчета

Хроническое заболевание, характеризующееся афтозными высыпаниями на слизистых оболочках полости рта, глаз и гениталиях, «тройным симптомокомплексом», рецидивирующий гипопионом, септическим иридоциклитом, септический иритом, аллергическим стафилококковым увеитом, кожно-слизисто-увеальным синдромом.



Здоровый коленный сустав





На слизистых оболочках полости рта, глаз и гениталий появляются множественные или единичные афтозные и эрозивно-язвенные элементы округлой или щелевидной формы, болезненные, окруженные венчиком гиперемии. Высыпания могут появляться в различные периоды, что затрудняет диагностику. Рецидивы сопровождаются артралгией, миопатией, повышением температуры, на коже появляются акнеиформные элементы. Тяжелая форма синдрома Бехчета протекает с развитием множественных крупных афт, узловатых эритем, тромбофлебита, полиморфной кожной сыпи и носит название афтоз Турена (афтоид Неймана).





Склеродермия

Выраженное системное поражение соединительной ткани с ее склерозированием.

Поражаются суставы, кожа, печень, сердце, легкие.
При этом кожа и слизистые поражаются всегда.



Ограниченные симптомы склеродермии или синдром CREST

Кальциноз - отложения кальция в коже



Феномен Рейно - спазм кровеносных сосудов в реакции на холод или стресс



Дисфункция пищевода - кислотный рефлюкс и снижение моторики пищевода



Склеродактилия - утолщение и стягивание кожи на пальцах и кистях рук



Телеангиэктазия - расширение капилляров с появлением красных отметин на коже



Начальная стадия эритемы сменяется стадией уплотнения очень быстро. Кожа приобретает сероватый оттенок, холодная на ощупь, в складку не собирается, истончена, натянута, анемична, лицо напоминает маску. Характерно наличие телеангиэктазий, участков дисхромии с атрофией. Движения в суставах кистей и стоп ограничены — склеродактилия.



Красная кайма губ истончена, атрофична. Десневой край уплотняется, а маргинальная часть десны атрофируется, при сочетании с нарушением обмена кальция, наблюдается избыточное образование камня — синдром Тибьержа — Вейссенбаха.



Для склеродермии характерны 3 стадии: отек, уплотнение, атрофия. Отек слизистой возникает в области щек и языка. Слизистая становится анемичной, либо наоборот ярко-красной. При переходе в стадию атрофии появляются атрофия, истончение, бледность, выраженный сосудистый рисунок, слизистая легко травмируется, изъязвляется. На языке белый налет. Покалывание и онемение, неравномерная атрофия языка с отклонением кончика языка. Подвижность языка ограничена, сосочки сглажены, наблюдается мигрирующая форма десквамативного глоссита. Также образуются трофические язвы. Развивается синдром Шегрена, проявляющийся гипосаливацией и ксеростомией, атрофическим глосситом с развитием хронического атрофического кандидоза.



Гранулематоз Вегенера (гангренизирующая гранулема)

Системный некротизирующий гранулематозный артериит с поражением верхних дыхательных путей, легких, кожи и других органов. Заболевание связано с иммунными нарушениями с гиперергической сосудистой реакцией. К ранним проявлениям относятся папулезно-некротические, везикулезные, пятнисто-папулезные высыпания на коже и слизистой оболочке, с последующим образованием глубоких изъязвлений с пиогенным поражением типа гангренозной пиодермии с замедленным заживлением.







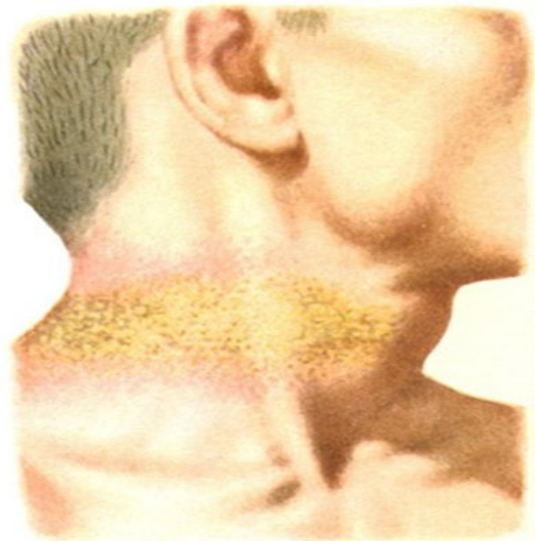
В полости рта гранулематозные разрастания имеют бугристую поверхность, застойный красный цвет, плотную консистенцию, быстро распадающуюся с образованием не заживающих глубоких язв, покрытых некротическим налетом, резко болезненными, сопровождающиеся лимфаденопатией. Летальный исход возможен через несколько недель или месяцев после развития кахексии и почечной недостаточности.



Рис. М-1. Гранулематоз Вегенера: альвеолярная десна воспаленная, бугристая, зернистая и плотная.

Синдром Гренблада-Страндберга

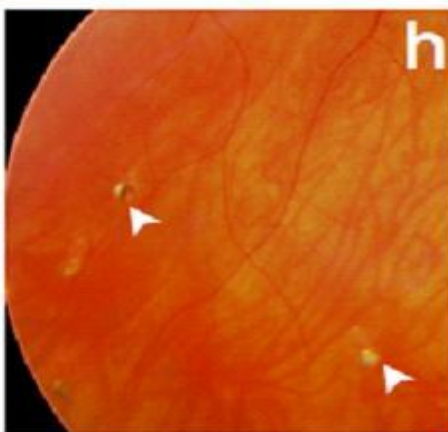
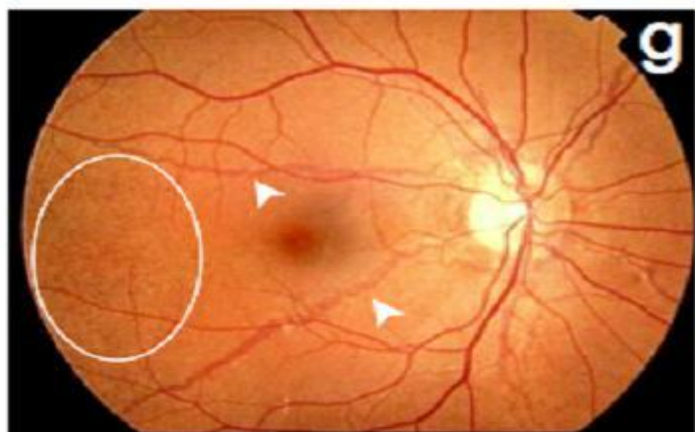
наследственный симптомокомплекс, обусловленный системным поражением эластической ткани, характеризующийся поражением кожи и реже слизистых оболочек, сосудов – артерий глазного дна (ангиоидные полосы). На коже появляются желтые высыпания типа ксантом плотноэластической консистенции – псевдоксантома эластическая Дарье, располагающаяся на боковой поверхности шеи и в области локтевых сгибов, на красной кайме губ и в углах рта. Напоминают эктопированные сальные железы – болезнь Фордайса.



1



2



Дерматомиозит

системное заболевание с преимущественным поражением мышечной ткани и кожи. Различают 2 формы: первичный (идиопатический) и вторичный (паранеопластический). Характеризуется пигментациями, подслизистыми петехиями на дне полости рта и вентральной поверхности языка, рядом с яркой эритемой. Развивается миозит языка с участками локального некроза и изъязвления с миалгиями. Язык плотный, тестоватой консистенции, увеличен в объеме, малоподвижен, при пальпации болезненный.



