

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

Область образования: 500000 Здравоохранение и социальное
- обеспечение

Область знаний: 510000 Здравоохранение
-

Направление образования: 5510400 Стоматология
-

**ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Учебное пособие
*для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета*

Ташкент 2020 йил

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

“УТВЕРЖДАЮ”

**Начальник Главного Управления
Науки и учебных заведений
Мин Здрава Респ Узбекистан**

_____ У.С.Исмаилов

2020 йил “-----” _____

“СОГЛАСОВАНО”

**Директор центра развития
медицинского образования
Мин Здрава Респ Узбекистан**

_____ Н.Р.Янгиева

2020 йил “-----” _____

**ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Учебное пособие
для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета*

Ташкент - 2020 год

Составитель:

Ибрагимова М.Х. — доцент кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, доктор медицинских наук

Рецензенты:

А.С.Алимов – Заведующий кафедрой 1-стоматологии доктор медицинских наук, профессор

У.А.Шукурова - доцент кафедры факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, доктор медицинских наук

Учебное пособие рассмотрено на Центральном Методическом Совете ТГСИ и рекомендовано для утверждения на Ученом Совете ТГСИ.

« 21 » февраль 2020 год, протокол заседания № 7

Учебное пособие утверждено на Ученом Совете ТГСИ и рекомендована на опубликование в печати.

« » 2020 год, протокол заседания №

Ученый секретарь
Доктор медицинских наук

Юлдашев А.А.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов 5 курса стоматологического факультета

АННОТАЦИЯ

Слизистая оболочка полости рта морфо-функционально связана с желудочно-кишечным трактом. Поэтому, заболевания желудочно – кишечного тракта проявляются на слизистой оболочке полости рта.

Одним из самых распространённых заболеваний среди всех системных патологий являются заболевания желудочно-кишечного тракта. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта изменяется состояние языка, степень слюноотделения, функция определения вкуса. По мнению большинства ученых состояние языка позволяет делать диагностические предположения по скрытой патологии органов пищеварения. В большинстве случаев язык бывает покрыт налётом. Существуют различные причины образования налета. Большое значение имеет морфологическое строение языка. При нормальном строении сосочкового аппарата или при его гипертрофии налет обычно плотный, хорошо выражен. При атрофии сосочков наоборот, налета совсем немного или налет отсутствует.

По распространенности заболеваний желудочно-кишечного тракта занимает одно из первых мест в мире и обычно приводит к изменениям в полости рта. В связи с этим, профилактические мероприятия направлены на своевременном выявлении и предупреждение осложнений желудочно-кишечного тракта и изменений слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова

Заболевания желудочно-кишечного тракта, сосочки языка, анацидный гастрит, гипоацидный гастрит, гиперацидный гастрит, налет, состав налета, отек, волдырная проба по выявлению скрытого отёка, гиперпластический глоссит, гипопластический глоссит, лакированный язык, глоссит Меллера, десквамация, вкусовой сосочковый аппарат, парестезия.

Цель занятия:

Обучить студентов охарактеризовать изменения СОПР при желудочно-кишечных заболеваниях, клиническую картину, диагностику поражений слизистой оболочки полости рта

Введение

Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это объясняется морфофункциональным сходством слизистой оболочки рта и пищеварительного тракта. Взаимосвязь заболеваний пищеварительного тракта и соответствующие изменения в полости рта можно объяснить единством пищеварительного аппарата. Именно на приеме у стоматолога можно впервые диагностировать различные заболевания, и именно этот специалист может дать рекомендации для посещения более узких специалистов. Развитие сочетанных поражений пищеварительной системы будет только усугублять выраженность симптомов в полости рта. В постановке предварительного диагноза, стоматолог использует не только свою сферу исследования – полость рта, но и общие симптомы, например боль в определенной области, характер стула, уже диагностированные заболевания и прочие симптомы. Лица с патологиями желудочно-кишечного тракта, в первую очередь, будут жаловаться на ряд неприятных ощущений в полости рта: зуд, болевую реакцию, повышенную чувствительность зубов и слизистой оболочки. Усиливать симптомы могут металлические конструкции в полости рта – коронки, протезы, брекет-системы. Первоначально в глаза бросается обложенный язык, налет может быть совершенно разного оттенка от белого до коричневого, конечно это будет зависеть от самого заболевания, питания пациента, приема медикаментов и наличия некоторых вредных привычек, главным образом курения, злоупотребление кофе или колой. Сам налет на языке довольно легко снимается, редко после остаются эрозии.

Наличие отека и налета на языке может служить диагностическим критерием наличия гастрита, эрозии, язвы желудка или 12-перстной кишки,

болезней печени. Стоматолог должен не только знать основные симптомы этих заболеваний, но и изменения слизистой оболочки полости рта при этой патологии и направить больного к соответствующему специалисту.

Глава 1. Строение слизистой оболочки полости рта.

Полость рта представляет собой начальный отдел желудочно-кишечного тракта, где происходят в основном механическая обработка пищи и формирование пищевого комка. Ротовая полость делится на преддверие и собственно полость рта. Преддверие полости рта спереди ограничено губами и щеками, сзади - вестибулярной поверхностью зубов и альвеолярных отростков челюстей. Собственно полость рта ограничена спереди зубами и альвеолярными отростками, сверху - твердым и мягким небом, снизу - дном полости рта. Полость рта - совокупность органов и тканей: язык, губы, зубы, слюнные железы, пародонт, челюсти. Преддверие и собственно полость рта выстланы слизистой оболочкой.

Слизистая оболочка полости рта как и весь желудочно-кишечный тракт на всем протяжении выстлана многослойным плоским эпителием, состоящим из нескольких слоев клеток. Под ним располагаются базальная мембрана, собственно слизистая оболочка и подслизистый слой. Соотношение этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. Регенерация происходит за счет деления клеток более глубоких слоев. Губы, щеки обладают хорошо выраженной собственной пластинкой, а дно полости рта СОПР состоит из 3 слоев - эпителиального, собственно слизистого и подслизистого.

