**Избранные вопросы смежных дисциплин**

**1. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях.**

**Эндокринология** – это раздел медицинской науки, изучающий строение, функцию, болезни органов внутренней секреции – эндокринных органов. Слово эндокринология произошло от греческих слов endo-внутри, krino – выделять, logos- учение. Клетки эндокринных желез вырабатывают соки (секрет желез), содержащие специфические для каждого органа вещества называемые гормонами и выделяют их непосредственно в кровоток. В этом заключается их отличие от желез экзокринных, которые выделяют свой секрет в проток выводящий на наружную поверхность тела (слюнные, потовые железы, железы желудка). Гормон – это химическое вещество, которое поступает в кровоток и с кровью достигает различных органов, где оно стимулирует или снижает активность других клеток, которые называются клетками – мишенями. Через клетки – мишени гормоны оказывают действие практически на все жизненно важные функции организма человека.

К железам внутренней секреции организма (эндокринным железам) относятся:

- Щитовидная железа

- Паращитовидная железа

- Поджелудочная (островковая часть) железа

- Тестикулы (яички) у мужчин

- Яичники у женщин

- Гипофиз

- Гипоталамус

Кроме этого гормоны производят и органы, не являющиеся эндокринными железами. Это сердце, печень, головной мозг. Нарушения функции гормонов в организме могут быть вызваны следующими причинами:

- Недостаточность гормона. Возникает при снижении продукции гормонов эндокринной железы по разным причинам: инфекции, инфаркты, аутоиммунные процессы, опухоли, наследственные заболевания.

- Избыток гормона. Возникает при избыточной продукции и выбросе в кровяное русло гормонов. Причинами этого могут быть избыточный синтез гормонов другими тканями (обычно при злокачественном перерождении), усиление производства гормонов тканями из его предшественника и ятрогенные причины, когда избыток гормона вводится при назначении гормонов в качестве лекарственного препарата.

- Синтез аномальных гормонов эндокринными железами. Чаще это происходит при врожденных генетических аномалиях.

- Резистентность к гормонам. При этом ткани организма не дают обычную реакцию наследственную природу, дефекты тканевых рецепторов, появление антител к гормонам.

Заболевания щитовидной железы и данные стоматологического обследования.

**Диффузный токсический зоб**- заболевание, сопровождающееся диффузными гиперпластическими изменениями в щитовидной железе и интоксикацией организма избыточно продуцируемыми и выделяемыми в кровь гормонами. На детский и юношеский возраст приходится до 6% случаев диффузно-токсического зоба. Стоматологические проявления диффузно-токсического зоба у взрослых:

- Увеличивается частота поражения зубов кариесом, при этом поражение локализуется преимущественно на шейках зубов, -

-Развитие остеопороза челюстных костей, повышенная остеокластическая активность в области кортикальной пластинки;

-Подвижность зубов, изменение в периодонте- повышенная его васкуляризация,

-Патологические изменения в переферической нервной системе слизистой оболочки полости рта, выражающиеся явлениями раздражения, признаками дегенерации и регенерации нервных волокон в мышцах щеки;

-Цианоз слизистой оболочки, уменьшение содержания аскорбиновой кислоты в десне

Аномалия структуры эмали в виде эрозий, особенно на резцах верхней челюсти;

-Патологическая стираемость, дентикли

-Пародонтоз в 80% случаев.

Изменения в зубах и пародонте находятся в прямой зависимости от длительности заболевания.

У женщин, больных токсическим зобом, во время беременности и после родов происходит отличное от кариеса специфическое поражение твердых тканей шейки зуба: в одних случаях наблюдается образование дефекта без размягчения дентина с последующей стабилизацией процесса, в других- отслоение меловидно измененной эмали от дентина- некроз. Процесс протекает остро, с преимущественным поражением резцов, клыков и премоляров.

Данные стоматологического обследования детей, больных токсическим зобом:

*-* У детей, рожденных матерями, больными тиреотоксическим зобом, наблюдаются случаи внутриутробного прорезывания зубов, нарушение сроков и порядка прорезывания молочных зубов.

- При токсическом зобе, развившемся у детей до 10 лет, наблюдается ускоренное формирование и раннее прорезывание зубов, при этом прорезавшиеся зубы недостаточно минерализированны, наблюдается множественный кариес.

- При развитии заболевания в пубертатный период наблюдается усиление процесса пролиферации и гипертрофия слизистой оболочки десневого края.

**Данные стоматологического обследования при гипотиреозе.** Гипотиреоз- понижение функциональной активности щитовидной железы, характеризующееся недостатком выработки тиреоидных гормонов. При врожденном гипотиреозе отмечается задержка прорезывания молочных зубов на 1-2 года, смена молочных зубов задерживается на 2-3 года, запаздывание формирования корней постоянных зубов. Множественный кариес молочных и постоянных зубов, атипичная форма коронок, гипоплазия эмали, частичная адентия, деформация челюстей. Гипотиреоз- понижение функциональной активности щитовидной железы, характеризующееся недостатком выработки тиреоидных гормонов.При врожденном гипотиреозе отмечается задержка прорезывания молочных зубов на 1-2 года, смена молочных зубов задерживается на 2-3 года, запаздывание формирования корней постоянных зубов. Множественный кариес молочных и постоянных зубов, атипичная форма коронок, гипоплазия эмали, частичная адентия, деформация челюстей.

**Основные заболевания надпочечников** и данные стоматологического обследования. Функция коры надпочечников находится под постоянным регулирующим влиянием ЦНС и передней доли гипофиза, которая осуществляет прямой контроль посредством адренокортикотропного гормона. Гормональные расстройства коры надпочечников могут выражаться в недостаточной или избыточной продукции одного или нескольких гормонов, а также в изменении нормального количественного соотношения этих гормонов или их метаболитов. В связи со значительным количеством гормонов, вырабатываемых корой надпочечников, во время болезни наблюдается многообразие клинических симптомов и синдромов с различной степенью их выраженности. Ткани полости рта при болезни Аддисона. Хроническая недостаточность коры надпочечников( болезнь Аддисона) развивается из-за туберкулезного поражения коры надпочечников(до 40%), в результате атрофии желез (55%),опухолей, кровоизлияний и т.д.( 5%). Является следствием аутоиммунной реакции. Предполагается, что в результате локального повреждения ткань надпочечников попадает в общий кровоток, и , действуя как антиген, вызывает реакцию антиген-антитело с клетками коры надпочечников, что приводит к ее деструкции. Проявления в полости рта: пигментация слизистой оболочки в виде пятен коричневого цвета, которые локализуются на красной кайме губ, в области углов рта, на деснах, боковых поверхностях языка, на слизистой щек по линии смыкания зубов, твердом и мягком небе. Увеличение лимфатических узлов, расположенных у корня языка и миндалин

Врожденная дисфункция коры надпочечников и данные стоматологического обследования:

- Заболевание, характеризующееся преимущественной гиперпродукцией андрогенов.

- Наблюдается ускоренное развитие и минерализация костей, раннее прорезывание постоянных зубов, ускоренное формирование корней постоянных зубов, изменение прикуса.