Болезнь Кавасаки (кожно-железистый синдром)

Системное острое заболевание (панангиит) с лимфогистиоцитарной инфильтрацией, разрывом эластических мембран, некрозом и аневризмами. В этиопатогенезе связь с инфекционными факторами (риккетсиями, вирусом Эпштейн-Барра, стрептококком) и отложением иммунокомплексов на пораженных тканях. Клинически проявляется отеком и диффузной эритемой слизистой оболочки с единичными папулезными высыпаниями, эритематозный глоссит.



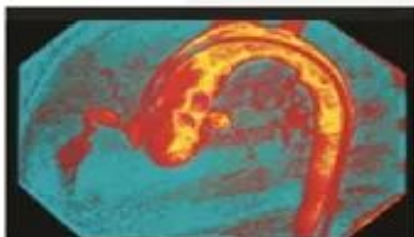
Шелушение



Отек, гиперемия, шелушение ладони



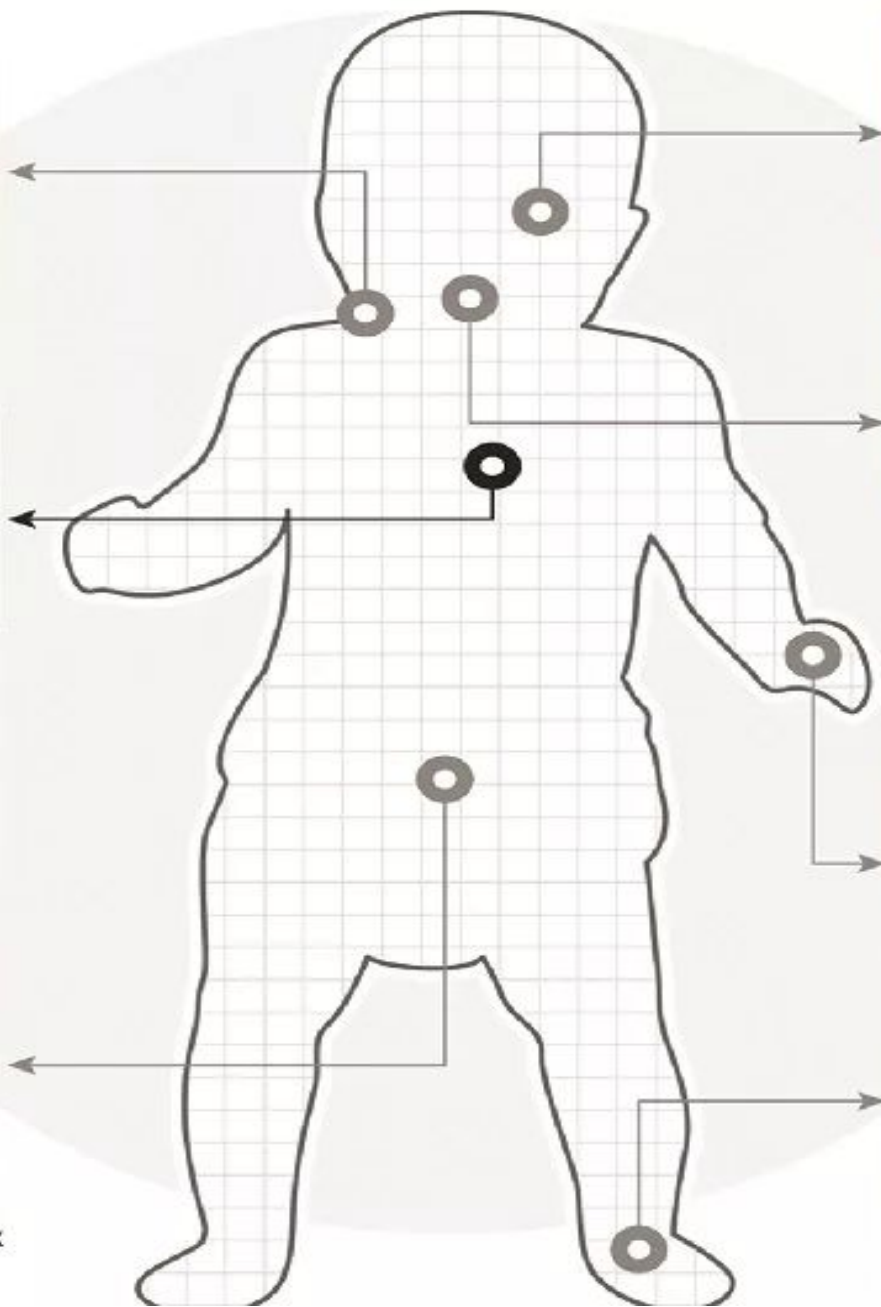
Увеличенные шейные лимфатические узлы



Аневризмы в кровеносных сосудах сердца образуются примерно в четверти нелеченных больных, и убывает около 1% из них



Сыпь на теле и гениталиях



Красные воспаленные глаза (конъюнктивит)



Красные, сухие, потрескавшиеся губы и опухший "малиновый" язык



Опухшие красные ладони и стопы



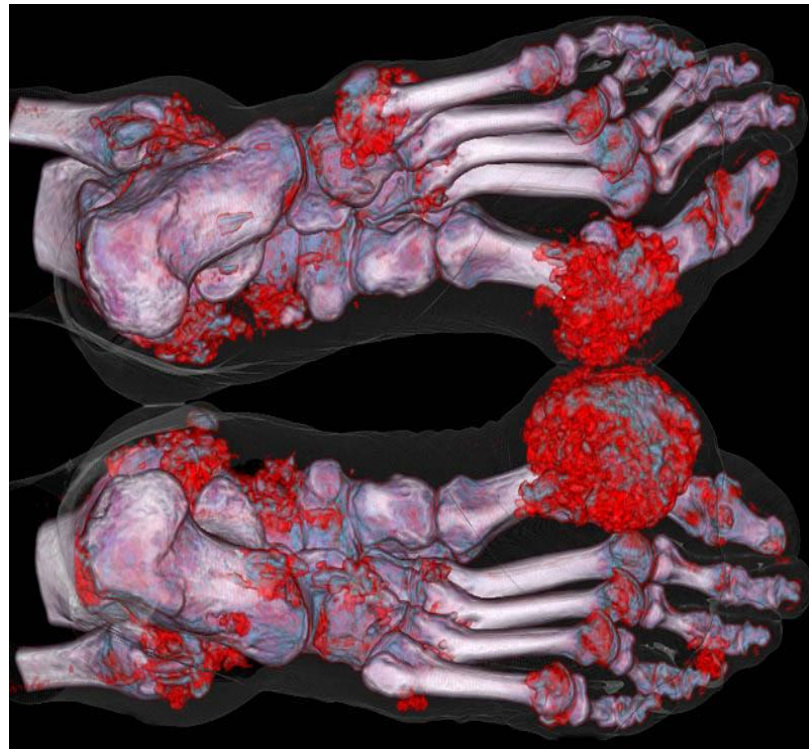
***Изменения
слизистой оболочки
полости рта при
нарушениях обмена
веществ***

Подагра.

Развивается в результате нарушения метаболизма мочевой кислоты. Суставы при подагре часто воспалены, ярко- или темно-красного цвета, болезненны.