Эпителий является многослойным плоским, имеет толщину до 500 мкм. Самый глубокий слой цилиндрических или кубических клеток расположенный на базальной мембране называется базальным слоем. Протоплазма клеток этого слоя нередко отличается базофилией, зависящей от содержания рибонуклеиновой кислоты. Затем идет шиповидный слой, состоящий из нескольких рядов полигональных клеток с более светлой протоплазмой и резко выраженными межклеточными мостиками. По мере

приближения к поверхности клетки шиповидного слоя уплощаются и превращаются в плоские, которые постоянно слущиваются и примешиваются к слюне. Регенерация эпителия и переходные складки – преимущественно развитой подслизистой основой.

Твердое нёбо, язык, десна, которые подвергаются наиболее сильному давлению во время приема пищи, имеют более мощный эпителий. Эпителий слизистой оболочки твердого неба и десен, т.е. отделов, наиболее подверженных механическим воздействиям при жевании, ороговевают. Процесс ороговения особенно выражен в эпителии твердого неба. Поверх слоя шиповидных клеток здесь располагается зернистый слой, состоящий из вытянутых клеток, содержащих в своей протоплазме зерна кератогиалина. Поверхностный «роговой» слой образован несколькими рядами полностью ороговевших и лишенных ядер клеток.

Гистохимически установлено, что эпителий полости рта способен накапливать большое количество гликогена, больше всего он содержится в эпителии губ, щек, мягкого неба, переходных складок и языка. В эпителии твердого неба и десен гликоген в норме или отсутствует, или имеется в виде следов. Т.о, гликогена больше всего в тех отделах СОПР, где эпителий не подвергается ороговению. Эта зависимость сохраняет свое значение и при патологии. Гликоген, возможно, играет роль источника энергии или пластического материала для синтеза белка - кератина. Поэтому он быстро расходуется и не обнаруживается в участках ороговения. Наличие гликогена является характерной особенностью лишь эпителия полости рта человека.

Соединительнотканная основа СОПР, на которой лежит эпителий, образует собственный слой. Он состоит из плотной соединительной ткани и образует многочисленные выступы - сосочки, внедряющиеся в эпителий. В них проходят кровеносные сосуды, питающие эпителий, и нервы. Сосочки увеличивают поверхность соприкосновения между собственным слоем слизистой и эпителием, что способствует лучшему обмену веществ между ними. Здесь располагаются капиллярная сеть, нервные сплетения и

лимфатические сосуды. Защитная функция соединительной ткани заключается в создании механического барьера. Поэтому для нормального состояния соединительной ткани важное значение имеет субстратферментная система: гиалуроновая кислота основного вещества – гиалуронидаза. При увеличении количества тканевой или микробной гиалуронидазы происходит деполимеризация гиалуроновой кислоты, в результате чего увеличивается проницаемость соединительной ткани.

Волокнистые структуры представлены коллагеновыми и аргирофильными волокнами. Наибольшее количество коллагеновых волокон располагается в слизистой оболочке десны и твердого нёба. Клеточные элементы собственной пластинки слизистой представлены в основном фибробластами, макрофагами, тучными клетками, плазматическими, гистиоцитами (оседлые макрофаги). Фибробласты – главная клеточная форма соединительной ткани. Они выделяют преколлаген, проэлластин и др.

Собственный слой без резкой границы переходит в подслизистый слой. В некоторых местах полости рта подслизистый слой вообще не выражен (язык, десна, латеральные отделы твердого неба и небного шва). Здесь слизистая неподвижно сращена с межмышечной соединительной тканью (в языке) или с надкостницей (на твердом небе и деснах). Подслизистый слой представлен рыхлой соединительной тканью. В слизистой оболочке языка, десен и частично твердого нёба подслизистая основа отсутствует, а в области дна полости рта, переходных складок губ, щек – хорошо выражена. В этом слое располагается большое количество мелких сосудов, малые слюнные железы и слюнные железы Фордайса. От степени выраженности подслизистого слоя зависит подвижность слизистой оболочки полости рта (кроме языка, где подвижность обусловлена мышцами).

В СОПР различных отделов заложено большое количество мелких слюнных желез. По характеру секрета они делятся на слизистые, белковые и смешанные. Кроме того, на поверхности СОПР открываются выводные

протоки крупных слюнных желез - околоушной, подчелюстной и подъязычной.

Секрет всех мелких и крупных желез составляет слюну. За сутки у человека вырабатывается и выделяется в полость рта около 1,5 литра слюны. Кроме воды, слизи и белка в слюне содержится 0,2% неорганических веществ, в основном соли кальция, калия, натрия, концентрация которых во много раз выше, чем в крови. Имеются микроэлементы - железо, медь, марганец, никель, литий, и др. Органические вещества представлены главным образом альбуминами, глобулинами, ферментами. Слюна содержит также различные витамины.

В слюне обнаружено свыше 50 - ти ферментов, относящихся к гидролазам, трансферазам, липазам, изомеразам. Особый интерес вызывает лизоцим слюны, обладающий бактериолитическим, противовоспалительным, антигистаминным, гемостатическим действием, усиливает действие антибиотиков, способствует ускорению репаративных процессов в тканях полости рта. «Иммунными» тельцами, содержащимися в слюне, осуществляется местный иммунитет полости рта. Слюна, изливаясь в полость рта из выводных протоков слюнных и слизистых желез, превращается в так называемую ротовую жидкость, к которой примешиваются слущенные клетки эпителия, микроорганизмы, нейтрофильные лейкоциты, иногда лимфоциты.

В зависимости от состава потребляемой пищи, воздействие внешней среды и состояние организма изменяется и состав слюны. В норме реакция ротовой жидкости слабощелочная (рН - 6,9). Величина водородного показателя изменяется в зависимости от характера патологического процесса в полости рта: при инфекционных заболеваниях реакция кислая. Изменения состава слюны приводят к отложениям назубных камней, что в свою очередь является предрасполагающим фактором возникновения гингивита. В СОПР заложены рецепторы, обеспечивающие вкусовую, болевую, холодовую, тепловую, тактильную и др. чувствительность.

Вкусовые рецепторы заложены в основном в сосочках языка. Тактильная чувствительность наиболее выражена в красной кайме губ и особенно в кончике языка. Болевая чувствительность выражена слабо, лучше она в небных дужках, мягком небе и в преддверии полости рта. Температурная чувствительность в разных участках слизистой неодинакова., например, на дне полости рта и на деснах она совсем отсутствует. Холодовая рецепция развита лучше, чем тепловая. В зависимости от того, какие участки СОПР раздражаются, возникают соответствующие рефлекторные изменения, например, характерные реакции сосудов. Так, при раздражении вкусовых рецепторов сладкими веществами отмечается расширение сосудов конечностей, горькие вещества вызывают их сужение. Раздражение рецепторов полости рта оказывает влияние на газообмен и работоспособность мышц.