Опухоли надпочечников и данные стоматологического обследования. Гормонально-зависимые опухоли:

- Раннее прорезывание постоянных зубов и ускоренное формирование их корней, цианоз и отечность слизистой, хронический катаральный гингивит, остеопороз челюстных костей

*- Феохромацитома* (опухоль из зрелых клеток хромаффинной ткани мозгового слоя надпочечников): Хронический катаральный гингивит,остеопороз челюстных костей

**Сахарный диабет** – хроническое заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена в организме. При сахарном диабете повышается содержание сахара в крови и наблюдается его выделение с мочой. Непосредственные причины, ведущие к возникновению сахарного диабета, могут быть различными: физические травмы, тяжелые нервные потрясения, переживания, инфекционные заболевания, воспалительные процессы, отравления, нарушение питания (злоупотребления сладостями). Сахарный диабет возникает при инсулиновой недостаточности в организме, что связано с рядом причин: -

- недостаточная выработка и выделение инсулина при заболевании поджелудочной железы

- повышенная потребность в инсулине при некоторых заболеваниях гипофиза, надпочечников

- повышенное разрушение инсулина ферментом печени – инсулиназой.

От 4 до 8 % среди больных сахарным диабетом составляют дети, чаще всего в возрасте о 6 до 13 лет. Возникновение диабета у детей наблюдается после инфекционных заболеваний. У больных, страдающих сахарным диабетом, отмечается: сухость кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, желтоватая окраска кожи ладоней и подошв, катаральный маргинальный гингивит характеризуется колбообразным вздутием десневых сосочков.

- Кандидамикоз развивается чаще у ослабленных больных, при плохом гигиеническом содержании полости рта. Слизистая оболочка губ, щек, языка, неба становится сухой, истонченной, ярко-красного цвета. В начальных этапах развития кандидамикоза на слизистой оболочке появляются небольшие очажки белого цвета, которые в последующем увеличиваются и достигают больших размеров, образуя скопления рыхлого белого налета. При поскабливании налет можно удалить, и тогда обнажается гиперемированная, легко кровоточащая слизистая оболочка. В зависимости от локализации плотность налета может варьировать.

- Кандидамикотический глоссит характеризуется застойной гиперемией, очагами атрофии нитевидных сосочков, чередующихся с плотным серовато-белым налетом на поверхности, который целиком не удаляется при поскабливании. Жалобы больных на жжение, болезненность, сухость во рту обусловлены грибковым поражением языка.

- Кандидамикотический хейлит выражается в истончении красной каймы губ, в интенсивной гиперемии зоны Клейна. В углах рта, как правило, отмечаются инфильтрация, длительно не заживающие трещины.

У больных, страдающих декомпенсированной формой сахарного диабета, возможно развитие декубитальных язв слизистой оболочки полости рта. В окружении язвы слизистая оболочка без выраженных изменений. В начальном периоде развития язвы ее дно покрыто некротическими массами, которые впоследствии отторгаются, оставляя гладкую поверхность.

Длительное существование, а также разлитая инфильтрация в основании диктуют необходимость дифференциальной диагностики язв с неопластическими процессами. Анамнез, характер сопутствующей патологии, отсутствие вегетации в области дна и краев, кровоточивости, отрицательные результаты цитологического исследования, положительная динамика при проведении общей и местной терапии свидетельствуют о неспецифическом поражении.

**Красный плоский лишаи** слизистой оболочки полости рта. Довольно часто сахарному диабету сопутствует красный плоский лишаи слизистой оболочки полости рта. При этом могут наблюдаться все известные клинические формы его: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, инфильтративно- теригландулярная, гиперкератотическая и др.

В зависимости от основного заболевания клиническая картина красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта может изменяться, особенно в случаях присоединения грибковой флоры. Эрозивно-язвенные изменения отличаются резистентностью к известным методам лекарственной терапии. Клинический симптомокомплекс—сахарный диабет, гипертоническая болезнь, красный плоский лишай известен как *болезнь Гриншпана*. Выявление красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта должно настораживать врача- стоматолога в отношении возможного сахарного диабета и гипертонической болезни.

У 10 % больных сахарным диабетом наблюдается *увеличение околоушных слюнных желез*. При прогрессировании диабета наблюдается *прирост кариеса*. Ткань пульпы содержит множественные *дентикли.* Отмечается снижение вкусовой чувствительности. У больных происходит быстрое отложение *зубного камня* мягкой консистенции из-за высокой концентрации глюкозы в слюне и понижения щелочных резервов организма.

У больных сахарным диабетом в 83% случаев наблюдается *поражение пародонта*. Происходит уменьшение стойкости капиляров полости рта, утолщение их стенок и базальной мембраны. Выявляется снижение проницаемости сосудов, что связано с изменением обмена гликозаминогликанов и липопротеидов. Данные стоматологического обследования детей, больных сахарным диабетом. Дети жалуются на:

- жажду, сухость полости рта, жжение.

- Отмечается извращение вкуса на соленое и кислое, что связано со снижением секреторной функции слюнных желез.

- Мягкое небе имеет желтую окраску (ксантохромия), обусловленную состоянием подслизистого жирового слоя.

- Сахарный диабет не влияет на интенсивность поражения кариесом постоянных зубов.

Со стороны пародонта отмечается кровоточивость десневых сосочков, десневой край имеет ярко-красную окраску, возможно выбухание грануляций из десневых карманов. Поражение пародонта отмечается в 50 % случаев. Рентгенологические проявления выражаются в нарушении непрерывности кортикальной пластинки, остеопорозе челюстных костей.

**Заболевания околощитовидных желез** и данные стоматологического обследования. Околощитовидными железами вырабатывается вещество белковой природы - патратгормон, или паратиреоидный гормон, который принимает активное участие в регуляции минерального обмена, влияет на процессы обызвествления и декальцификации в костях, поддерживает постоянное содержание кальция в сыворотке крови.

Гипопаратиреоз: при гипопаратиреозе происходит нарушение белкового и минерального обмена, и, как следствие, нарушение обызвествления эмали и дентина. Дентин состоит из неравномерно кальцинированных зон. На резцах у десневого края появляются шероховатые пятна и происходят спонтанные переломы резцов в гипоплазированных участках. Субъективные ощущения отличаются в межприступном, предприступном и судорожном периоде болезни. В *межприступном периоде* больные жалуются на чувствительность зубов к холодному и горячему, периодическую ноющую боль в зубах,кровоточивость десен. *Перед приступом* –покалывание языка, онемение десен,сухость и жжение во рту, ломающую острую боль в зубах. Рентгенологически отмечается диффузное и очаговое уплотнение костной ткани, дентикли. Электровозбудимость пульпы интактных зубов повышена. Гипопаратиреоз в детском возрасте может привести к системной гипоплазии постоянных зубов, парастезии слизистой оболочки.

**Основные заболевания гипофиза, гипоталамуса** и данные стоматологического обследования. Насчитывается до 22 различных гормонов, выделяемых гипофизом и гипоталамусом, регулирующие обменные процессы в тканях и деятельность других желез внутренней секреции. Дисфункция гипофиза приводит к различным изменениям в организме, сопровождающимися развитием патологических явлений в зубочелюстной системе.

Церебрально-гипофизарный нанизм. В патогенезе данного заболевания лежит снижение соматотропной активности передней доли гипофиза при атрофическом процессе в нем, недоразвитии, разрушении опухолью. Данные стоматологического обследования: замедление роста костей скелета, недоразвитие челюстных костей, микростомия, нарушение прорезывания временных и постоянных зубов, отставание формирования корней и закрытия апикального отверстия, остеопороз челюстных костей.

Акромегалия.Заболевание, характеризующееся диспропорциональным ростом скелета, тканей, внутренних органов, обусловленное избыточной продукцией соматотропного гормона. *Данные стоматологического обследования*: Аномалии прикуса, характерные изменения лица -увеличение костей носа, скуловых и надбровных дуг, увеличение ушных раковин, увеличение нижней челюсти, увеличение угла между основанием и телом челюсти, гиперплазия слизистой оболочки, увеличение размеров языка, остеосклероз челюстных костей.