Подагрические желтые узлы (кристаллы уратов натрия) развиваются в подкожной ткани, сухожильных влагалищах, слизистых сумках, на верхнем крае завитка ушной раковины, кончиках пальцев.

На слизистой оболочке полости рта наблюдаются белые полосы с окружающей эритематозной реакцией или скоплением мелких беловатых узелков.



Синдром Леша-Найхана.

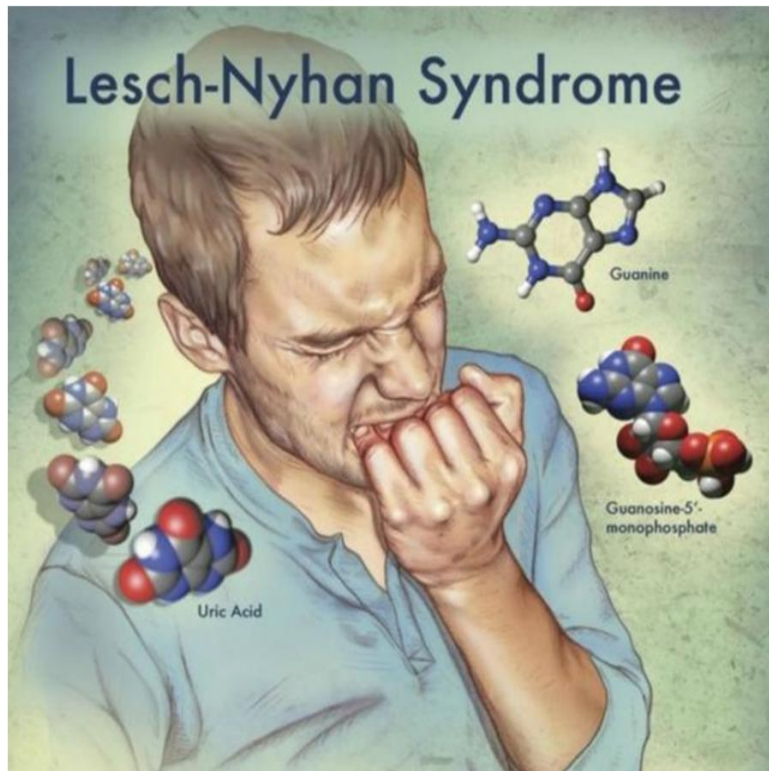
-заболевание, наследуемое по сцепленному с X-хромосомой рецессивному признаку.

Причиной является дефицит гипоксантин-гаунинофосфорибозилтрансферазы.

Болеют только мальчики.

Характерны спастичность, миотония, олигофрения с умственной отсталостью.

Типична склонность к членовредительству в форме навязчивых прикусываний нижней губы и пальцев. На СОПР формируются глубокие трофические язвы с дефектами губ.





Синдром Фабри.

-диффузная ангиокератома туловища. Наследуется по рецессивному признаку, сцепленному с X-хромосомой, и связан с лизосомальным ферментом галактозидазой.

На коже множественные ангиокератомы в форме пятен с булавочную головку пурпурно-красного, почти черного цвета, часто на ягодицах и нижней части живота в области пупка.

На слизистой оболочке в ранней стадии заболевания появляются подобные кератоакантомы, плоские в виде точечных или древовидных ангиоэктазий.



Болезнь Фабри

meduniv.com





Дефицит цинка.

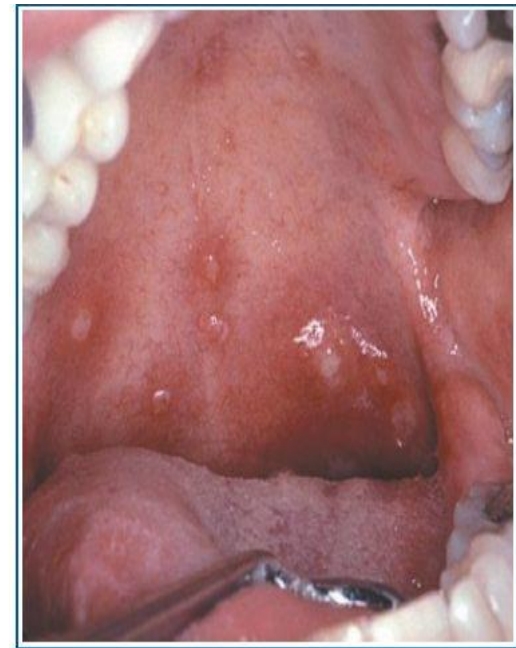
Причиной является либо врожденное нарушение всасывания цинка, либо энтеропатический актодерматит (наследуемое по аутосомно-доминантному признаку вследствие дефекта гена, транспортирующего ионы цинка), либо приобретенная недостаточность всасывания из ЖКТ.

Приобретенный дефицит цинка наблюдается при болезни Крона, язвенном колите и хронических заболеваниях почек.

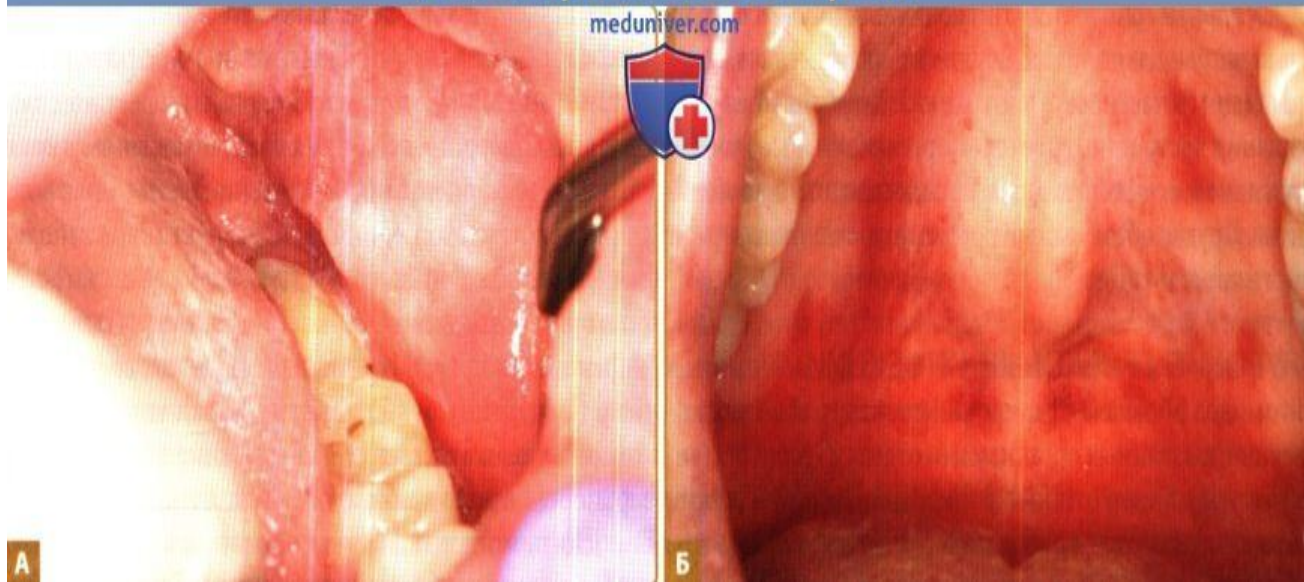
Клиническая картина: дерматит, гиперемированные шелушащиеся участки в периоральной области вокруг носа, на пальцах кистей и стоп, выпадение волос, светобоязнь, паронихии, психические изменения.