Физиологические особенности СОПР проявляются и в регенераторных способностях эпителия. В течение суток слущивается большое количество плоского эпителия. Регенерация клеток эпителия происходит в результате митозов клеток базального и шиповидного слоев. Темпы обновления эпителия СОПР превышают скорость размножения эпидермиса. Известно, что раны в полости рта заживают значительно быстрее, чем кожные. Повышенная регенерация СОПР происходит вследствие раннего появления в ней гликогена, повышенного содержания РНК, а также накопления кислых мукополисахаридов и др. Быстрое заживление СОПР по сравнению с кожей объясняется и наличием в слизистой малодифференцированных клеточных элементов. Фибробласты СОПР по сравнению с фибробластами кожи менее дифференцированы и имеют вид характерный для молодых клеток. Ведущую роль в репаративных процессах играют факторы свертывания крови и фибринолитические ферменты. Физическая прочность СОПР и ее тургор определяются способностью выдерживать давление, сжатие, растяжение. Гидрофильность слизистой, ее физическая напряженность, эластичность, сопротивление и

ретракционная способность определяют ее тургор, который не изменяется и не зависит от толщины подслизистой ткани, но подвергается возрастным изменениям. Способность СОПР к растяжению зависит от состояния эластических и коллагеновых волокон. Физическая прочность ее у новорожденных детей меньше, чем у людей молодого и зрелого возраста.

Буферная способность СОПР заключается в способности нейтрализовать воздействие кислот и щелочей и быстро восстанавливать рН среды полости рта. Она зависит от наличия и толщины рогового слоя и секрета слюнных желез и изменяется при патологических процессах в полости рта.

СОПР обладает всасывающей способностью, которая различна в разных участках и для разных веществ. Это свойство используется для введения некоторых лекарственных веществ, например, валидол лучше всасывается слизистой дна полости рта. Следует помнить, что здоровая слизистая всасывает лекарственные вещества быстрее, чем патологически измененная. Т.о., барьерную функцию СОПР обуславливают различные факторы, как анатомические, так и функциональные. К ним относятся: неравномерность ороговения, метастатическая активность клеток эпителия и высокая регенеративная способность, активность обменных процессов, накопление гликогена, наличие большого количества клеточных элементов в собственном слое слизистой и миграция лейкоцитов в полости рта, бактерицидное действие компонентов слюны, избирательная всасывающая способность и физическая прочность СОПР и др.

Полость рта на протяжении всей жизни является главным входным путем для микроорганизмов внешней среды. Постоянство микрофлоры обеспечивается антагонистическим действием одних микробов на другие, бактерицидными свойствами слюны. Микрофлора различных участков полости рта разнообразна и изменяется с возрастом. Характерной флорой для гладких поверхностей слизистой (небо, щеки, десна) являются стрептококки; вибрионы и фузоспирохетный комплекс связаны с наличием зубов. Видовой

состав микрофлоры полости рта составляют аэробные и анаэробные микроорганизмы. В одном мл слюны концентрация аэробных и факультативных бактерий составляет 10 000 000, а анаэробных - 100 000 000. Наиболее типичными из кокков являются слюнные стрептококки, к которым принадлежат 306 штаммов стрептококков из 409, выделенных из слюны. Кроме сапрофитных видов кокков из полости рта высеваются альфа - стрептококки и коагулазоположительные стафилококки. Энтерококки (стрептококки группы Д) рассматриваются как постоянные обитатели полости рта. Характерные для слюны микробы ограничиваются только полостью рта до гортани. Кишечная палочка высевается из слюны только при снижении сопротивляемости организма в случаях дисбактериоза. Часто в симбиозе со спирохетами полости рта находятся фузиформные бактерии, которые в свою очередь состоят в симбиозе со стафилококками и стрептококками. В поддержании постоянства микрофлоры полости рта большую роль играют стрептококки, при подавлении которых нарушается баланс между постоянными обитателями полости и отмечается нарастание случайной флоры. Т.о., бактериальный антагонизм является существенным фактором антибактериальной защиты СОПР. В полости рта сапрофицируют и некоторые вирусы, например, вирусы простого герпеса, носителями которого могут быть около 60% людей.

2. Методы обследования больных с заболеваниями СОПР

Для диагностики заболеваний СОПР кроме основных методов (субъективных и объективных) исследования необходимо использовать разнообразные дополнительные методы.

Примерная схема обследования больных с заболеваниями СОПР:

1. Жалобы.
2. Анамнез заболевания.
3. Осмотр больного по системам и органам.

4. Исследования микрофлоры полости рта (виды микробов, их чувствительность к лекарственным средствам).
5. Взятие материала со слизистой оболочки для цитологического исследования.
6. Биопсия элементов поражения СОПР.
7. Исследования рН среды полости рта.
8. Кожные пробы с аллергенами, специфическими сыворотками и вакцинами.
9. Общий анализ крови.
10. Посев крови на стерильность.
11. Исследования крови на билирубин, холестерин, фибриноген, сахар, общий белок, белковые фракции, гистамин.
12. Общий анализ мочи, а по показаниям особые анализы.
13. Фракционное исследование содержимого желудка.
14. Исследования дуоденального содержимого.
15. Рентгеноскопия (графия) грудной клетки и желудочно - кишечного тракта.
16. Исследования кала на яйца глистов.
17. Ректороманоскопия.
18. Кроме того, могут быть проведены другие дополнительные исследования, назначенные смежными специалистами.

Наиболее часто в диагностике заболеваний СОПР, сопровождающихся кератозом, применяется люминесцентная диагностика - метод макро-люминесценции в лучах Вуда. Нормальная слизистая оболочка полости рта в лучах Вуда имеет голубовато - синий цвет, что объясняется близким расположением сосудов. При красном плоском лишае наблюдается беловато - голубоватое свечение элементов поражения, при простой форме лейкоплакии определяется мутно - белое свечение, при веррукозной лейкоплакии - белое, при эрозивной - коричневое свечение эрозий и беловатое участков ороговения. Красная волчанка имеет белоснежное

свечение. Бородавчатый предрак в лучах Вуда имеет темно - коричневую окраску и т.д.