***2. Заболевания сердечно-сосудистой системы.***

При ревматизме — системном воспалительном заболевании соединительной ткани — специфических изменений в полости рта не отмечается, часто встречаются гингивиты, высока подверженность кариесу зубов. Сердечно-сосудистая недостаточность, развивающаяся как результат ревматизма, атеросклероза, инфаркта миокарда, гипертонической болезни и других патологических процессов, приводит в первую очередь к изменению цвета СОПР. Она может быть бледной либо синюшной, в ряде случаев расширяются кровеносные сосуды. Особенно отчетливо это видно в подъязычной области. Повышается ломкость и проницаемость сосудистых стенок. Слизистая оболочка становится ранимой, даже легкие травмы вызывают кровоточивость. Наиболее ярко этот признак проявляется в области десен: малейшее давление при жевании, чистка зубов приводят к кровотечению. При наличии кариозных зубов, привычном покусывании щек и других травмирующих воздействиях на слизистой оболочке могут появляться болезненные эрозии, увеличивающиеся в размерах, длительно не заживающие, плохо поддающиеся лечению. Особенно тяжело протекают патологические процессы при плохом очищении зубов от налета. Для сердечно-сосудистой недостаточности характерны расстройства чувствительности: болевой, вкусовой, тактильной. Появляются неприятные ощущения в виде жжения, покалывания. Они начинаются в кончике языка, а затем распространяются на весь язык, губы, нёбо, приобретая стойкий мучительный характер глоссодинии. При гипертонической болезни на языке, щеках, мягком нёбе периодически могут появляться одиночные пузыри с кровянистым содержимым, так называемый пузырный синдром. Локализуясь субэпителиально, пузырь сохраняется от нескольких часов до 1–2 суток. После того как пузырь вскрывается, остается эрозивная поверхность. Воздействие микроорганизмов может привести к развитию длительно не заживающей язвы. Трофическая язва, возникшая на месте травмы или пузыря, имеет неровные края, характеризуется вялым течением. При пальпации выявляется мягкая консистенция краев и окружающих тканей.

***3. Зубочелюстная система при заболеваниях легких.***

Типичная крупозная (пневмококковая) пневмония характеризуется бледностью кожных покровов лица, лихорадочным румянцем на стороне поражения, герпетическими высыпаниями. Грибковые пневмонии сочетаются с кандидозным поражением СОПР. При тяжелых пневмониях появляется страдальческое выражение лица, в акте дыхания участвуют крылья носа. На фоне ухудшения общего состояния больного может развиваться герпетический стоматит (herpes labialis). При запущенных формах туберкулеза легких кожные покровы бледные, на их фоне выделяется ярко-красный румянец на щеках («лицо Травиаты»). Губы выглядят как бы слегка запекшимися. При астме кожные покровы и слизистая оболочка полости рта бледные, кончик носа и красная кайма губ цианотичны. Развивается цианоз слизистой твердого нёба и других отделов СОПР. При деструктивных процессах, злокачественных опухолях снижается тургор кожи, приобретая бледность, грязновато-серый вид, может быть с желтоватым оттенком. Черты лица заостряются, глаза широко открыты. Слизистая оболочка полости рта теряет влажность, эластичность. Сухость СОПР способствует легкой ранимости, появлению трещин, эрозий на участках, подверженных травмированию. Внелегочные осложнения. Инфекционно-токсический шок может сопровождаться изъязвлениями слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, в том числе полости рта, с кровотечениями.

***4. Зубочелюстная система при заболеваниях крови.***

**Анемии.** Железодефицитная анемия — самая частая форма малокровия. Как правило, бывает вторичного происхождения (результат кровопотери), сопровождает различные физиологические и патологические процессы. Общее состояние: быстрая утомляемость, астения, одышка, чувство тяжести за грудиной. Ощущение «кома в горле» не проходит при глотании. Больные указывают на снижение вкусовых ощущений, покалывание, жжение и чувство распирания в языке, особенно его кончике. Уже при поверхностном осмотре обнаруживается бледность кожных покровов и СОПР. Характерны атрофические изменения слизистой языка, трещины на кончике и по краям, в более тяжелых случаях возникают участки покраснения неправильной формы («географический язык») и афты. Дистрофический процесс захватывает слизистую губ и других отделов ротовой полости. Появляются трещины на красной кайме и заеды в углах рта. Слизистая оболочка сухая, легко травмируется. Лабораторные исследования крови выявляют сниженное количество гемоглобина, на что указывает низкий цветной показатель (0,7–0,5) и падение средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (гипохромия). Уменьшается размер эритроцитов (микроцитоз). собой самостоятельное заболевание (пернициозная анемия Аддисона—Бирмера), при котором уменьшается усвоение витамина В12 вследствие отсутствия гастромукопротеида (фактора Кастла) на почве атрофического гастрита или других патологических процессов в желудке. Больные жалуются на снижение аппетита, отвращение к некоторым пищевым продуктам (например, к мясу, хлебу). У некоторых пациентов задолго до развития анемии появляются чувство жжения и боль в языке. Аналогичное ощущение иногда бывает со стороны слизистой оболочки десен, губ, прямой кишки. У больных бледная с желтым оттенком кожа. При обследовании у большинства пациентов обнаруживаются воспалительно-атрофические изменения слизистой оболочки языка в виде ярко-красных полос. Вследствие атрофии сосочков отдельные участки языка имеют лакированный вид. В более тяжелых случаях одновременно вся поверхность и края языка покрыты участками воспаления ярко-красного цвета в виде полос и пятен (глоссит Гунтера—Миллера). Описаны изъязвления языка. Аналогичные, но менее выраженные атрофические и воспалительные изменения наблюдаются в других отделах слизистой оболочки ротовой полости, горла и глотки. Красная кайма губ истончена, в углах образуются трещины.

**Лейкозы** характеризуются прогрессирующим увеличением числа лейкоцитов в крови, отклонением от нормы их морфологических и физиологических свойств. В молодом возрасте чаще наблюдаются острые, а в старшем – хронические лейкозы. Этиологическим фактором могут служить опухолевый процесс, ионизирующая радиация, действие токсинов. Рассматривается также вирусная природа заболевания. Начало острого лейкоза характеризуется общими симптомами: слабость, утомляемость, плохое самочувствие, повышенная температура, боль в горле. Симптомы со стороны слизистой полости рта: геморрагия, язвенно-некротические поражения, гиперплазия и инфильтрация. Слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, легко кровоточит. Присоединяется некроз с образованием болезненных язв. Кровоточивость и язвенно-некротические очаги появляются на языке и других участках полости рта. Травмирование провоцирует формирование элементов поражения. Язва при остром лейкозе начинается как небольшой участок некроза, окруженного венчиком синюшного цвета на фоне бледной слизистой оболочки. Процесс бурно распространяется, и вскоре вокруг зубов или на других участках образуются дефекты эпителиального покрова с грязно-серым налетом, отличающимся неприятным гнилостным запахом. Болезненные язвы распространяются вдоль зубов на преддверие полости рта, подъязычную область, нёбо, а также на подлежащие ткани. Травма, особенно удаление зуба, приводит к сильному кровотечению, а затем образованию глубокой язвы. При остром лейкозе часто возникает инфильтрация соединительной ткани десен миелоидными клетками, в результате десны выглядят набухшими, покрывая до 2/3 коронки зуба. Возможна также гиперплазия десен. Попытка хирургического иссечения гиперплазированных участков или инфильтратов сразу вызывает кровотечение, а затем образование язвы. Глубокая инфильтрация тканей приводит к поражению периодонта и расшатыванию зубов. Хронический лейкоз протекает менее злокачественно. Миелоидный лейкоз начинается медленно, незаметно. Позже появляются боли в области живота, бледность кожных покровов, слабость, истощенность. Выраженный симптом со стороны полости рта — геморрагия десны на фоне синюшной или бледной отечной слизистой оболочки, сочетающаяся с кровотечениями из других участков при отсутствии воспаления. Присоединение некротических, язвенных процессов усугубляет картину. Лимфоидный лейкоз сопровождается значительным увеличением лимфатических узлов, а также образованием ограниченных опухолевидных узлов, или инфильтратов, на слизистой оболочке щек, языке, нёбных дужках. Инфильтрированные десны увеличиваются в размерах настолько, что покрывают всю коронку зуба. Язвенно-некротические процессы бывают реже, чем при острых лейкозах. Удаление зуба приводит к тяжелому кровотечению.

