

УДК 616.31-01.73-079.4

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ЯЗЫКА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Л. М. Цепов¹, Е. Л. Цепова²¹ГОУ ВПО СГМА Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии,²кафедра пропедевтики внутренних болезней

Резюме

В последние годы все большее внимание уделяют состояниям с сочетанием нескольких патологических состояний у одного пациента. Поражение слизистой оболочки рта и языка часто выявляется у лиц с патологией желудочно-кишечного тракта. В статье приведены специфические и неспецифические изменения слизистой оболочки рта и языка, характерные для основных заболеваний пищеварительной системы.

Ключевые слова: слизистая оболочка рта, язык, ротовая жидкость, пищеварительная система.

AFFECTION OF ORAL AND TONGUE MUCOSA IN INDIVIDUALS WITH DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT

L. M. Tsepov, E. L. Tsepova

Summary

In recent years, more attention is paid to the conditions with a combination of several diseases in one patient. Affection of oral and tongue mucosa is frequently found in individuals with disorders of gastrointestinal tract. The article reviews specific and unspecific changes of oral and tongue mucosa that are characteristics for main diseases of digestive system.

Keywords: oral mucosa, tongue, oral liquid, digestive system.

При изучении этиологии и патогенеза ряда стоматологических заболеваний отечественные исследователи [2, 6, 8] исходили из представлений о полости рта как части желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), о связи ее функций с функциями нервной, эндокринной, кровеносной систем, учитывая при этом особенности функции слизистой оболочки (СО) рта в процессе филогенеза, а также ее особенности в возрастном аспекте.

Полость рта (ПР) представляет собой комплексную экологическую систему, в которой внешние факторы (биологические, индивидуальные, социальные) взаимодействуют с внутренними (пародонт, бактериальное сообщество, локальная иммунная система СО рта, эпителий ее, слюна, нервно-рецепторный аппарат). Как и в окружающей среде, все компоненты этой системы находятся в динамическом равновесии [7, 11]. Рецепторы СО рта – мощный источник рефлексов, влияющих на функциональную активность всех отделов ЖКТ [9]. Наряду с этим и патология ЖКТ проявляется изменениями со стороны СО рта. Так, например, при острых кишечных инфекциях язык поражается более чем в 92% случаев, а СО рта в целом – в 80% [4].

Ввиду многообразия клинических проявлений поражения СО рта и языка представляют значительные трудности для диагностики и остаются важной проблемой не только терапевтической стоматологии. К поражению указанных образований могут приводить нарушения функции внутренних органов. Лишь в одной трети случаев вовлечения СО рта и языка губ в патологический процесс ставится правильный диагноз. При этом врачи в лучшем случае ограничиваются диагнозами «глоссит», «стоматит». Зачастую создается впечатление, что они даже не пытаются распознать вовлечение СО рта и языка в патологический процесс, когда для этого есть все возможности. Ведь главный «инструмент» для такой диагностики – глаза врачей. В настоящее время «симптомы языка» вошли в семиотику поражений различных органов и систем. Поэтому больные с вовлечением в патологический процесс СО рта и языка нуждаются в тщательном обследовании не только стоматологами, но и другими специалистами.

Рот, так же как и ротовая полость, является общей для пищи и воздуха полостью. Именно на этот отрезок пищеварительного и дыхательного путей приходится основной контакт с микроорганизмами и токсическими веществами, содержащимися в пище и во вдыхаемом воздухе. Большинство патологических

изменений СО языка и неба являются следствием резорбтивных влияний вирусов и бактериальных токсинов, распространяющихся в организме после их внедрения гематогенным и лимфогенным путем и лишь отчасти при прямом внедрении возбудителей в СО рта и ротовую полость [3].

Нами ниже кратко приведены жалобы и специфические изменения СО рта и языка, характерные для ряда заболеваний и синдромов, протекающих с преимущественным поражением ЖКТ или вовлечением его в патологический процесс. Подробное описание этиологии, патогенеза, жалоб, клинических проявлений приведенных патологических состояний можно найти в соответствующих руководствах и учебниках.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На спинке языка видны яркие пятна разных размеров и формы, которые на фоне «обложенного» языка создают вид поверхностных язв («язвенный» язык). Подобные изменения возникают в период обострения заболевания вследствие атрофии нитевидных сосочков или их усиленной десквамации. Изменения напоминают ромбовидный глоссит, но отличаются от него и десквамативного, а также «географического» языка тем, что очаги десквамации исчезают в процессе лечения язвенной болезни, отсутствуют в период ремиссии, не имеют тенденции к миграции.

Неспецифический язвенный колит. Изменения СО рта аналогичны изменениям кишечника. Развиваются язвенный стоматит и гингивит. СО рта контактно кровоточит. Мелкоточечные геморрагии в СО склонны к некрозу и образованию поверхностных эрозий и язв.