Функциональные пробы - волдырная проба применяется для определения гидрофильности тканей и скрытого отечного состояния СОПР.

Гистаминовая проба применяется для определения чувствительности к гистамину, участвующему в аллергических реакциях.

Проба Шиллера-Писарева применяется для определения интенсивности и распространенности воспалительного процесса и основана на окрашивании гликогена, содержащегося в СОПР йодом в коричневый цвет.

Проба Ясиновского -проводится для оценки эмиграции лейкоцитов через СОПР и количества слущенного эпителия.

Проба Кавецкого (Базарновой) с трепановым синим служит для определения фагоцитарной активности и регенеративной способности тканей.

Проба Роттера -применяется для определения насыщенности организма аскорбиновой кислотой.

Лабораторные методы исследования: цитологические методы исследования основаны на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов. Материалом могут быть мазок - отпечаток, мазок - перепечаток, мазок - соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язв, свищей и т.д., осадок промывной жидкости полости рта и пунктат участка, расположенного в глубоко лежащих тканях.

Биопсия-прижизненное иссечение тканей для микроскопического исследования с диагностической целью.

Бактериологическое исследование- бактериоскопия материала, получаемого с поверхности СОПР, язв, эрозий.

Диагностика лекарственной аллергии: аллергологический анамнез, постановка кожных и провакационных проб с лекарственными веществами или сывороточными препаратами.

Общий клинический анализ крови включает в себя определение количества гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов, цветового показателя, подсчет лейкоцитарной формулы и является важным дополнительным методом диагностики.

Биохимические исследования крови, мочи и др. на содержание глюкозы, ферментов, билирубина и т.д. Нередко возникает необходимость проведения исследования желудочного сока и др.

Серологические исследования - методы изучения определенных антител или антигенов в сыворотке крови больного, а также выявление антигенов микроорганизмов или тканей с целью их идентификации, основанные на реакциях иммунитета (реакция Вассермана, Кана, ВИЧ - инфицирование и др.)

Для диагностики аутоиммунных дерматозов и заболеваний слизистой оболочки полости рта проводятся методы прямой и непрямой иммунофлюоресценции, различные аллергические пробы (капельная, компрессионная, скарификационная, внутрикожная).

Общий анализ крови определяет показатель гемоглобина, количество эритроцитов и лейкоцитов, лейкоцитарную формулу и считается дополнительным методом исследования.

Глава 3. Патологические процессы СОПР. Морфологические элемента поражения.

Спонгиоз (spongiosis) – скопление жидкости между клетками шиповатого слоя. Жидкость, скапливаясь, может рахрывать протоплазматические мостики клеток и, заполняя полости, образовывать пузыри.

Баллонирующая дегенерация – нарушение шиповатого слоя, приводящее к свободному расположению отдельных клеток или их групп в экссудате образующихся пузырьков (в виде шаров-баллонов).

Акантолиз (acantolysis) – дегенеративные изменения клеток шиповатого слоя, выражающиеся в расплавлении межклеточных цитоплазматических связей.

Акантоз (acantosis) – утолщение клеток шиповатого слоя, характерное для воспаления.

Гиперкератоз (hyperkeratosis) – избыточное ороговение вследствие нарушения десквамации или усиленного продуцирования ороговевших клеток.

Паракератоз (parakeratosis) – это нарушение процесса ороговения, выражающееся в неполном ороговении поверхностных клеток шиповатого слоя.

Папилломатоз (papillomatosis) – разрастание сосочкового слоя слизистой оболочки в сторону эпителия.

Различают первичные элементы поражения, т.е. возникающие самостоятельно, и вторичные, развивающиеся из первичных. Кроме того, определяется мономорфный тип поражения - скопление однородных первичных элементов, и полиморфный тип поражения - скопление разнородных первичных элементов. Различные стадии развития одного элемента - ложный полиморфизм.

Первичные морфологические элементы

Инфильтративные морфологические элементы

Пятно (macula)- изменение окраски слизистой оболочки. Пятна бывают мелкие и крупные, разлитые и ограниченные, стойкие и нестойкие. Характерным для пятен является то, что они не ощущаются при пальпации. Различают сосудистые, пигментные (дисхроматические) пятна, возникающие в результате отложения в слизистой оболочке красящих веществ. Сосудистые пятна могут возникнуть в результате временного рефлекторного расширения кровеносных сосудов и при воспалении. Воспалительные пятна могут иметь различные оттенки красного цвета, при надавливании на них они всегда исчезают, и затем появляются вновь.

Множественные мелкие пятна называются розеолой крупные - эритемой. Пятна, возникшие в результате стойкого невоспалительного расширения поверхностных сосудов или их новообразования, называются телеангиэктазиями. Пятна на коже и слизистых оболочках могут возникнуть в результате нарушения целостности сосудистой стенки (разрыв, повышение проницаемости) - геморрагические пятна. Цвет таких пятен не исчезает при надавливании и в зависимости от времени, прошедшего после кровоизлияния, имеет различные оттенки. Точечные геморрагии называются петехиями, множественные кровоизлияния небольших размеров называются пурпурой, крупные кровоизлияния - экхимозами.

Пигментные (дисхроматические) пятна возникают в результате скопления, или уменьшения, а иногда и полного отсутствия пигмента меланина.

Узелок (papula) - бесполое образование в эпителии за счет акантоза, выступающее над поверхностью слизистой оболочки. Поверхность узелков может быть плоской, конусообразной или полушаровидной, очертания круглые или полигональные. Узелки могут быть различного цвета и консистенции. Величина узелков от просыаного зерна и более, они могут увеличиваться в размере и сливаться, образуя бляшки. При заживлении узелков на их месте следов не остается.

Узел (nodus)- плотное образование, берущее начало в подслизистом слое. Обнаруживается при пальпации в виде плотного малоблезненного округлой формы инфильтрата. По мере развития он увеличивается, возвышается над поверхностью слизистой. Возможно нагноение или изъязвление узла.