Заболевание начинается в раннем возрасте после отнятия от груди и развивается после 2-го года жизни.

В области губ и слизистой оболочки полости рта эритематозные, афтоидные, папилломатозные изменения, выраженный глоссит.



Язвы при болезни Крона



Дефицит белка

Возникает у голодающих людей либо при опухолевой кахексии, лейкозах, нервной анорексии, заболевании почек.

Клинически проявляется потерей веса, мышечной слабостью, сухостью кожи, выпадением волос, анемией.

На СОПР отмечается сухость, жжение, язык атрофичный, гладкий, ярко-красный.



**Изменения
слизистой оболочки
полости рта при
сердечно-
сосудистых
заболеваниях**

- При **сердечно-сосудистой недостаточности**, развивающейся вследствие ревматического порока сердца и гипертонической болезни, отмечен цианоз слизистой оболочки. Такое состояние может сочетаться с синюшностью красной каймы губ. Больные обычно не предъявляют жалоб или отмечают жжение, реже - боль при еде, сухость во рту. Нередко такое состояние рассматривается как следствие действия местных факторов (катаральный стоматит), и больным назначают различные растворы антисептических веществ для полосканий. Это увеличивает сухость во рту и может способствовать появлению травматических и других поражений слизистой оболочки.
- Атрофия нитевидных сосочков и истончение слизистой. Язык становится гладким и блестящим («полированный» язык).



- У лиц с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с нарушением кровообращения II-III степени часто обнаруживаются тяжелые язвенно-некротические изменения слизистой оболочки рта, трофические язвы. Больные предъявляют жалобы на одышку, слабость, отеки конечностей, затрудненный прием пищи, мучительную боль во рту, появление язв. В полости рта обычно определяется одна или несколько язв на различных участках ротовой полости (боковые поверхности языка, слизистая оболочка щек, дна полости рта, неба и др.). Язвы имеют неровные края, дно покрыто серовато-белым некротическим налетом. Характерным является отсутствие выраженной воспалительной реакции в окружающей ткани. Слюна становится вязкой, появляется неприятный запах изо рта.



Некротические процессы могут распространяться на лицо, верхние отделы шеи. Описаны некротические изменения слизистой оболочки рта с поражением челюстных костей, а также с образованием сквозных дефектов щеки.

Септический эндокардит

Клиника:

- Недомогание, утомляемость, ухудшение аппетита, головная боль, лихорадка.
- Кожные покровы серовато-желтого оттенка, бледные. Поражение печени обуславливает желтоватый оттенок кожных покровов и СОПР.
- Отмечаются петехиальные и мелкие геморрагические высыпания, они могут некротизироваться.
- На коже обнаруживаются болезненные, мягкие узелки с красноватым оттенком диаметром 0,5 см (узелки Ослера).

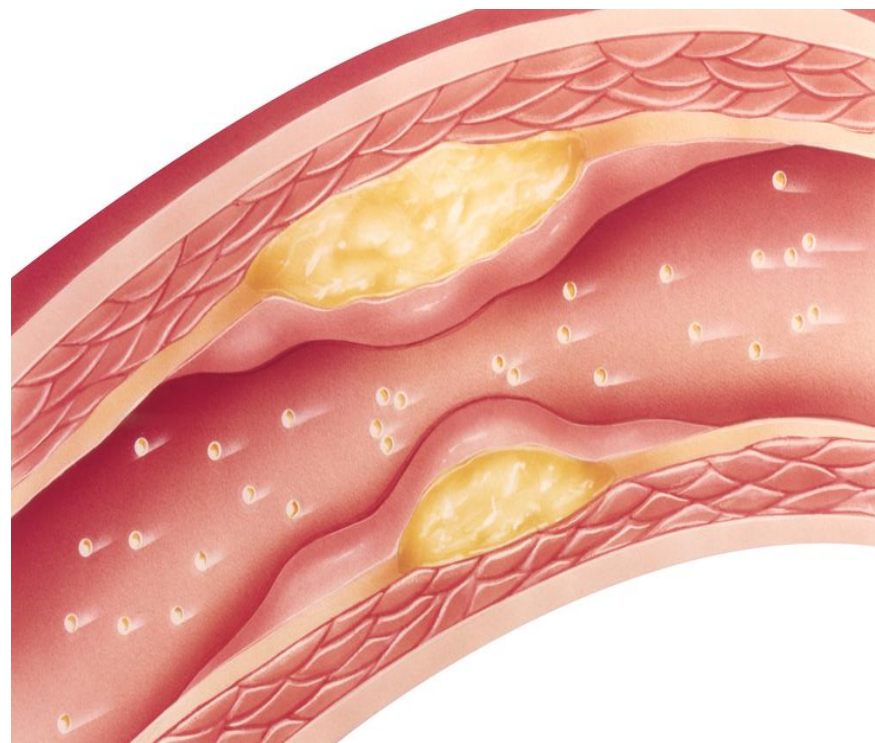


Атеросклероз

Атеросклероз - системное заболевание, в основе которого лежит нарушение липидного обмена, проявляющееся отложением липидов во внутренней оболочке артерий, что приводит к образованию соединительнотканых утолщений — бляшек, сужению просвета и тромбозу артерий.

Клиника:

- Четкий сосудистый рисунок в области мягкого неба и передних небных дужек
- Расширение вен языка
- Окраска слизистой от бледно-розового до желтушной и цианотичной
- Парестезии различных участков полости рта



Инфаркт миокарда



Инфаркт миокарда – заболевание, характеризующееся некротическим процессом в сердечной мышце вследствие ослабления или прекращения притока к ней крови.

Клиника:

- Десквамативный глоссит, глубокие трещины языка.
- Гиперплазия нитевидных и грибовидных сосочков.
- Ярко окрашенный малиновый язык
- Экстравазаты, отмечаемые на спинке языка, являются следствием нарушения гемодинамики в капиллярном русле и часто развиваются как результат поражения сердца.

Гипертоническая болезнь

повышение давления

Клиника:

- Пузырно-сосудистый синдром.
- Появление на сосудистой геморрагических пузырей вследствие ее случайно или хронической механической травмы инородным телом.
- Обратное развитие пузырей происходит либо при их вскрытии, либо при рассасывании их содержимого.
- При вскрытии пузырей образуются эрозия, эпителизирующаяся довольно быстро.
- Симптом Никольского отрицательный.
- В мазках-отпечатках отсутствуют акантолитические клетки Тцанка
- Пузыри единичные локализируются на СО мягкого неба, дна полости рта, щек, реже на слизистой десен и твердом небе.



Порок сердца

Клиника:

- Трофические язвы заднем отделе полости рта, на слизистой щек, альвеолярного отростка, на языке, в ретромолярной области.
- Язвы размером до 5 мм, покрыты бледно – серым налетом со зловонным запахом, резко болезненны при дотрагивании и во время еды.
- Отсутствие воспалительной реакции в окружающих тканях.
- Язвы сопровождаются тяжелыми кровотечениями.