**Патология свертываемости крови** Тромбоцитопения является одной из наиболее частых форм геморрагического диатеза. К основным клиническим симптомам тромбоцитопении любого генеза относятся кровотечения из слизистых оболочек и высыпания в виде петехии, профузные кровотечения из десен, из носа. Опасные для жизни кровопотери наблюдаются даже после мелких операций, например экстракции зуба. Особенностью кожных геморрагий при тромбоцитопенических состояниях является их возникновение преимущественно без всяких видимых причин, мелкоточечный характер, образование небольших кровоподтеков. Цвет их изменяется в зависимости от давности появления, т.е. пурпурно-красная окраска элементов постепенно сменяется голубой, зеленоватой, желтой. Нарушения в системе гемостаза сопровождают тяжелые поражения органов и систем организма. Это касается инфекционных заболеваний, сепсиса, генерализованной вирусной инфекции, инфаркта миокарда.

***5. Состояние слизистой оболочки полости рта при заболеваниях внутренних органов у детей.***

Гастрит- хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, с нарушением ее структуры, нарушением секреторной, моторной, инкреторной функций. Клинические проявления Боль, изжога, отрыжка, снижение аппетита, неприятный запах изо рта, чувство тяжести в области эпигастрия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая. Десна отечная, гиперемированная, плохо поддается местному лечению. Язык обложен, покрыт беловато-желтым налетом, отечный. На боковых поверхностях языка отпечатки зубов. Тактика лечения у стоматолога:

- Диета.

- Витаминотерапия, общеукрепляющие препараты.

- Профессиональная гигиена полости рта 3-4 раза в год.

- Аппликации ферментов (для пациентов, имеющих пониженную кислотность желудочного сока).

- Аппликации на десну и язык адсорбентов: «Полифепан», «Энтеросгель» (для пациентов, имеющих повышенную кислотность желудочного сока).

- Санация полости рта.

- Консультация и лечение у гастроэнтеролога.

Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта:

- Зубные щетки рекомендуется использовать мягкие и средней жесткости.

- Не рекомендуется использование отбеливающих зубных паст и паст с повышенным пенообразованием, так как это может привести к повышению рвотного рефлекса у пациентов с гастритом.

- Необходимо применять пасты с кальцием, фтором, ферментами, экстрактом ромашки.

- После чистки зубов не рекомендуется использовать ополаскиватели, лучше прополоскать рот отварами трав (ромашки, подорожника).

- Необходимо использовать флоссы.

- Рекомендуется чистка языка с применением гелей и скребков.

- Ирригаторы чаще всего не могут использовать пациенты из-за повышенной чувствительности рецепторов слизистой оболочки полости рта.

- У пациентов с хроническим гастритом как правило повышенное слюноотделение, поэтому таким пациентам не рекомендуется использование жевательной резинки.

Язвенная болезнь желудка Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гуморальных механизмов и расстройств желудочного пищеварения образуется пептическая язва. Клинические проявления Приступообразные, интенсивные голодные боли, усиливающиеся ночью в эпигастральной области, изжога, отрыжка, рвота, головокружение. В период обострения: гиперемия слизистой оболочки полости рта. По переходной складке появляются единичные язвы. Язык обложенный, отечный, снижение вкусовой чувствительности (вплоть до полной блокады вкусовых ощущений), чувство жжения, покалывания в языке. При локализации язвы в области луковицы двенадцатиперстной кишки язык чистый, но нитевидные сосочки атрофированы, чувство онемения кончика языка. Гиперсаливация. Повышенный рвотный рефлекс. Тактика лечения у стоматолога

- Диета.

- Витаминотерапия, общеукрепляющие препараты.

- Профессиональная гигиена полости рта 3-4 раза в год.

- Аппликации на десну и язык адсорбентов: «Полифепан», «Энтеросгель».

- Аппликации мази «Метрогил» на десну и язык в период обострения заболевания.

- Санация полости рта.

- Кератопластики местно для ускорения эпителизации язв в полости рта.

- Консультация и лечение у гастроэнтеролога.

Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта

- Зубные щетки рекомендуется использовать мягкие.

- Не рекомендуется использование отбеливающих зубных паст (содержащих кислоты) и паст с повышенным пенообразованием, так как это может привести к повышению рвотного рефлекса, который у этих пациентов сильно развит.

- Пасты нужно подбирать с экстрактом ромашки или шалфея.

- В период обострения необходимо использовать пасты на основе бикарбоната натрия.

- Пациенты этой группы используют антацидные препараты, которые инактивируются кальцием, поэтому не рекомендовано использование паст на основе карбоната кальция.

- После чистки зубов рекомендуется использовать ополаскиватели полости рта с экстрактами трав.

- Рекомендуется использование флоссов.

- Для этой группы пациентов обязательна чистка языка с использованием скребков.

Из-за повышенной чувствительности рецепторов слизистой оболочки полости рта использование ирригаторов чаще всего не возможно. У пациентов с язвенной болезнью как правило повышенное слюноотделение, поэтому таким пациентам не рекомендуется использование жевательной резинки.

Гастродуоденит – полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся воспалением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления:

- Слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита. Боли в животе на уровне пупка справа, которые сопровождаются чувством тяжести. Боль возникает натощак и проходит после еды.

- Гиперемия слизистой оболочки полости рта, единичные эрозии.

- На языке участки десквамации эпителия, нитевидные сосочки сглажены, язык обложен сероватым налетом.

Тактика лечения у стоматолога:

- Диета, Витаминотерапия, общеукрепляющие препараты.

- Профессиональная гигиена полости рта 3-4 раза в год.

- Аппликации ферментов (для пациентов, имеющих пониженную кислотность желудочного сока).

- Аппликации на десну и язык адсорбентов: «Полифепан», «Энтеросгель» (для пациентов, имеющих повышенную кислотность желудочного сока).

- Для лечения афт и эрозий – кератопластики – масло облепихи.

- Санация полости рта.

- Консультация и лечение у гастроэнтеролога. Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта:

- Зубные щетки рекомендуется использовать мягкие и средней жесткости.

- Не рекомендуется использование отбеливающих зубных паст, паст с повышенным пенообразованием, с сильными отдушками (мята), так как это может привести к повышению рвотного рефлекса.

- Необходимо применять пасты с экстрактами трав, на основе гидрокарбоната натрия.

- После чистки зубов не рекомендуется использовать ополаскиватели, лучше прополоскать рот отварами трав (ромашки, подорожника).

- Необходимо использовать флоссы.

- Рекомендуется чистка языка с применением щеток.

**Энтероколиты.** Энтероколит – хроническое заболевание тонкого и толстого кишечника с нарушением их функции и развитием дистрофических и атрофических нарушений. Клиническая картина:

- Явления интоксикации, головная боль, отрыжка, рвота.