Бугорок (tuberculum) - это инфильтративное бесполое образование, захватывающее все слои слизистой оболочки и возвышающееся над ее поверхностью, как правило располагаются бугорки скучено и быстро подвергаются распаду. На их месте образуются язвенные поверхности, покрытые грануляциями и вегетациями. Заживают с образованием рубца.

Экссудативные морфологические элементы

Пузырек (vesicula)- полостной элемент, возникающий в результате ограниченного скопления жидкости. Располагается в шиповидном слое, имеет дно, и тонкую покрывку, возвышается над поверхностью слизистой и легко вскрывается при механическом воздействии. Размеры пузырька до 2 мм.

Пузырь (bulla)- полостное образование, отличающееся от пузырька более крупными размерами и расположением жидкости не только внутри, но и подэпителиально. При внутриэпителиальном пузыре покрывка состоит из клеток шиповидного слоя и вскрывается очень быстро. Покрывка подэпителиального пузыря достаточно прочная и сохраняется до нескольких дней.

Гнойничок (pustula) - полостное образование, заполненное гнойным экссудатом.

Киста (cysta) - полостное образование, выстланное эпителием и имеющее соединительнотканную оболочку. Содержимое может быть прозрачным или геморрагическим.

Волдырь (urtica) - бесполостное образование, возникающее в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя и выступающее над слизистой оболочкой, имеет форму плоской возвышенности, по окраске может быть бледным или красным., размеры от 0,2 до 1,5 см. Могут быть экзогенного и эндогенного происхождения.

Вторичные морфологические элементы

Эрозия (erosio)- нарушение целостности поверхностного слоя эпителия, заживает без рубца.

Афта (apha)- ограниченный участок некроза эпителия желто - серого цвета округлой или овальной формы, размером 0,2 - 0,5 см или больше. Окружен ярко - красным воспалительным ободком. Заживает без рубца.

Язва (ulcus) - некроз тканей, захватывающий все слои слизистой оболочки, имеет дно и края. Заживает с образованием рубца.

Рубец (cicatrix)- замещение дифференцированных тканей соединительной тканью, возникает на месте некоторых первичных или вторичных элементов.

Чешуя (squama)- отделяющиеся ороговевшие пластинки эпителия.

Корка (crista) - ссохшийся экссудат из пузырька, эрозии, язвы. Цвет зависит от характера экссудата, обычно располагаются на красной кайме губ или вблизи них.

Трещина (rhagades) - линейный дефект, возникающий при потере тканью эластичности, локализуется чаще в углах рта и на красной кайме губ.

Абсцесс - полостное образование, заполненное гноем.

Атрофия - истончение слизистой оболочки.

Пигментация (pigmentatio) - изменение цвета ткани, возникающее после воспаления.

Следует помнить, что морфологические элементы не всегда патогномичны, но в комплексе исследований больного служат важным дополнительным фактором в постановке диагноза.

В зависимости от времени воздействия механического фактора на слизистую оболочку полости рта повреждения бывают острые (сильное механическое воздействие в течении короткого промежутка времени) и хронические (длительное воздействие слабой силы). Хроническая механическая травма – декубитальная язва болезненна, особенно при приеме пищи, разговоре. Края язвы гиперемированы, болезненны при пальпации, дно покрыто некротическим налетом. Глубина различная - вплоть до мышечного слоя. Регионарные узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Язва может осложниться фузоспирохетозом или кандидозом, при длительном течении (2-3 мес и более) может озлокачествиться. В этом случае необходимо устранить причину травмы и провести симптоматическое лечение (лидокаин, тримекаин, анестезин в виде раствора, гели, мази). Для устранения вторичной инфекции необходимо использовать в полости рта антисептики и ферменты (лизозим, фурациллин, трипсин) и использовать

кератопластики (каротолин, масло шиповника, солкосерил, кунжутное масло, тыквеол, витамин А, витамин Е, аякол, аевит). Назначают витамины А, пиридоксин, цианкобаламин, рибофлавин.

Глава 4. Изменения в полости рта при заболеваниях пищеварительной системы

Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это объясняется морфофункциональным сходством слизистой оболочки рта и пищеварительного тракта.

Изменения языка. При болезнях желудочно-кишечного тракта наиболее изучено состояние языка. Вид языка, по мнению многих исследователей, может иметь диагностическое значение и указывать на скрытую патологию желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто обнаруживается обложенность языка. Степень выраженности налета зависит от разных причин. Прежде всего имеет значение морфологическое строение языка. При нормальном состоянии или гипертрофии сосочков языка налет плотный, значительно выражен. При атрофии сосочков, наоборот, налет отсутствует или выражен слабо.

В появлении налета важная роль принадлежит нарушению нормального процесса ороговения и слущивания эпителия вследствие нервно-трофических расстройств. Кроме того, характер принимаемой пищи, ее консистенция, выраженность процессов самоочищения, состав микробной флоры и гигиена полости рта, несомненно, влияют на этот процесс.

Налет обычно обнаруживается при гастрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, новообразованиях желудка и других заболеваниях. В период обострения язвенной болезни, гастрита, энтероколита обложенность выражена более значительно. Налет покрывает всю спинку языка или преимущественно задние его отделы. Цвет налета серовато-белый, но под действием пигментообразующих бактерий, пищи,

лекарств, а также при кровотечениях (при язвенной болезни и др.) он принимает другую окраску (желтый, бурый и др.).



Налет на языке при язвенной болезни желудка

Важно отметить, что в период ремиссии или в процессе лечения основного заболевания язык в различной степени очищается от налета и может принимать нормальный вид. Субъективными ощущениями налет на языке обычно не сопровождается. Однако при наличии плотного налета больные испытывают чувство неловкости, притупление вкусовой чувствительности. Основу налета составляют увеличенные, ороговевшие нитевидные сосочки, остатки пищи, микроорганизмы, слущенные клетки эпителия.

Следует помнить, что обложенный язык наблюдается при многих инфекционных и других заболеваниях. Кроме того, небольшой налет, особенно утром, может наблюдаться у здоровых людей. Местного лечения налет не требует. Необходимо выяснить причину возникновения его и

лечить общее заболевание, санировать полость рта, дать рекомендации по правильной чистке зубов.