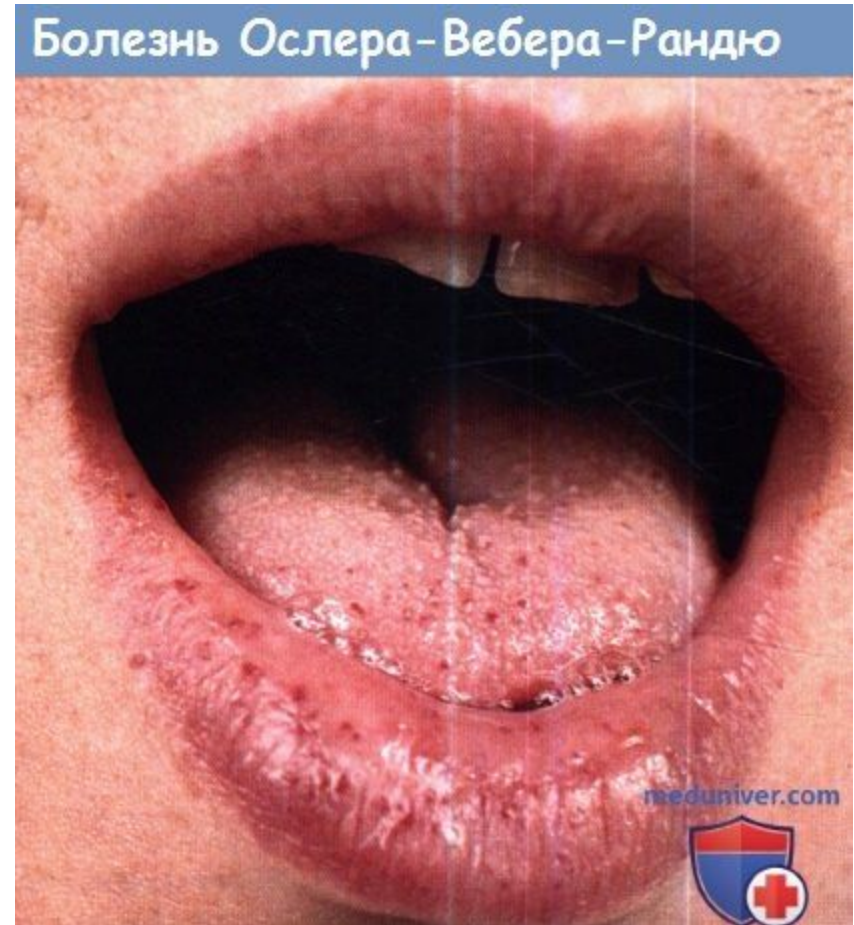
Геморрагический ангиоматоз (болезнь рандю-ослера)

Это заболевание связано с врожденной неполноценностью сосудистого эпителия

Клиника:

Множественные телеангиоэктазии
Профузные кровотечения из носа
и полости рта.

Ангиоматозные разрастания
определяются на СО носа, щек,
губ, языка, на коже лица, крыльях
носа, в ушных мочках.



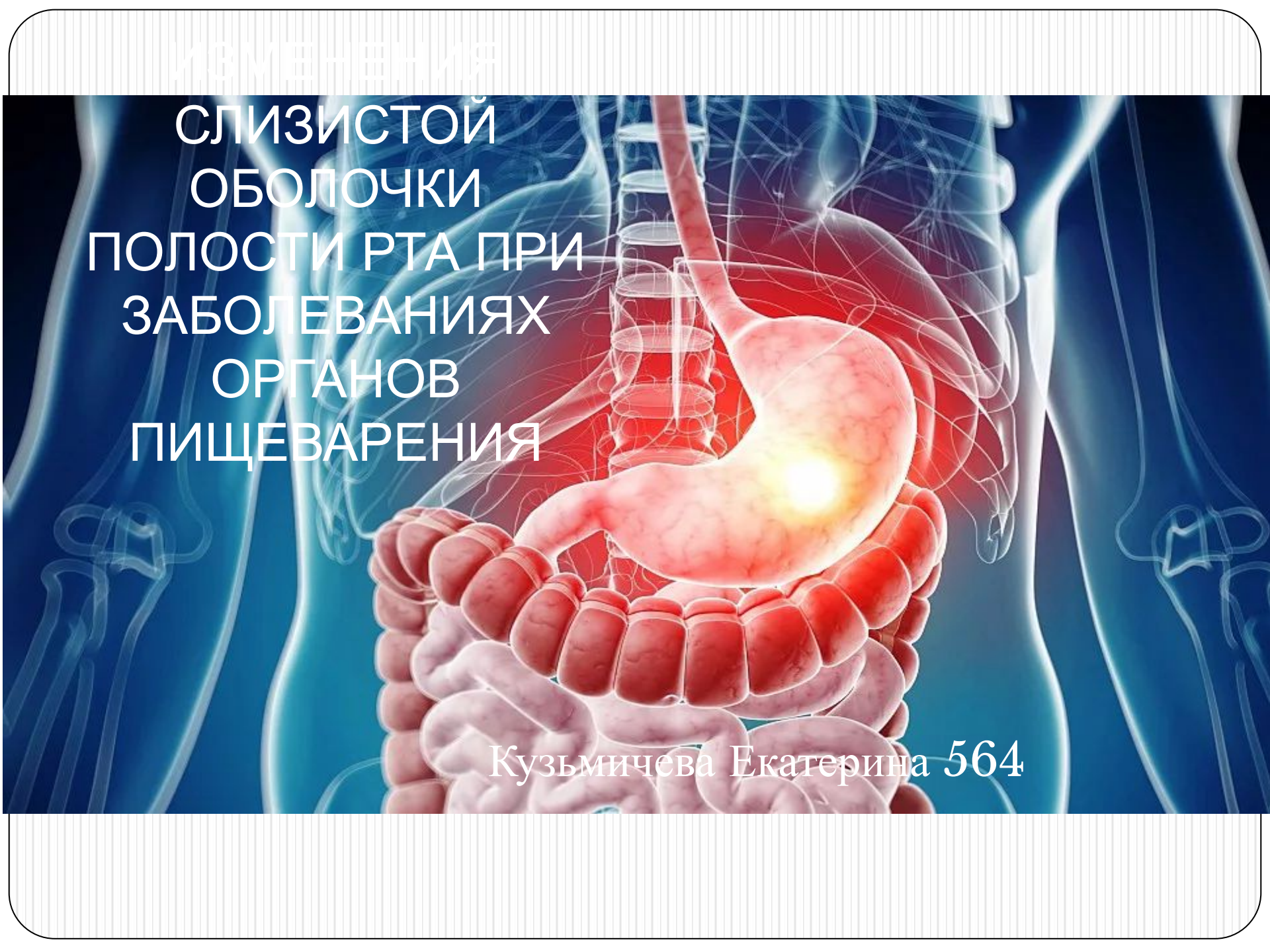
Лечение

- В лечении важное значение имеет применение комплекса мероприятий, направленных на ликвидацию недостаточности кровообращения, и местной симптоматической терапии. Лечение таких больных дает успех только при применении средств лечения сердечно-сосудистых расстройств в условиях терапевтического стационара.
- Местно необходимо проводить обработку полости рта антисептическими растворами, применять обезболивающие средства и препараты, ускоряющие эпителизацию (цигерол, прополис, масляный раствор витаминов А, Е, масло облепиховое, шиповника, ферментные препараты и др.). При наличии единичных язв с целью повышения реактивной способности слизистой оболочки назначают инъекции 0,5% новокаина, 1% р-ра лидокаина, биостимуляторов (при отсутствии противопоказаний) под элементы поражения. Назначают щадящую диету, богатую необходимыми питательными веществами и витаминами, дают рекомендации по уходу за полостью рта.
- При гематомах или пузырьно-сосудистом синдроме ведущее место занимает лечение основного заболевания. Необходима санация полости рта, рациональное протезирование. Назначают аскорбиновую кислоту, витамины РР, Е. Местно проводят обработку полости рта (орошения или аппликации) растворами теплых с низкой концентрацией антисептиков для предотвращения вторичного инфицирования. Затем эпителизирующие препараты.