- Слизистая полости рта отечная, гиперемированная. В передней части полости рта могут быть единичные эрозии. По линии смыкания зубов отмечены отпечатки зубов.

- Паппилярная и маргинальная десна покрыты слизисто-некротическим налетом.

- Язык обложен, покрыт слизью.

Тактика лечения у стоматолога:

- Диета, Витаминотерапия, «Эубикор».

- Профессиональную гигиену полости рта в период обострения заболевания провести сложно из-за плохого состояния пациента. В период ремиссии проводится профессиональная гигиена 2-3 раза в год.

- Рассасывание препаратов «Ламинолакт», «Бакфир».

- Ванночки для полости рта отварами трав (ромашка, корень подорожника, семя льна).

- Санация полости рта.

- Консультация и лечение у гастроэнтеролога.

Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта

- У больных этой группы дистрофические изменения обычно определяются не только в кишечнике, но и на слизистой оболочке полости рта в основном в виде рецессии десны, поэтому зубные щетки для таких пациентов не должны иметь длинных пучков на боковых поверхностях. Лучше использовать щетки с выпуклой подстрижкой волокон, типа «Sensodyn».

- Зубная паста должна хорошо пениться, содержать экстракты трав, но иметь низкую абразивность.

- После чистки не рекомендуется использовать ополаскиватели, содержащие экстракты, стимулирующие микроцикуляцию, например с прополисом.

- Необходимо использование флоссов.

- Для этой группы пациентов обязательно рекомендуется чистка языка с использованием щеток и паст.

- Ирригацию полости рта проводят 1-2 раза в день в режиме душа.

Панкреатит – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы с нарушением проходимости ее протоков. Клиническая картина:

- Боль в вечерние часы опоясывающего характера, тошнота, рвота, кожный зуд. Повышенная утомляемость, снижение артериального давления.

- Слизистая оболочка полости рта сухая, катаральный гингивит. На губах мелкие трещинки, особенно в углах рта.

- Изменение вкусовой чувствительности в языке, покалывание и жжение. На дорсальной поверхности языка – участки десквамации эпителия. Нитевидные сосочки увеличены в размерах.

Тактика лечения у стоматолога

- Диета, Витаминотерапия.

- Профессиональная гигиена полости рта 2-3 раза в год.

- Рассасывание пребиотиков «Ламинолакт», «Бакфир».

- Ополаскивание полости рта отварами трав (ромашка, кукурузные рыльца, трава хвоща).

- Санация полости рта.

- Консультация и лечение у гастроэнтеролога.

Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта:

- Рекомендуется использование зубных щеток средней жесткости.

- Зубная паста без содержания лаурилсульфата, поскольку он оказывает вяжущее действие на слизистую оболочку. Желательно не рекомендовать зубные пасты с двуокисью титана, поскольку он оказывает цитотоксическое действие. В период обострения лучше использовать пасты типа «бэби», они не содержат раздражающих компонентов.

- Необходимо использовать зубную нить.

- Ирригацию полости рта проводят ежедневно в режиме душа.

***6. Зубочелюстная система при заболеваниях печени.***

Болезням печени свойственна желтушность склер и слизистой оболочки полости рта, часто встречаются кровоточивость десен, гингивиты, пародонтиты, глосситы. Появляется извращение вкуса, горечь во рту. В ряде случаев отмечаются стойкие мучительные ощущения жжения, покалывания в языке, на нёбе, губах – глоссодиния, стомалгия. Хронические заболевания печени могут являться следствием перенесенного инфекционного гепатита. Вирус гепатита А проникает в желудочно-кишечный тракт через рот с пищей и водой. Ведущий механизм заражения вирусом гепатита В – парентеральный. Чаще всего инфицирование имеет место при внесении вируса в организм человека иглой шприца или хирургическим инструментарием, загрязненными кровью больного, а также при переливании крови. Диагностика гепатита осуществляется путем изучения антигенов и антител в крови. С этой целью применяют наиболее чувствительные и специфические иммунологические реакции, радиоиммунный метод, встречный иммуноэлектрофорез, реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментативные реакции. Функциональные пробы печени проводятся в следующих случаях: при наличии жалоб, указывающих на гепатит (нарушение пищеварения, отсутствие аппетита, неприятный привкус во рту, тошнота, слабость, боли в области печени, повышенная температура); при обнаружении у больного желтухи; после применения лекарств, способных вызвать поражение печени (золото, висмут, сальварсан); перед обширными оперативными вмешательствами. Пробы могут быть разделены на несколько групп: исследование билирубина и уробилиногена в моче; собственно функциональные пробы печени (с гиппуровой кислотой, галактозная и бромсульфалеиновая пробы); коллоидные пробы и тесты лабильности (тимоловая, проба Укко, с коллоидным золотом); исследования ферментов (определение щелочной фосфатазы в сыворотке); определение белковых фракций сыворотки крови; определение содержания железа в сыворотке.

Обычно первыми признаками гепатита являются диспепсические явления, сопровождающиеся повышением температуры. Нередки катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, артралгии, кожная сыпь, зуд.

Постоянным симптомом разгара болезни является желтуха, которая развивается медленно в течение двух недель или сразу достигает максимума. Желтушная окраска последовательно появляется на склерах, твёрдом нёбе, кожных покровах и видимых слизистых оболочках. В ряде случаев появляются внепечёночные знаки: "печёночные ладони" и "сосудистые звёздочки" на коже

Слизистая оболочка полости рта всегда вовлекается в патологический процесс. В продромальном периоде отмечается сухость слизистой оболочки, нередко её отёчность, появляются очаги разлитой гиперемии.

В периоде нарастания желтухи отмечается интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки. Часто сопутствующим симптомом печёночной патологии являются сосудистые расстройства. Они проявляются в виде телеангиэктазий, геморрагии, наиболее выраженных в области мягкого нёба и вестибулярной поверхности губ.

В период разгара болезни появляются участки десквамации эпителия спинки языка, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков. Эти изменения могут захватывать всю поверхность органа, но их рельефность менее выражена на фоне общей атрофии эпителия языка. Почти всегда возникает чувство жжения, поверхность языка ярко-красная, блестящая.

Важный признак инфекционного гепатита - желтушное прокрашивание выводных протоков парных слюнных желёз, их гиперплазия и мацерация. Нередко - гиперплазия выводных протоков малых слюнных желёз, "зияние" их концевых отделов. В продромальном периоде, а также в разгаре заболевания на слизистой оболочке полости рта могут наблюдаться множественные мелкие, чаще склонные к группировке эрозии. Фибринозный налёт на их поверхности интенсивно окрашивается в жёлтый цвет.

***7. Заболевания мочевыделительной системы.***

Пиелонефрит - это инфекционный неспецифический воспалительный процесс чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим поражением клубочков почек. Основное место в этиологии пиелонефрита занимают бактерии и их токсины. Клиническая картина. Жалобы на боли в поясничной области, бледность, изменения со стороны крови, мочи. Головная боль, слабость, снижение аппетита. В полости рта сухость. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована. В области мягкого неба наблюдается желтушность. Скорость саливации снижена, поверхностное натяжение слюны снижено. Участки десквамации на спинке языка в задней трети языка, нитевидные сосочки сглажены. Язык отечен. Тактика лечения у стоматолога:

- Диета, Витаминотерапия, общеукрепляющие препараты.

- Профессиональная гигиена полости рта с последующим глубоким фторированием.

- Ванночки для полости рта отварами трав (лист брусники, лист толокнянки, почки березовые).