Налет на языке при язвенной болезни желудка

Вторым признаком желудочно-кишечных заболеваний, часто обнаруживаемым на языке, является отечное его состояние. Такое состояние языка обычно не причиняет страданий больному и обнаруживается врачом при осмотре полости рта. При значительном отеке языка больные отмечают чувство неловкости, увеличение его размеров, иногда прикусывают язык. При осмотре на кончике, боковых поверхностях языка обнаруживаются отпечатки зубов, язык увеличен в размере. Отечное состояние языка у больных желудочно-кишечными заболеваниями подтверждается положительными результатами волдырной пробы Мак-Клюра — Олдрича — время рассасывания волдыря укорочено до 10—12 мин (норма 40—45 мин).

Нередко волдырная проба оказывается положительной у лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки без видимых нарушений рельефа слизистой оболочки языка и позволяет судить о наличии скрытого отека, что является важным в диагностике ранних изменений языка и их прогнозе.



Отек языка

Отек языка является патогномичным признаком хронического поражения кишечника (колит, энтероколит) и определяется в 80% случаев. Объясняют это состояние нарушением всасывательной способности кишечника и его барьерной функции. Кроме того, имеет значение нарушение водного обмена.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в сосочковом аппарате языка. В зависимости от состояния сосочков языка некоторые авторы выделяли гиперпластический глоссит, при котором сосочки языка хорошо выражены, язык обложен плотным налетом, несколько увеличен в размере за счет отека. Такой язык наблюдается чаще у больных гастритом с повышенной кислотностью.

У лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается гипертрофия отдельных грибовидных сосочков языка, которые возвышаются над поверхностью окружающей ткани в виде ярко-красных образований. Гипопластический глоссит характеризуется атрофией сосочков, отсутствием налета, размеры языка несколько меньше обычных. Атрофия сосочков иногда выражена очень резко, язык имеет вид «лакированного» с яркими пятнами и полосами, напоминая глоссит Меллера. Описанные виды изменений языка обнаруживаются при гастритах, язвенной болезни и гастроэнтеритах, заболеваниях желчевыводящих путей. Атрофия сосочков языка вызывает неприятные ощущения, жжение, покалывания, боль при еде. В объяснении патогенеза этих нарушений наряду с трофическими расстройствами важна роль нарушения витаминного баланса за счет недостаточного усвоения витаминов, разрушения их в кишечнике и нарушения синтеза витаминов В₁, В₂, В₆, В₁₂ и др.

Десквамация эпителия языка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта встречается часто и бывает выражена по-разному. В 1932 г. Глесскером был описан так называемый язвенный язык. При этом на спинке языка обнаруживались яркие пятна различных размеров и формы, которые на фоне обложенного языка создавали вид поверхностных язв. Подобные изменения возникали вследствие атрофии нитевидных сосочков или усиленной десквамации.



Отек языка и плотный налет желтого цвета

Очаговая десквамация ограниченных участков по средней линии языка в задней его трети в виде красных пятен на фоне обложенного языка описана В. Е. Рудневой. Такие изменения напоминали ромбовидный глоссит, но отличались от ромбического и десквамативного (географического) языка тем, что появлялись в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и исчезали в процессе лечения язвенной болезни и в период ремиссии. При атрофии сосочков языка больные жалуются на неприятные ощущения, жжение, боль при приеме пищи. Эти изменения наблюдаются при дисбалансе в организме витаминов (В₁, В₂, В₆, В₁₂)



Очаги десквамации на языке

При хроническом колите десквамация языка описана у $\frac{1}{3}$ больных, при хроническом гастрите — у $\frac{1}{6}$ больных. Очаговое слущивание эпителия языка может не сопровождаться неприятными ощущениями, и больные могут не знать о них. Однако чаще такое состояние вызывает чувство жжения (не только в участках десквамации эпителия) в языке, боли при приеме горячей пищи, курении.

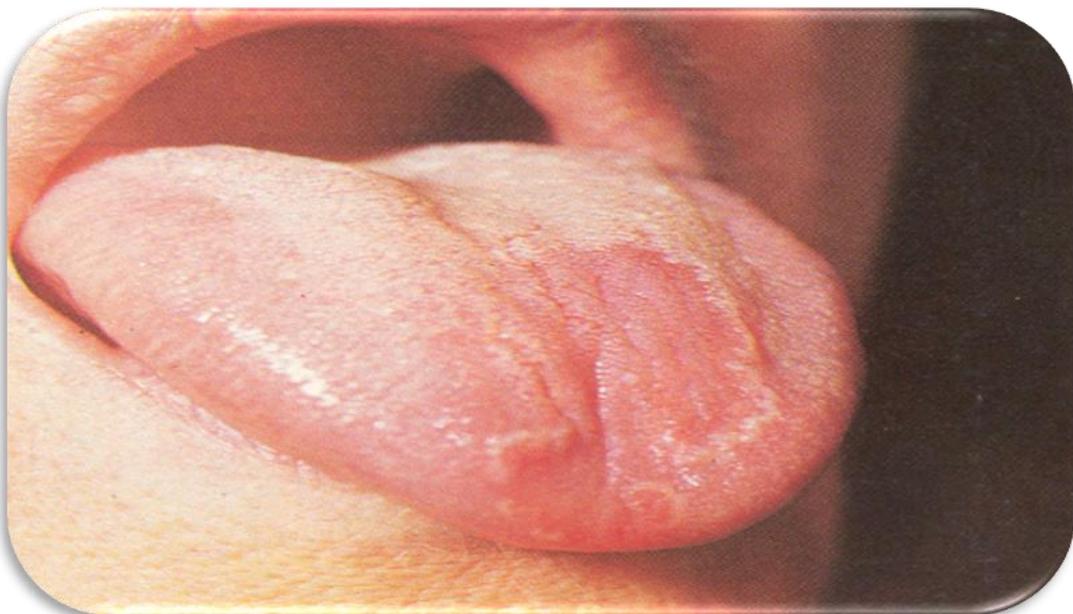
Парестезия языка (глоссалгия) часто сопровождает различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Нередко чувство жжения, пощипывания может проявляться без видимых изменений языка. Значительны нарушения вкусовой чувствительности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.



Очаги десквамации на языке

Для определения вкусовой чувствительности языка широко используется метод функциональной мобильности рецепторов языка.