Болезнь Крона. Болезненная отечность губ, десен и сухость в ПР затрудняют прием пищи. В 10% случаев изменения СО рта предшествуют изменениям кишечника. СО щек и десен отечна, рельефна и имеет вид «булыжной мостовой», на СО щек, реже губ и десен появляются мягкие узелки с гладкой поверхностью, которые нередко эрозируются и изъязвляются. Афтоподобные изъязвления СО могут наблюдаться и без предшествующего образования узелков. Возможна диффузная или очаговая гиперемия СО рта.

Целиакия (син. глютеновая энтеропатия). Наблюдаются афтозный стоматит, ангулярный хейлит, язык малиново-красный с атрофированными сосочками. Десны рыхлые, легко кровоточат. Клинически признаки полигиповитаминоза, дефицита железа.

Лентигиноз (син. множественное лентиго). Множественные, рассыпанные по всему кожному покрову либо имеющие определенную локализацию на СО, очаги локализованной гиперпигментации у лиц белой расы. Круглые или овальные пятна коричневого или темно-коричневого цвета имеют четкие границы и локализуются на губах, слизистой щек. Термином обозначают множественные лентиго. Сочетание лентигиноза губ, СОР или пальцев рук и ног с полипозом ЖКТ известно как синдром Пейтца-Егерса.

Синдром Пейтца-Егерса (наследственный аутосомно-доминантный симптомокомплекс, характеризующийся полипозом ЖКТ и пигментацией кожи вокруг естественных отверстий и СО). Пигментные пятна «кофе с молоком» на коже лица, губах, конъюнктивах и СО рта выявляются при рождении или возникают в раннем детском возрасте. На языке и губах, СО рта множественные пятна синевато-бурой, приближающейся к черно-коричневой, окраски. С возрастом интенсивность пигментации в ПР остается без изменений.

Синдром Бэнделера (редкая аутосомно-доминантная сосудистая опухоль кожи, ЖКТ). Различной величины пятна меланина, напоминающие веснушки, обнаруживаются на коже лица, СО рта, губах. Нередко отмечается расщелина губы и неба. Частые кровотечения из ЖКТ.

Атрофический злокачественный папулез Дегоса (редкое заболевание неясной этиологии, развивающееся преимущественно в молодом возрасте, чаще у мужчин, характеризующееся поражением сосудов кожи и внутренних органов, преимущественно ЖКТ). В ПР возникают округлые отежные

папулы 2-5 мм в диаметре, в центре которых развивается атрофия (западение ткани). По периферии остается гиперемизированный вал, нередко с телеангиэктазиями; через несколько месяцев папулы замещаются мелкими оспенноподобными рубчиками. Наиболее частой причиной летального исхода является поражение кишечника (перфорация тонкой кишки, кишечная непроходимость, кровотечение, перитонит).

Рецидивирующий слизисто-некротический периаденит протекает со значительным нарушением общего состояния. Афты локализуются на мягком небе, миндалинах, языке. Они рубцуются в течение 1–2 месяцев. Заболевания ЖКТ выявляются практически у всех больных.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (воспалительное заболевание только СО рта, характеризующееся периодами ремиссий и обострений с появлением афт; большое значение в этиологии заболевания придается заболеваниям ЖКТ). Боль в ПР усиливается при приеме пищи и разговоре, затрудняет речь. На СО щек, губ, переходной складки, боковой поверхности языка определяются 1–2 резко болезненных округлых или овальных афты. Очаги с ярким ободком гиперемии вокруг имеют ровные контуры, дно их покрыто трудно снимающимся желтовато-белым фибринозным налетом. Обычно сохраняются от 1 недели до 1 месяца. Возможно рубцевание после заживления.

В таблице, как пример теснейшей взаимосвязи полости рта и ЖКТ, приводятся изменения внешнего вида языка при наиболее частых гастроэнтерологических заболеваниях.

Внешний вид языка при наиболее часто встречающихся заболеваниях пищеварительной системы

Заболевание	Изменения языка
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Изменение вкусовой чувствительности языка, жжение, чувство «ошпаренности» и боль в языке, сухость во рту, обильный налет на языке, наличие десквамаций на языке
Острый гастрит	Язык обложен серым толстым налетом, покрывающим всю его поверхность, кроме боковой и кончика. Язык отечен, иногда покрыт слизью. Отмечается чувство привкуса горького, кислого
Хронический гастрит	Почти всегда язык частично обложен беловато-серым, иногда – темным налетом. При снижении кислотообразующей функции желудка на СО языка наблюдаются участки ярко-красного цвета, на которых нитевидные сосочки отсутствуют, а грибовидные – несколько увеличены в размерах
Язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке	На языке – налет серого цвета, наиболее выраженный в дистальных отделах, плотно прикреплен к подлежащим тканям. Часто отмечается десквамация эпителия, гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков
Язвенная болезнь с локализацией язвы в 12-перстной кишке	Язык отечен, увеличен в объеме, выражены отпечатки зубов на его боковых поверхностях и в области кончика. Из-за микроэрозий может отмечаться чувство жжения, легкого покалывания, саднения
Желудочное или дуоденальное кровотечение	На языке белый налет, покрывающий дорсальную поверхность толстым, трудно удаляемым слизистым слоем. Язык сухой и бледный
Хронический колит и энтерит	Язык отечен, имеет ярко-красную окраску, наблюдается очаговая десквамация эпителия. При выраженной интоксикации и дисбактериозе имеет место гиперплазия нитевидных сосочков и их окрашивание в коричневый и даже черный цвет
Острый (вирусный) гепатит	Желтушность нижней поверхности языка, чувство горечи во рту, иногда – жжение языка. Поверхность языка ярко-красная, блестящая. Сосочки атрофированы
Хронический активный гепатит	Кандидоз, лейкоплакия, афтозный стоматит, «географический» язык, повышенная вязкость слюны, гипосаливация
Цирроз печени прогрессирующий и декомпенсированный	Язык обычно ярко-красный («кардинальский»). Отмечается лилово-цианотичный налет на языке. Возможно расширение вен в подъязычной области