- Обработка полости рта масляным раствором уснината натрия.

- Обязательная санация полости рта с удалением всех зубов с хроническим периодонтитом.

- Консультация и лечение у нефролога.

Рекомендации по планированию индивидуального ухода за полостью рта:

- Детям с таким диагнозом необходимо рекомендовать зубные щетки с повышенными очищающими свойствами, предпочтительнее электрические.

- Не рекомендуется использовать зубные пасты на основе соды и солей. Также не рекомендуется использовать пасты содержащие лаурилсульфат, парабены. Предпочтительнее использовать пасты содержащие уснинат натрия, поскольку он оказывает нейтрализующее действие на токсины стрептококка.

- Рекомендуется применять ополаскиватели для полости рта с экстрактами трав.

- Обязательно использование флоссов.

- Обязательна чистка языка с использованием щеток и паст.

***8. Заболевания опорно-двигательной системы***

***Рахит.*** Рахит у детей - общее заболевание организма ребенка, сопровождающееся нарушением обмена веществ, в первую очередь фосфорно-кальцисвого, значительными расстройствами костеобразования и нарушением функций всех ведущих органов и систем, непосредственной причиной которого чаще всего является гиповитаминоз D. Рахит (греч. rhachis - хребет, позвоночник) известен со времен глубокой древности как болезнь социальная, нарушающая гармоничное развитие ребенка. Болеют преимущественно дети первых двух лет жизни. Возможно и более позднее развитие рахита, как правило, в периоды наиболее интенсивного увеличения размеров тела и скелета. Правомочным поэтому является и определение рахита как болезни роста. Основная причина возникновения детского рахита – это недостаток витамина D. Он приводит к возникновению следующей цепочки связей:

- Недостаток витамина D – нарушение кальциевого и фосфорного обменов в организме ребенка – нарушение процессов образования и роста костей, и их минерализации – существенные нарушения в работе нервной системы и функционировании внутренних органов.

- Недостаток витамина D может возникнуть у малыша вследствие неполноценного питания, а также редкого пребывания на солнце, поскольку витамин D вырабатывается в коже человека именно при воздействии солнечных лучей. Конечно, существуют и другие причины заболевания. Например, осложнения во время беременности и родов, неактивный образ жизни матери и ребенка, неблагоприятные социальные условия жизни. Способствуют развитию рахита у детей слишком большая прибавка в весе, недостаточный вес при рождении, прием некоторых лекарственных препаратов.

- Одним из основных факторов рахита является гиповитаминоз D, дефицит витамина D экзогенного или эндогенного происхождения. Помимо неправильного вскармливания и алиментарной недостаточности витамина D к рахиту может приводить и нарушение образования его активных форм в организме при недостатке ультрафиолетовых лучей (зимой и осенью, в городах), заболевания печени и почек (в них происходит образование активных форм витамина).

- Определенную роль в развитии рахита играют недоношенность (незрелость ферментных систем), бурный рост ребенка, заболевания, сопровождающиеся ацидозом, недостаточное поступление солей кальция и фосфора.

Патогенез рахита. Витамин D представляет собой стероидное соединение и известен в виде витамина D2 (эргокальциферол) и витамина D3 (холекальциферол), которые очень близки по строению, физико-химическим свойствам и влиянию на организм человека. Поступающий с пищей витамин D подвергается преобразованию в печени и почках, в результате чего образуется 1,25-дигидрокси-витамин D, обладающий гормоноподобным действием. Это соединение влияет на генетический аппарат клеток кишечника, благодаря чему повышается синтез белка, специфически связывающего кальций и обеспечивающего его транспорт в организме. При недостатке витамина D нарушается всасывание и обмен кальция, его концентрация в крови падает, что вызывает реакцию паращитовидных желез и повышение секреции паратгормона, регулирующего обмен кальция и фосфора. Избыточная секреция паратгормона ведет к мобилизации кальция из костной ткани, подавлению реабсорбции фосфатов в почечных канальцах, в связи с чем содержание неорганических фосфатов в крови падает. В то же время резко увеличивается активность щелочной фосфатазы. Нарушения фосфатно-кальциевого обмена приводят к развитию ацидоза, что сопровождается нарушением возбудимости нервной системы.

Признаки и симптомы рахита. В клинике рахита детей раннего возраста на первый план в самом начале заболевания выступают функциональные изменения нервной системы. Дети становятся раздражительными, часто без видимой причины плачут, вздрагивают от звуков, сон их не глубокий и прерывистый. Появляется повышенная вазомоторная возбудимость: при легком надавливании на коже ребенка остаются красные пятна. Отмечаются дисфункции желудочно-кишечного тракта. Усиленная потливость является одним из ранних проявлений рахита. На коже шеи, туловища, в складках кожи можно увидеть мелкую возвышающуюся над поверхностью сыпь. Волосы вытираются вследствие постоянного трения головы о подушку, появляется облысение затылка, венозная сеть на голове становится видимой. Наиболее ясными симптомами рахита, определяющимися клинически, являются изменения со стороны костной системы. Изменения костей происходят неодновременно и неравномерно во всем скелете. Ранее всего и наиболее интенсивно развиваются нарушения в быстро растущих костях — на черепе, в передних концах ребер, в метафизах трубчатых костей, позже — в позвонках, костях таза, челюстях. Поэтому костные симптомы при рахите различны в зависимости от возраста больного: у ребенка первого полугодия жизни обнаруживаются поражения черепа и грудной клетки, у более старших детей — конечностей и позвоночника. В начальном периоде рахита первым признаком поражения костной системы является размягчение и податливость теменной и затылочной, реже височных и лобных костей, а также краев большого и малого родничка. Такие же участки размягчения обнаруживаются и по ходу черепных швов. Краниотабес появляется обычно у детей первых месяцев жизни. Наиболее рано размягчается чешуя затылочной кости, особенно у недоношенных детей. При пальпации затылочная кость представляется в виде пергамента. Голова ребенка, страдающего рахитом, непропорционально велика за счет сильнее развитой мозговой части черепа и задержки роста лицевых костей и основания. Вследствие мягкости костей и в зависимости от положения ребенка в постели череп может быть неправильной формы (косой, уплощенный и пр.). В дальнейшем тяжелые формы рахита могут вызвать обезображивающие деформации челюстей, часто очень стойкие. Верхняя челюсть удлиняется в переднезаднем направлении и выступает вперед над нижней челюстью, нижняя челюсть делается угловатой и уплощается спереди. В связи с этим нарушается правильная артикуляция. Свод неба становится высоким и узким. Может образоваться сужение носовых ходов. Анатомо-физиологическими предпосылками к появлению деформаций являются совпадение периода интенсивного роста нижней челюсти с расцветом болезни и тесная зависимость развития челюстной кости от состояния жевательных мышц и суставных связок. Молочные зубы у больных рахитом детей часто прорезываются в неправильном порядке и в более поздние сроки, но в некоторых случаях вовремя и в обычном порядке. При тяжелых формах рахита этот симптом встречается у подавляющего числа больных. Зубы у больных рахитом детей дефектны в отношении строения тканей их (дентин, эмаль) и легко поражаются кариозным процессам. Кариес зубов, хрупкость их связываются с гиповитаминозом С и D. В основе их дистрофии лежит длительная минеральная недостаточность.