Вкусовые рецепторы языка выполняют воспринимающую функцию и являются эффекторным — концевым звеном гастролингвального рефлекса. Известно, что количество функционирующих рецепторов языка зависит от функционального состояния пищеварительного тракта. Максимальная активность их наблюдается натощак.



Очаги десквамации на на передней трети языка языка

После приема пищи наблюдается демобилизация вкусовых рецепторов (уровень мобильности вкусовых рецепторов снижается вдвое).

Происходит это вследствие центробежной импульсации с интерорецепторов желудка на экстрарецепторный аппарат языка и определяется как нормальная реакция у практически здоровых людей. Изменения вкусовой чувствительности обнаружены при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта. При язвенной болезни выявлено несколько видов нарушения функциональной мобильности рецепторов:

1. после еды не происходит демобилизации вкусовых рецепторов;
2. наблюдается извращенная реакция — повышение уровня мобилизации вкусовых рецепторов после приема пищи;
3. реакция сходна с той, которая наблюдается у практически здоровых людей. Это является следствием изменения нормальной рефлекторной связи рецепторов языка и желудка в результате свойственных язвенной болезни расстройств секреторной и двигательной функций желудка. При раке желудка описано снижение вкусовой чувствительности на горькое и сладкое.
- 4.



Лихеноидные участки десквамации

При энтероколите и колите не наблюдается демобилизации вкусовых рецепторов после приема пищи. Такое состояние объясняют изменениями языка — атрофией сосочков и десквамацией, при которых резко меняется строение грибовидных сосочков. Отмечено, что в результате лечения, несмотря на улучшение общего состояния больных, показатели вкусовой рецепции не изменялись, что свидетельствует о глубоких структурных изменениях рецепторного аппарата языка.

Морфологические исследования при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта выявили дистрофические изменения нервных волокон языка, которые нарастают с давностью заболевания. Морфологические изменения являются вторичными, так как возникают и развиваются по ходу основного заболевания.

Изменения слизистой оболочки рта. Язвенные поражения слизистой оболочки рта являются следствием трофических расстройств при желудочно-кишечных болезнях.



Незаживающие афты при хроническом гастрите

Изменение цвета слизистой рта также является частым проявлением заболеваний желудочно-кишечного тракта. Отмечено, что цвет слизистой оболочки рта зависит от вида, давности и тяжести основного заболевания. Катаральный стоматит в виде участков гиперемии ярко-красного цвета или с преобладанием цианоза обнаружен при язвенной болезни, колите, энтероколите и других заболеваниях. Бледность слизистой оболочки рта и наличие участков десквамации отмечена у лиц с язвенной болезнью, желудка и двенадцатиперстной кишки.



Участки десквамации на языке

На причинно-следственную связь этого признака, как и других, указывают ослабление или исчезновение проявлений в полости рта под влиянием лечения основного заболевания, в период ремиссии и, напротив, яркая выраженность этих симптомов в период обострения желудочно-кишечных заболеваний. Больных беспокоит обычно жжение или боль, преимущественно при приеме горячей и острой пищи, изменение цвета слизистой оболочки языка.

Необходимо лечение основного заболевания. Кроме того, учитывая роль гиповитаминоза группы В, явлений дисбактериоза в полости рта и кишечнике, следует использовать витамины группы В внутрь или лучше парентерально (поливитаминовые комплексы, — пангексавит, декамевит), для инъекций (тиамин, цианокобаламин, пиридоксин и др.).

Нарушения слюноотделения в форме повышения саливации при обострении язвенной болезни с высокой желудочной секрецией или ксеростомии-при язвенной болезни, гастритах и других заболеваниях встречаются довольно часто. Нарушение саливации, как правило, сочетается с другими, уже описанными нами, изменениями слизистой оболочки.



Гипертрофия грибовидных сосочков языка

При осмотре полости рта можно обнаружить протезы, металлические конструкции, брекет – системы. Больной жалуется на неприятные ощущения и нарушение вкуса в полости рта, жжение, зуд, болевую реакцию, повышенную чувствительность зубов и слизистой оболочки полости рта.

Таким образом, многочисленные клинические наблюдения, отдельные экспериментальные исследования указывают на частое поражение полости рта при желудочно-кишечной патологии, что подтверждает наличие взаимосвязи слизистой оболочки полости рта и органов пищеварения.

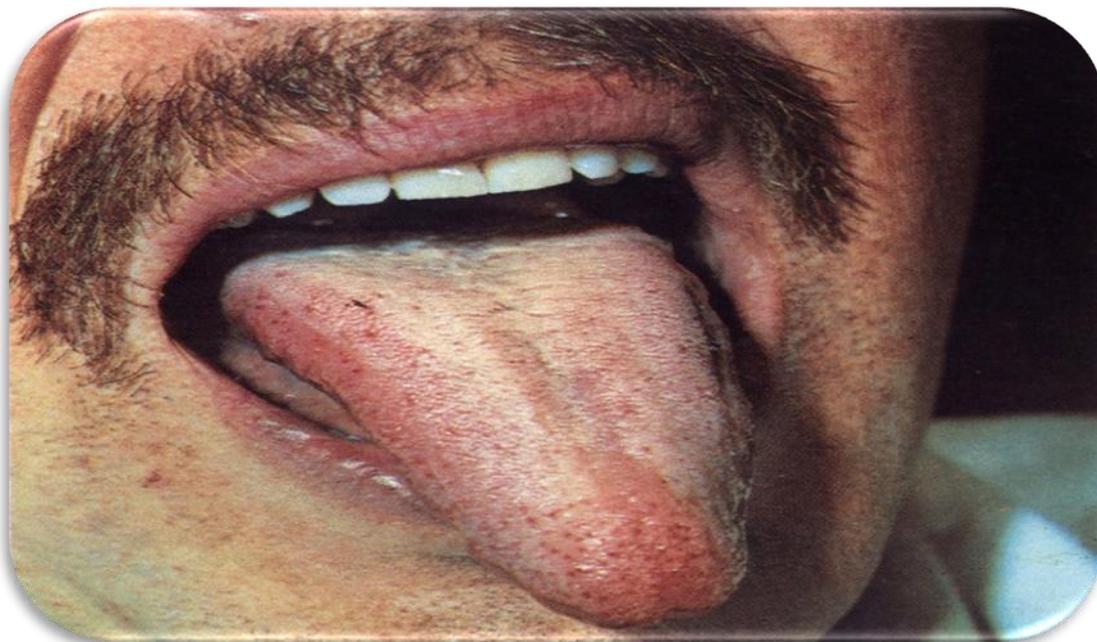
При болезнях желудочно-кишечного тракта наиболее изучено их влияние на состояние языка. Вид языка, по мнению многих исследователей, может иметь диагностическое значение и указывать на скрытую патологию желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто обнаруживается обложенность языка. Степень выраженности налета зависит от разных причин. Прежде всего имеет значение морфологическое строение языка. При нормальном состоянии или гипертрофии сосочков языка налет плотный, значительно

выражен. При атрофии сосочков, наоборот, налет отсутствует или выражен слабо.