Патологические процессы в *пищеварительной системе* вызывают изменения не только состояния СО рта и языка, но и появление неприятного запаха изо рта, изменение скорости слюноотделения, вязкости и свободнорадикального баланса ротовой жидкости.

Степень выраженности ксеростомии, а также морфологическая картина ротовой жидкости отражает тяжесть *калькулезного холецистита* у больных старших возрастных групп [1]. При язвенном дефекте слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в кристаллограмме слюны обнаруживаются кристаллы с дефектами заполнения, в 77,4% случаев подтверждаемые эндоскопическими и гистологическими исследованиями [5]. При язве желудка, хроническом гастрите кристаллические агрегаты образуют самостоятельные группы с новыми характеристиками, которых нет в норме, что может служить диагностическим критерием [10].

Таким образом, в данной работе мы сделали попытку отразить основные формы сочетанных поражений СО рта, языка и пищеварительной системы. Следует помнить, что при многих соматических заболеваниях изменения СО рта и языка возникают задолго до появления общих симптомов. Поэтому правильная интерпретация изменений слизистой имеет очень большое клиническое значение не только для врачей-стоматологов, но и для врачей других специальностей, особенно терапевтов, гастроэнтерологов. К сожалению, если пациент ни на что не жалуется, изменения в полости рта не рассматриваются как стоящие внимания. А ведь безобидные на первый взгляд изменения СО рта и языка могут оказаться единственными проявлениями тяжелой болезни. Оставлять их без внимания так же недопустимо, как и другие изменения в организме пациента. В противном случае время для врачебного вмешательства может быть безвозвратно потеряно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапова Е.В. Морфологическое и биохимическое исследование ротовой жидкости при заболеваниях пищеварительного тракта у лиц среднего и пожилого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
2. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – «зеркало» организма (клиническое руководство для врачей). – М., 2000. – 408 с.
3. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М.: ООО «ДизайнПресс», 2000. – 232 с.
4. Богомолов Б.П., Сорокина А.А. Об изменениях слизистой оболочки рта при острых кишечных инфекциях // Клиническая медицина. – 2008. – № 3. – С. 66–69.
5. Воробьев А.В. Кристаллография слюны в диагностике и контроле эффективности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2004. – 22 с.
6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е. В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
7. Мартынова Е.А., Макеева И.М., Рожнова Е.В. Полость рта как локальная экологическая система // Стоматология. – 2008. – № 3. – С. 68–75.
8. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М.: Медицина, 1978. – 232 с.
9. Стрюк Р. Взаимосвязь соматической патологии с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы // Cathedra. – 2008. – Т.7, № 2. – С. 52–55.
10. Стурова Т.М. Особенности кристаллизации слюны при заболеваниях органов пищеварения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 20 с.
11. Eriksen H., Dimitrov V., Rohlin M. et al. The oral ecosystem: implications for education // J. dent. educ. – 2006. – Vol. 10 (4), Nov. – P. 192–196.

УДК: 616.36–004+615.841

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ С ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ КАК СПОСОБ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

А. Е. Шульган

ГОУ ВПО СГМА, кафедра факультетской терапии,
ПНИЛ «Ультразвуковые и малоинвазивные технологии»

Резюме

Обследовано 30 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $46 \pm 2,15$ лет) с циррозом печени различной этиологии и степенью компенсации по Child-Pugh, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение МЛПУ КБ № 1, которым дополнительно к стандартным методам исследования при циррозе печени проводились сеансы электроимпульсной стимуляции структур головного мозга. В ходе работы изучалась возможность использования транскраниальной электростимуляции с обратной связью в качестве прогностического критерия клинического течения цирроза печени.

Ключевые слова: цирроз печени, транскраниальная электростимуляция, электроэнцефалограмма.

TRANSCRANIAL ELECTROSTIMULATION WITH FEEDBACK AS PREDICTION WAY OF LIVER CIRRHOSIS CLINICAL COURSE

A.E. Shulgan

Summary

Thirty patients aged from 30 to 60 years (mean age $46 \pm 2,15$ years) with cirrhosis of different etiology and Child-Pugh degree of compensation were inspected. These patients have a sessions of electro stimulation of brain structures in addition to standard methods