Лечение. Важную роль играют рациональное питание, нормализация режима с достаточным пребыванием на свежем воздухе, массаж, гимнастика. При начальных проявлениях доношенным детям назначают препараты витамина D2 (Эргокальциферо́л) по 300-800 МЕ/сут, на курс 400 000-600 000 ME; в период разгара при среднетяжелом и тяжелом рахите назначают 10 000-16 000 МЕ/сут в 2-3 приема, на курс 600 000-800 000 ME. Препараты витамина D надо давать во время еды. Иногда назначение витамина D2 сочетают с 25% раствором лимонной кислоты, 20% раствором цитрата натрия (в кишечнике образуется легко растворимый и хорошо всасываемый комплекс цитрата кальция) внутрь по 20 мл в день. Ультрафиолетовая терапия оказывает благоприятное влияние в начальном периоде и при подостром течении рахита у детей раннего возраста. Метод и дозировка облучения зависят от возраста ребенка, его физического состояния, условий внешней среды, фазы и степени тяжести рахита. Рекомендуется проводить ультрафиолетовое облучение курсом, включающим 15-20 сеансов, назначаемых через день, с постепенным нарастанием экспозиции. Первый сеанс детям до 3 мес начинают с 1/8 биодозы, детям старше 3 мес - с 1/4 биодозы. При последующем лечении через каждые 2 сеанса экспозицию увеличивают на 1/8, или 1/4 биодозы. При недостаточном пребывании на открытом воздухе, искусственном вскармливании, рецидивирующем течении рахита курс лечения удлиняют до 25 сеансов и повторяют через 2 мес. При начальной фазе рахита облучение часто ограничивают одним курсом, состоящим из 15-20 сеансов, в фазе разгара курс через 2-3 мес повышают. В промежутках между курсами облучения проводят специфическую профилактику витамином D2 или рыбьим жиром. Массаж и гимнастику применяют в любой период, но не при остром течении.

Профилактика рахита. Рациональное питание, достаточная инсоляция, санитарно-гигиенический режим, закаливание, правильное воспитание. Целесообразна антенатальная профилактика у беременных в последние 2-3 мес беременности витамином D, по 500- 1000 МЕ/сут. Для антенатальной профилактики можно использовать ультрафиолетовое облучение беременных. Необходимо длительное пребывание на открытом воздухе, рациональное питание. В рацион питания ребенка следует своевременно вводить овощи, фрукты. Прикорм должен содержать достаточное количество витаминов, солей. Важное значение имеют продукты, содержащие естественный витамин D3 (яичный желток, рыбий жир). Добавление к питанию искусственно вскармливаемого ребенка лимонной кислоты (25% раствор по 1 чайной ложке 3 раза в день) способствует образованию легко всасываемого цитрата кальция, а следовательно, усвоению фосфора. Мучные блюда, каши содержат фосфор в плохо усвояемой ребенком форме и могут способствовать развитию рахита, поэтому желательно, чтобы количество их в суточном рационе ребенка 1-го года жизни не превышало 180-200 г. В осенне-зимний период ультрафиолетовое облучение детей с профилактической целью необходимо начинать с 1-1,5 мес жизни. Следует провести два курса с интервалом 2 мес.

***9. Состояние полости рта при гиповитаминозах***

Гиповитаминозом называется состояние, которое наступает при недостаточном поступлении того или иного витамина в организм или нарушении его всасывания. Причиной гиповитаминоза могут быть следующие факторы: сниженное поступление витаминов в организм, нарушение их утилизации, повышенная потребность в них. Уменьшение количества витаминов вследствие недостаточного поступлении витаминов с пищей, при длительном вскармливании однообразной пищей. Чаще имеет место нарушение процесса их утилизации, что может зависеть от медленного всасывания или быстрого разрушения, например в результате гастроэнтерита либо болезни печени. Повышена потребность в витаминах в детском возрасте, при лихорадочных состояниях, гипертиреозе, беременности. Различают витамины, растворяющиеся в жирах (A, D, Е, К) и в воде (В, С, РР). Первые всасываются медленно и накапливаются в организме. Они требуются для построения и функционирования определенных тканей (эпителия, костей). Водорастворимые витамины всасываются легко, однако быстро выделяются. Полость рта и губы — весьма чувствительный индикатор бедного витаминами питания, поскольку эпителиальные клетки быстро реагируют на изменение содержания витаминов. Последние играют важную роль в защите и регенерации СОПР. Находящиеся во рту бактерии легко вызывают воспаление, если местная резистентность понижена. Симптомы в первую очередь проявляются на участках слизистой оболочки, подвергающихся механическому воздействию.

Гиповитаминоз ретинола (витамина А ). Витамин А ускоряет регенерационную способность клеток и протекающее в них окисление. Он имеет большое значение в образовании зрительной пурпуры сетчатки. В случае его недостатка возникают нарушение зрения, сухость глаз. На коже и в полости рта возможен гиперкератоз. Авитаминоз А сопряжен и с общими симптомами (замедлением роста, снижением веса тела, утомляемостью и анемией). Действие витамина А, способствующее регенерации, особенно ярко проявляется на клетках эпителия. В случае его дефицита эпителиальные ткани организма восстанавливаются медленнее. Кожа бывает сухой, шелушащейся. Развивается сухость полости рта в результате атрофии малых слюнных желез. Слизистая оболочка полости рта атрофируется, становится матовой, ороговевает (лейкоплакия). На красной кайме губ и на языке возникают трещины. Слизистая оболочка легко инфицируется, воспаляется.

Витамин D (кальциферол). Недостаток в витамине D2 вызывает рахит, а в период развития зубов – гипоплазию эмали. На слизистую оболочку особого влияния не оказывает. (В крови содержится 10–65 мкг/л витамина D3.)

Витамин Е (токоферол).Недостаток в этом витамине вызывает у животных бесплодие. У человека клинически значимого гиповитаминоза не наблюдается. Витамин Е способствует повышению секреции гонадотропного гормона. Будучи антиоксидантом, токоферол замедляет старение клеток. Оказывает сосудорасширяющее действие, улучшает периферическое кровоснабжение.

Витамин К (филлохинон) играет важную биологическую роль при образовании протромбина в печени: он катализирует этот процесс. Отсюда и название — антигеморрагический витамин. При авитаминозе К удлиняется время свертывания крови, возникают кровотечения. Наиболее частой причиной дефицита витамина К являются болезни печени. В норме содержание этого витамина в крови колеблется от 50 до 900 нг/л.

Гиповитаминоз кобаламина (витамина В12). Витамин участвует в кроветворении, росте и регенерации тканей, благотворно воздействует на жировой обмен в печени. Клинические проявления – повышенная утомляемость, чувство «ползанья мурашек по телу», воспалительно-дистрофичесике изменения слизистой оболочки полости рта, язык гиперемирован, сосочки атрофированы, нарушена вкусовая чувствительность (лакированный язык). Тактика – полоскание полости рта отварами трав, назначение поливитаминов, обработка полости рта кератопластиками, чистка языка не показана. Зубная паста не должна содержать сильных отдушек и красителей. Насыщенность крови витамином В12 в норме — 118–700 пмоль/л

Гиповитаминоз фолиевой кислоты (витамин В9). Витамин участвует в обмене белков, жиров, холестерина. Регулирует процессы торможения и возбуждения в нервной системе. Клиника – диарея, воспаление желудка и кишечника. Воспаление слизистой оболочки полости рта. Язык гиперемированный, отечный. Тактика – назначение витаминов. Полоскание полости рта ромашкой.

Гиповитаминоз пиридоксина (витамин В6). Влияет на функции нервной системы, печени, кроветворения. Клиника – конъюнктивит, раздражительность, заторможенность. Дерматит в области носогубной складки, над бровями, на шее. Хейлит с вертикальными трещинами, заеды. Глоссит с участками десквамации. Тактика – обработка губ кератопластиками, назначение витаминов. Для гигиены полости рта необходимо использовать зубные пасты с низкой абразивностью, но с хорошим очищающим эффектом.

