

## ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Соколова О.А., Аванесов А.М.*

*Российский университет дружбы народов, кафедра общей стоматологии, г.Москва*

В последние годы проблема заболеваний желудочно-кишечного тракта приобретает все большую актуальность, что обусловлено повсеместной распространенностью этой патологии и сопряженными с ней многочисленными проблемами. По данным ВОЗ каждый второй житель нашей планеты страдает различными заболеваниями, сопряженными с нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, что существенно ухудшает качество жизни больных, ограничивает их социальную и трудовую деятельность.

Помимо основных проявлений данной патологии у пациентов наблюдаются изменения со стороны слизистой оболочки полости рта (СОПР), которую по праву можно назвать индикатором состояния всего организма в целом. Многочисленные клинические исследования подтвердили, что при нарушении функции ЖКТ наблюдаются поражения слизистой оболочки, выражающиеся в сглаженности сосочков языка, его отечности, ощущении сухости во рту (галитоз) и т.д. К наиболее распространенным заболеваниям ЖКТ относятся хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический и острый гастроэнтероколит. Далее мы дадим краткое описание состояния СОПР при всех вышеперечисленных патологиях.

При хроническом гастрите слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Больные часто предъявляют жалобы на извращение вкусовых ощущений, в первую очередь на металлический привкус в полости рта, особенно по утрам. Слизистая оболочка в области вестибулярной поверхности губ истончена, на красной кайме губ появляются белесоватые сухие чешуйки, поверхностные трещины. Нитевидные сосочки дорсальной поверхности языка сглажены, в то время как грибовидные, особенно в передней трети языка, кажутся увеличенными. Для этой формы патологии характерным является наличие очагов выраженной атрофии нитевидных сосочков, вплоть до появления малозаметных эрозий, выявляемых лишь при стоматоскопическом исследовании. По периферии очагов атрофии может наблюдаться белесоватого цвета ободок, состоящий из гиперплазированного эпителия. Субъективные жалобы заключаются в ощущении жжения, болезненности, особенно при приеме раздражающей пищи.

При язвенной болезни желудка слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, гипосаливация наиболее характерна в периоды обострения основного заболевания. Отмечаются изменения эпителия дорсальной поверхности языка. Налет на языке серовато-белого цвета наиболее выражен в дистальных его отделах, плотно прикреплен к подлежащим тканям. Слизистая оболочка десны бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, плотная, с незначительными явлениями атрофии.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки слизистая оболочка полости рта более яркая, с иктеричным оттенком в области занавески мягкого неба. В периоды обострения заболевания может наблюдаться отечность языка. Язык увеличен, выражены отпечатки зубов на его боковых поверхностях и в области кончика. В зонах прилегания языка к зубам при стоматоскопическом исследовании видны микроэрозии, участки истонченного эпителия, чем обусловлены порой и субъективные ощущения больного (чувство жжения, легкого покалывания, саднения), усиливающиеся в момент приема пищи.

При остром гастроэнтероколите в первые дни проявления заболевания слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, саливация повышена. Четкие отпечатки зубов видны на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, боковых поверхностях языка. На 2—3-й день заболевания отмечается сухость слизистой оболочки полости рта. Дорсальная поверхность языка покрывается плотным серовато-желтым налетом; при выраженной интоксикации и дисбактериозе наблюдаются гиперплазия нитевидных сосочков и их прокрашивание в коричневый и даже черный цвет.

Одним из осложнений заболевания является кандидамикоз слизистой оболочки полости рта. На отдельных участках слизистой оболочки полости рта появляются очаги гиперемии, на фоне которой имеется белый творожистой консистенции, легко снимаемый при поскабливании налет. При удалении налета слизистая оболочка истончена.

При хроническом энтероколите слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, отмечается ее незначительная отечность, дорсальная поверхность языка равномерно обложена налетом серовато-желтого цвета, особенно интенсивно выраженного по утрам в дистальных отделах языка.

Наиболее распространенной патологией слизистой оболочки полости рта при заболеваниях пищеварительной системы является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Нередки случаи появления афт в полости рта задолго до возникновения симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит у подавляющего большинства больных характеризуется появлением единичных (от 1 до 3) болезненных элементов — афт округлой или овальной формы, диаметром от 0,1 до 0,8мм, покрытых фибринозным налетом желтоватого или желтовато-белого цвета. По периферии афт либо может просматриваться четкий венчик гиперемии, либо наблюдается инфильтрация. Срок их существования не превышает 10—14 дней.

Таким образом поражения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта характеризуются изменением окраски, отечностью в периоды обострения основного заболевания, характерным

налетом на языке, очаговой и диффузной десквамацией эпителия дорсальной поверхности языка, истончением отдельных участков слизистой оболочки полости рта, а также различного характера воспалительной реакцией десны.

Несмотря на многочисленные публикации, касающиеся данной проблемы, лечение изменений СОПР, связанных с патологией ЖКТ, остается актуальным вопросом как для стоматологии, так и для общей терапии. Однако важно помнить, что успех лечения может быть достигнут только при комплексном подходе с участием различных специалистов, среди которых немалая роль принадлежит стоматологам.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.