ИЗМЕНЕНИЯ

СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ

Кузьмичева Екатерина 564



Острый гастрит

- язык обложен толстым серым налетом, покрывающим всю спинку,
- отечен,
- привкус горького и кислого,
- сухость языка.



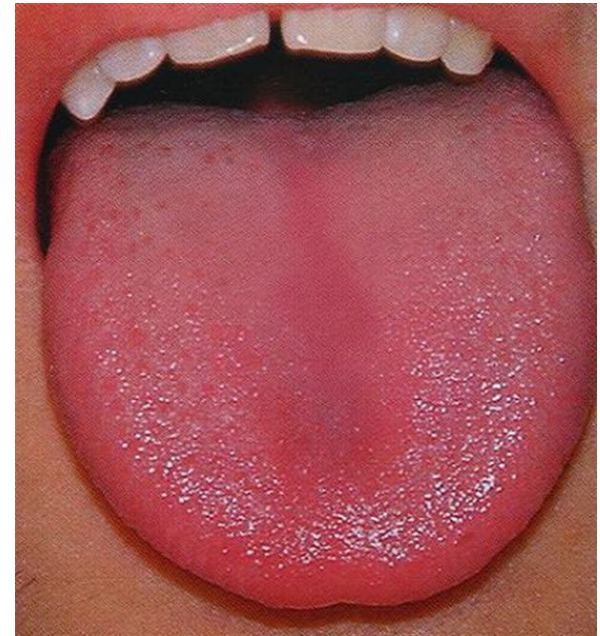
Хронический гастрит

- СОПР бледно-розового цвета, нормально увлажнена.
- Больные предъявляют жалобы на извращение вкусовых ощущений, в первую очередь на металлический привкус в полости рта, особенно утром (в период диспептических явлений).
- Слизистая оболочка в области вестибулярной поверхности губ истончена
- На красной кайме появляются белесоватые сухие чешуйки и поверхностные трещины.
- На дорсальной поверхности языка нитевидные сосочки сглажены, на этом фоне в передней трети языка грибовидные сосочки кажутся увеличенными.
- Характерным является наличие очагов выраженной атрофии нитевидных сосочков, вплоть до появления малозаметных эрозий.
- Катаральное воспаление десны, чаще во фронтальном участке, маргинальный край десны инфильтрируется , гиперемирован, легко кровоточит. Десневые сосочки отечны, деформированы.
- Явления парестезии в области кончика и корня языка.

При гастрите, протекающем с секреторной недостаточностью, болевой синдром не выражен, чаще тяжесть в эпигастральной области, отрыжка, симптомы желудочной диспепсии, затем присоединяются признаки полигиповитаминоза, белкового дефицита и нарушение гемопоэза. Слизистая оболочка в полости рта бледно-розового цвета, десквамативный глоссит, на губах эксфолиативный хейлит, трещины.

Изменения языка при разных нозологических формах гастрита:

1. **Гиперацидный гастрит** – язык цианотичен. Отечен, обложен плотным налетом.
2. **Гипо- и анацидный гастрит** – язык уменьшен в объеме, нитевидные сосочки атрофированы, налета нет. Поверхность гладкая блестящая «лакированная» с ярко-красными пятнами и полосами.



Гиперацидный гастрит. Обложен язык,
гипертрофия грибковидных сосочков.



Язвенная болезнь желудка

Клин. картина может быть различной, обусловлена локализацией язвы. При кардиальных язвах боли возникают вскоре после приема пищи под мечевидным отростком. При язвах малой кривизны желудка боли возникают через 15—60 минут после еды и локализуются преимущественно в эпигастральной области. Антральным язвам чаще сопутствуют голодные боли, ночные боли, не связанные с качеством пищи и купирующиеся приемом пищи, отрыжка и изжога.



СОПР

- СОПР бледно-розового цвета, при обострении основного заболевания наблюдается снижение саливации.
- Отмечаются изменения эпителия дорсальной поверхности языка, в дистальных его отделах наиболее
- Выражен налет серовато-белого цвета, плотно прикрепленный к подлежащим тканям.
- Десквамация нитевидных сосочков замедлена, нарушена рельефность листовидных сосочков, грибовидные сосочки могут быть гиперплазированы или, наоборот, уменьшены и малозаметны.
- Слизистая оболочка десны бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, плотная и с незначительными явлениями атрофии.

Язвенная болезнь 12-перстной КИШКИ

- Нередко сопровождается нарушением функции желчевыводящих путей,
- Слизистая оболочка полости рта более яркая, с красным оттенком в области мягкого нёба.
- В периоды обострения заболевания может наблюдаться отечность и увеличение языка, на боковых поверхностях и в области кончика языка выражены отпечатки зубов.
- При стоматоскопическом исследовании в зонах прилегания языка к зубам видны микроэрозии, участки истонченного эпителия, что обуславливает субъективные ощущения больного (жжения, саднения, чувство покалывания), усиливающиеся при приеме пищи.

- Более выражены изменения десневого края, протекающие в виде катарального воспаления.
- Больные предъявляют жалобы на болезненность и жжение в языке, ощущение «обожженного языка», усиливающиеся к вечеру. Это говорит о нервно-рефлекторном характере связи между различными отделами пищеварительного тракта.
- На это указывают случаи мигрирующей формы десквамативного глоссита, размеры очагов (от 0,5 до 1,5 см) и их локализация постоянно меняются, что обуславливает миграцию болевых ощущений.
- Имеет место спонтанное исчезновение очагов, что отличает эту форму от «географического» языка.

Гастроэнтероколит

(одновременное поражение желудка, тонкой и толстой кишки)

- В первые дни энтероколита слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, гиперсаливация, а на 2—3-й день заболевания отмечается сухость слизистой полости рта.
- На слизистой оболочке щек по линии смыкания губ и боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов.
- Поверхность языка покрывается плотным серовато-желтым налетом, а при выраженной интоксикации и дисбактериозе наблюдается гиперплазия нитевидных сосочков и их прокрашивание в темно-коричневый и даже черный цвет.
- В области мягкого нёба и вестибулярной поверхности нижней губы нередко обнаруживается зияние концевых отделов мелких слюнных желез с частичной их обтурацией.
- Одним из осложнений гастроэнтероколита является кандидомикоз слизистой оболочки полости рта, характеризующийся появлением очагов гиперемии, на фоне которой имеется белый налет творожистой консистенции, легко снимающийся при поскабливании, под которым видна истонченная и мацерированная слизистая.
- Длительность кандидоза находится в прямой зависимости от характера течения основного заболевания.
- При остром энтероколите слизистая оболочка рта отечна, гиперемирована, саливация повышена, отпечатки зубов на слизистой щек и языке, на спинке языка плотный серовато-желтый налет, хроническая гиперплазия нитевидных сосочков.
- При хроническом энтероколите слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, слегка отечна, дорсальная поверхность языка равномерно обложена налетом серовато-желтого цвета, особенно выраженного в дистальных отделах языка в утренние часы, десквамативный глоссит.