Гиповитаминоз рибофлавина (витамин В2). Витамин В2 необходим для расщепления белков, стимулирует кроветворение, обеспечивает нормальное зрение, поддерживает гомеостаз жирового и углеводного обмена. Клиника – светобоязнь, нарушение зрения в темноте. Общая слабость, головокружение. Трещины на губах и заеды в углах рта, шелушение кожи вокруг рта, на крыльях носа и ушах. Глоссит, проявляющийся сглаженностью сосочков языка, изменением цвета языка до пурпурного с синеватым оттенком. Тактика – обработка губ кератопластиками. Назначение витаминов. Для гигиены полости рта необходимо использовать зубные пасты с низкой абразивностью, но с хорошим очищающим эффектом.

Гиповитаминоз тиамина (витамин В1). При его отсутствии у человека возникает болезнь бери-бери, характеризующаяся двумя симптомокомплексами: сердечно-сосудистыми нарушениями и проявлениями со стороны нервной системы. Больные отмечают чувство жжения в области языка, снижение вкусовой чувствительности. Могут иметь место аллергические реакции со стороны слизистой оболочки полости рта. Предполагают, что гиповитаминоз может играть роль в возникновении невралгии тройничного нерва, глоссодинии, глоссалгии.

Гиповитаминоз никотиновой кислоты (витамин РР). Влияет на эритропоэз, нормализует секреторную и моторную функции желудка и кишечника, улучшает метаболизм сердечной мышцы, ослабляет проявление неврозов. Клиника – поносы, потеря аппетита, тошнота, на лице и кистях появляется эритема с зудом. Потеря памяти, ощущение онемения конечностей. Гиперемия слизистой оболочки полости рта, слюнотечение, отечность губ. Язык становится лакированным, алым, блестящим. Тактика – полоскание полости рта отварами трав, назначение поливитаминов. Обработка полости рта кератопластиками. Чистка языка не показана, зубная паста не должна содержать сильных отдушек и красителей.

Гиповитаминоз аскорбиновой кислоты (витамин С). Витамин С (аскорбиновая кислота). Суточная потребность в витамине С составляет 1 мг на 1 кг веса тела. В крови содержится 5–15 мг/л. При усиленном обмене веществ расход витамина С повышается. Потребность в аскорбиновой кислоте увеличивают лихорадочное состояние, повышенная функция щитовидной железы, инфекционные болезни, беременность, холод. При анацидном гастрите усвоение витамина С понижается, поскольку для всасывания требуется соляная кислота желудочного сока. Организм не в состоянии депонировать витамин С, поэтому в случае хронического гиповитаминоза С — главным образом зимой и ранней весной — содержание его в тканях уменьшается. Значительный дефицит витамина С вызывает цингу, которая характеризуется спонтанными кровотечениями из соединительной ткани, главным образом из десен. При цинге десны набухшие, гиперемированные, синюшно-красные, особенно в области передних зубов. Как правило, к отечности присоединяется вторичная инфекция, которая усиливает кровоточивость. Край десен и зубы покрыты серым налетом, возникают болезненные язвы. Если воспаление продолжается длительное время, наступает некроз межзубных сосочков, разрушение периодонтальной связки, появляется подвижность зубов.

***10. Состояние полости рта при некоторых детских инфекциях.***

Краснуха - острое инфекционное заболевание вирусной этиологии. Клинические проявления: начало болезни характеризуется увеличением лимфатических узлов (затылочных и шейных). На второй день появляется сыпь на лице и в течение дня распространяется на туловище и конечности. Сыпь ярче всего выражена на лице, спине и ягодицах. В полости рта – диффузный катаральный стоматит, задняя стенка глотки и зев отечны и гиперемированны. Губы отечные, ярко-красного цвета. В первые дни заболевания язык обложен, затем появляется десквамация эпителия спинки языка. На 3-4 день язык становится гладким «полированным» болезненным. Тактика стоматолога. Лечение у педиатра. Противовирусная, десенсибилизирующая терапия Обработка полости рта отварами трав (ромашка, календула). Аппликации кератопластиками (масло облепихи, масло шиповника). Корь - высококонтагиозное заболевание вирусной этиологии. Клинические проявления: болезнь начинается с лихорадки, конъюнктивита. СОПР гиперемирована, тусклая. Характерным признаком заболевания является наличие на слизистой оболочке щек пятен Филатова-Коплика (серовато-беловатые точки величиной с маковое зерно, окруженные красным венчиком). На 3-й день с появлением сыпи на коже, пятна в полости рта исчезают. Тактика стоматолога. Лечение у педиатра. Тщательная гигиена полости рта. Обработка полости рта противовирусными мазями, отварами трав (ромашка, календула). Аппликации кератопластиками (масло облепихи, масло шиповника)

Скарлатина - острое инфекционное заболевание вызываемое стафилококком. Клинические проявления: симптомы общей интоксикации, резкий подъем температуры тела, боль в горле, рвота. Сыпь, наиболее выраженная на боковых поверхностях туловища и на животе. В полости рта – сухость. Слизистая оболочка миндалин, небных дужек – ярко красная. На вторые сутки на гиперемированной поверхности появляются эритемы, которые распространяются на слизистую щек, десен. В первые дни заболевания язык обложен, на 3-4 день налет слущивается вместе с нитевидными сосочками, обнажая гладкую поверхность языка с грибовидными сосочками (малиновый язык). Тактика стоматолога. Лечение у педиатра. Антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия. Обработка полости рта отварами трав (ромашка, календула). Аппликации кератопластиками (масло облепихи, масло шиповника).

**Вопросы:**

1. Перечислите изменения в полости рта при тиреотоксикозе.
2. Перечислите характерные признаки гингивита при сахарном диабете.
3. Лакированный язык (гунтеровский глоссит) является характерным признаком какого заболевания?
4. При каком заболевании возникают профузные кровотечения из слизистой оболочки полости рта, лунки удаленного зуба, десны?
5. Перечислите тактику лечения у стоматолога при язвенной болезни желудка
6. Для какого заболевания характерны стойкие деформации прикуса, в результате изменения форм зубных дуг?
7. При каком пиповитаминозе характерным признаком будет светобоязнь, трещины и заеды в углах рта, шелушение кожи, глоссит?

**Рекомендованная литература:**

1. Арьева Г.Т. Общие принципы ведения амбулаторной индивидуальной медицинской карты стоматологического больного: учебное пособие / Г.Т. Арьева. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2007. – 104с. – Б.ц.
2. Кисельникова Л.П., Ожгихина Н.В. Гипоплазия эмали у детей: Методическое пособие. – СПб.: СПб ин-т стоматологии, 2001. – 32с.
3. Симптомы и синдромы в стоматологической практике / В.Н. Балин, А.С. Гук, С.А. Епифанов, С.П. Кропотов. – СПб.: ЭЛБИ, 2001. – 200с.
4. Семенов М.Г., Сатыго Е.А. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей: Учебное пособие /СПб.: Издательство СПбМАПО, 2008. – 88с.
5. Пожарицкая М.М. Пропедевтическая стоматология. рекомендовано Мин. образования / М.М. Пожарицкая, Т.Г. Симакова. – М.: Медицина, 2004. – 304с.
6. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. М.:Медицинская книга. Н.Новгород.: Издательство НГМА, 2001., с.662-743
7. Стоматология детей и подростков: Пер. с англ. / Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дейвида Р. Эйвори; - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 766с.