Болезнь Крона

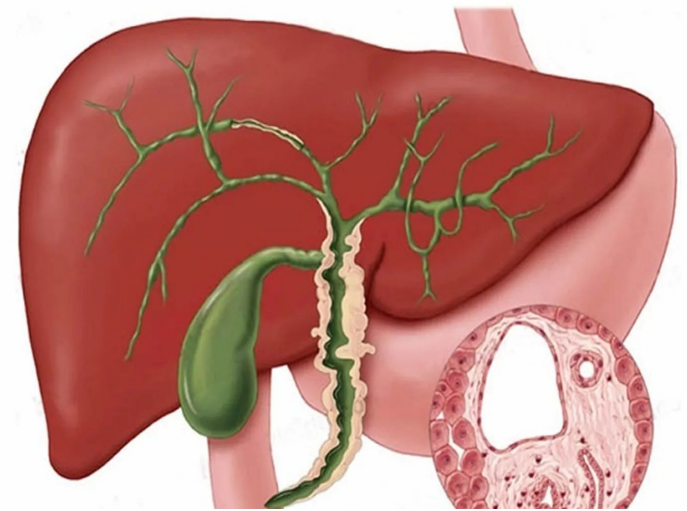
-хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, начиная от полости рта и заканчивая прямой кишкой.



- Симптомы в полости рта в 5-20% случаев, проявляется нехарактерными афтоидными очагами, гранулематозными изменениями и симптомами мальабсорбции.
- На слизистой оболочке щек возникают узловато-мягкие утолщения по типу «булыжной мостовой» располагающиеся в подслизистом слое, иногда изъязвляются;
- ангулярный хейлит,
- заеды,
- трещины нижней губы,
- диффузное утолщение десен,
- персистирующие линейные язвы и афты (саркоидоподобные гранулемы) в преддверии полости рта, рецидивирующие абсцессы щек.

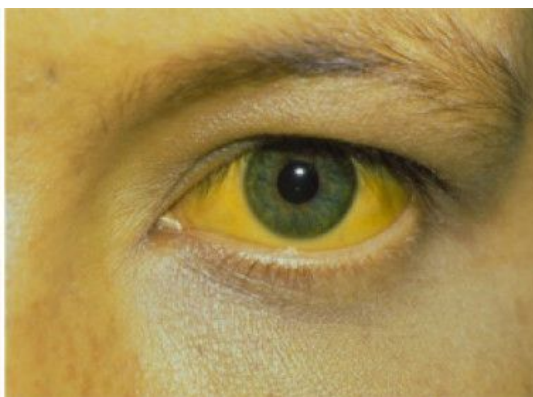
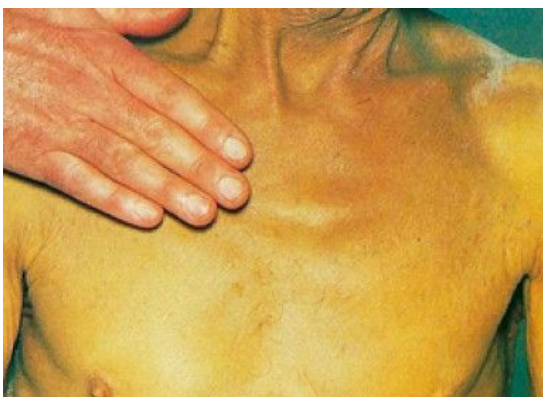
Заболевания печени и желчного пузыря

Особую диагностическую ценность имеет цвет слизистой оболочки мягкого нёба, так как именно эта часть полости рта с эмбриологической точки зрения представляет единое целое с нижележащими отделами желудочно-кишечного тракта, включая печень (оба органа производные одной основы – энтодермальной выстилки первичной кишечной трубки). Многообразие функций печени в организме определяет анатомо-физиологические особенности ее связи с полостью рта.



Вирусный гепатит (болезнь Боткина)

В продромальном периоде отмечается сухость в полости рта, отечность и гиперемия слизистой. В желтушном периоде нарастает интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки, особенно в области твердого и мягкого нёба. Появляются телеангиоэктазии и геморрагии, наиболее выраженные в области мягкого нёба и вестибулярной поверхности губ. В период разгара болезни на дорсальной поверхности языка появляются участки десквамации эпителия, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков. Важным изменением является желтушное прокрашивание выводных протоков парных слюнных желез: околоушной, подчелюстной и подъязычной, их гиперплазия и мацерация. Малые слюнные железы также вовлечены в патологический процесс (отмечается гиперплазия выводных протоков), нередко зияние их концевых отделов.



Хронический гепатит

Чаще развивается как продолжение эпидемического гепатита или под воздействием промышленных гепатотропных веществ, или аллергическая реакция на лекарственные препараты (противотуберкулезные средства, антибиотики, сульфаниламиды). Признаками проявления заболевания являются: изменение вкуса, горечи во рту, особенно по утрам, желтушность склер, оболочки мягкого нёба, субъективным симптомом заболевания является парестезия слизистой оболочки полости рта, жжение и покалывание в области языка, ощущение зуда в области нёба. Слизистая оболочка приобретает цианотичный оттенок, иктеричность в области слизистой оболочки мягкого неба, сопровождающееся зудом. Печень при пальпации увеличена, с острым краем, болезненна.



Хронический гепатит С

Цирроз печени

Пациенты жалуются на чувство жжения в области мягкого и твердого нёба, вестибулярной поверхности губ и различных отделов языка. Слизистая оболочка полости рта мало отличается от описанной выше при гепатитах. Отмечается иктеричность слизистой нёба, привкус горечи, проявляется сосудистый рисунок в области мягкого нёба. В местах случайного травмирования слизистой оболочки отмечаются наряду с гиперкератозом трещины и длительно не заживающие эрозии. Слизистая сухая, десна бледно-розового цвета, маргинальный край атрофичен, единичные афты либо явления кандидоза, длительно не заживающие трещины в углах рта. Вены языка расширены. Развивается вторичный дефицит витамина А, также наблюдаются афтозные и герпетические высыпания.



Описторхоз печени

вызывается паразитом из класса трематод (двуустка сибирская), заражение происходит при поедании полусырой

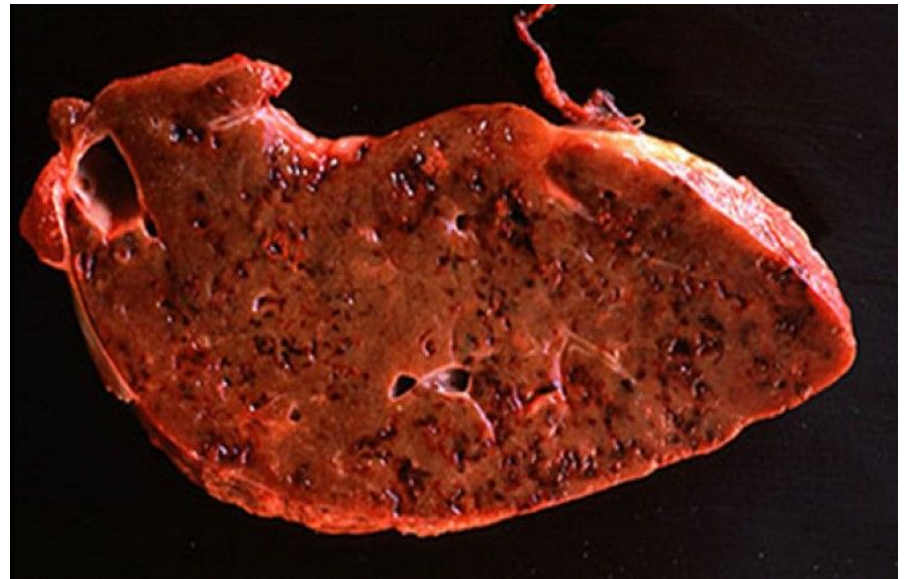
или свежемороженой рыбы. Отмечается

гипергликемия, гиповитаминоз В1 и В2, жжение и

боль в языке. Язык ярко-красного цвета,

блестящая, сосочки атрофированы, катаральный

или гипертрофический гингивит.



Синдром мальабсорбции (нарушение всасывания)

обусловлен наследственной
неполноценностью отдельных
ферментных систем
пищеварительного тракта.

Клинические признаки
характеризуются дефицитом
веществ:
микроэлементов, витаминов.



Акродерматит энтеропатический (болезнь Данбольдта-Кросса, синдром Брандта).

Аутосомно-рецессивно наследуемое заболевание связанное с

дефицитом цинка за счет нарушения его всасывания в кишечнике. Характеризуется отечными везикуло-буллезными высыпаниями с прозрачным содержимым, желудочно-кишечными расстройствами, выпадением волос,

эрозивно-язвенные изменения в полости рта, быстрое присоединение вторичной инфекции (пиококковая и кандидозная флора). Диагноз основывается на клинических

данных и результатах лабораторного исследования (низкий

уровень цинка и щелочной фосфатазы).

Дифференциальная

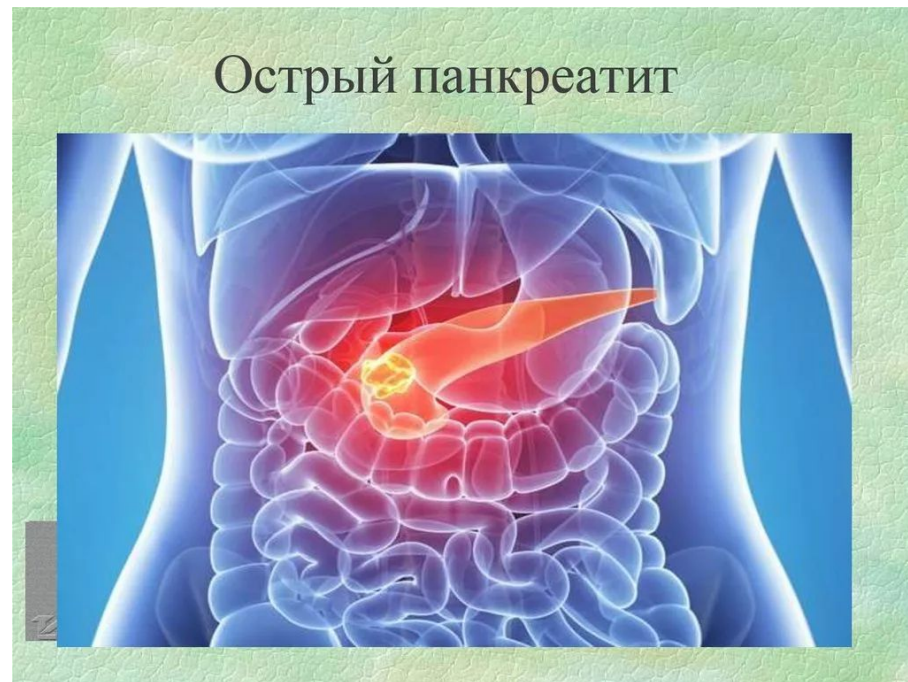
диагностика: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, эрозивно-язвенный стоматит, буллезная форма

красного плоского лишая, пузырчаткой, пемфигоидами.



Острый панкреатит.

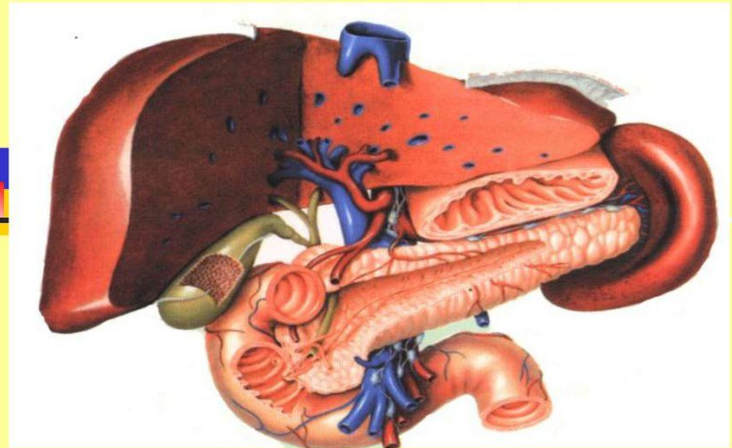
Слизистая оболочка полости рта при остром панкреатите гиперемирована, отечна, четко обозначен сосудистый рисунок, наблюдается желтушная окраска дистальных отделов. Язык обложен желто-белым налетом, нитевидные сосочки увеличены, нередко отмечается очаговая десквамация эпителия дорсальной поверхности языка, гиперплазия грибовидных сосочков, выражены сухость слизистой полости рта и нарушение вкусовой чувствительности. В некоторых случаях в дистальных отделах полости рта выявляются афтозные поражения слизистой.



Хронический панкреатит.

Изменения слизистой оболочки полости рта являются следствием вторичного гиповитаминоза, а также вовлечения в процесс других органов пищеварительной системы. Характерными явлениями на слизистой оболочке будут атрофические изменения дорсальной поверхности языка по типу глоссита, характерного для В-вита-минной недостаточности, кандидоз слизистой оболочки полости рта, истончение красной каймы губ и появление хронических трещин в углах рта.

Хронический панкреатит



Лечение

- При развитии трещин на губах необходимо применить аппликации с кератопластиками.
- При явлениях десквамативного глоссита назначают поливитамины с микроэлементами, пантотенат кальция (витамин В5 по 0,1— 0,2 г 3 раза в день 1 месяц, десенсибилизирующие средства, седативные препараты
- Целесообразно применение местноанестезирующих средств при болевых ощущениях и дискомфорте в полости рта при приеме пищи и разговоре, при чувстве жжения — ирригации и ротовые ванночки с раствором цитраля (25—30 капель 1% спиртового раствора цитраля на полстакана воды). Аппликации с кератопластиками.

- При наличии сухости в полости рта следует назначать гипертонические растворы: мать-и-мачеха, термопсис, тысячелистник, по полстакана 3—4 раза в день.
- При наличии симптомов кандидоза следует проводить общеукрепляющую, иммунокорректирующую этиопатогенетическую терапию, общее и местное симптоматическое лечение полиеновыми антибиотиками. Также широко применяется десенсибилизирующая терапия (фенкарол, тавегил, супрастин и др.).
- При появлении ХРАС проводят лечение данной патологии в полости рта, учитывая общее состояние больного, этиологию и патогенез заболевания.
- Рекомендуется всем пациентам назначать витамины с микроэлементами, препараты кальция, белковое питание.
- В связи с тем, что проявления на слизистой оболочке полости рта вторичны, то необходимо начинать лечение пациента с терапии основного заболевания.