Бляшка на языке удаляется с легкостью, очень редко образуется эрозия, бляшка снова восстанавливается. У курильщиков налет чаще всего окрашивается в коричнево-черный цвет. Бляшка считается этиологическим фактором развития кариеса. При наличии серьезных факторов со стороны внутренних органов на слизистой оболочке полости рта – на внутренней поверхности щек, губ могут наблюдаться эрозии, трещины и очаги десквамации.

Глава 5. Хронический гастрит и гастродуоденит

Из всей структуры заболеваний пищеварительного тракта, именно на долю гастрита приходится 70 – 80% случаев заболевших. Симптомы, которые можно будет заметить во рту, будут напрямую зависеть от кислотообразующей функции желудка. Повышенная секреция пищеварительных соков сопровождается повышенной саливацией слюны, бледностью и отеком слизистой оболочки полости рта (СОПР), увеличением сосочков языка. Так же характерен катаральный стоматит, основными проявлениями которого будет – кровоточивость десен, галитоз, синюшность межзубных сосочков и увеличение объема десны. При низкокислотном гастрите, в полости рта можно заметить обложенный язык, обычно налет от белого до желтого оттенка, сосочки языка становятся сглаженными. Так же характерна малая выработка слюны, сухость губ, и агнулярный хейлит – трещины с формированием эрозий в области углов рта.



Изменения языка при гиперацидном гастрите

Больные с хроническим гастродуоденитом предъявляют жалобы на зловонный запах изо рта, постоянный привкус горечи и кислого, жжение. Объяснить появление привкуса можно рефлюксом – забрасыванием содержимого желудка в пищевод и полость рта, причина которого кроется в патологической работе клапанных структур.

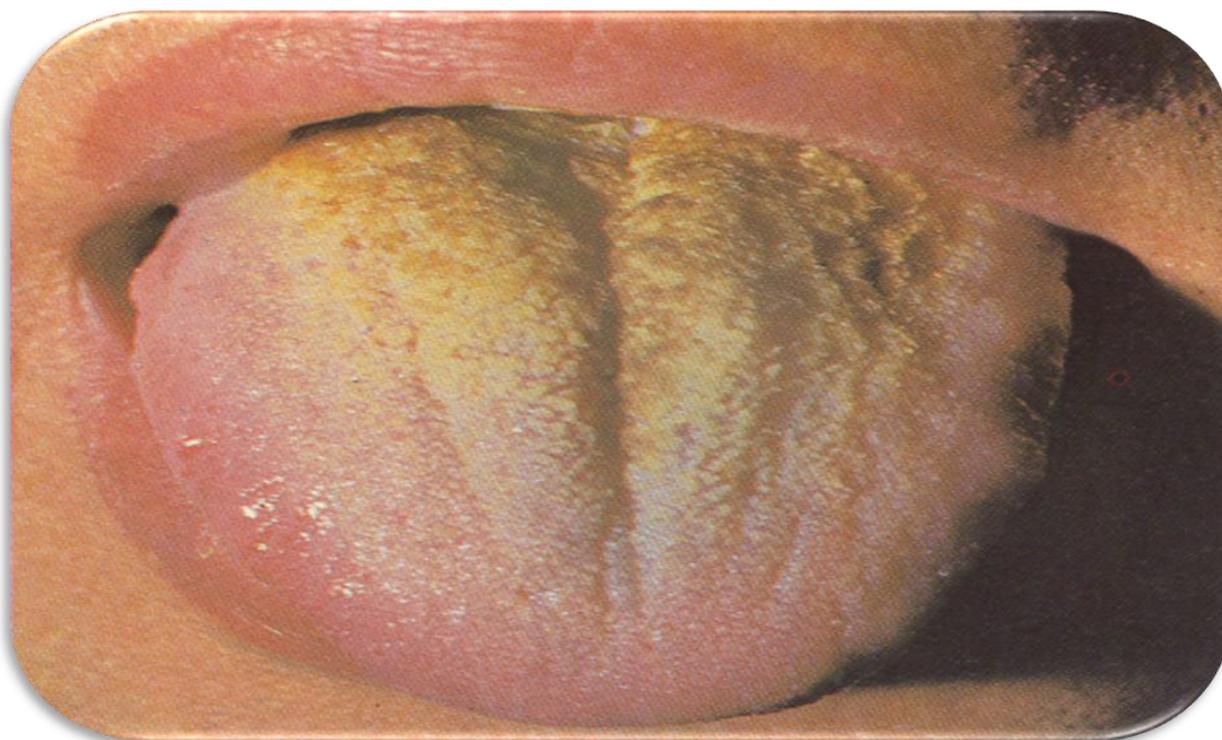


Атрофия сосочков языка при гипоацидном гастрите

Так же характерен рецидивирующий стоматита (герпетический, кандидоз), герпетические поражения красной каймы губ, гингивит. Замечено что у 50 – 70% больных отмечается хейлит – сухость с формированием специфических корок на губах, их отшелушивание и покраснение. На слизистой оболочке заметно усиление сосудистого рисунка. Язык обложен и будут прослеживаться явные изменения его сосочков: недостаточное отшелушивание нитевидных сосочков, увеличение в объеме грибовидных и листовидных типов, часто регистрируется «географический язык». Нельзя забывать и про высокую распространенность кариеса, у 95 – 97% пациентов в полости рта регистрируется декомпенсированная форма кариеса (множественный, быстротекущий).

Глава 6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время язвенная болезнь желудка молодеет, и если еще в конце 80х годов встречалась преимущественно у лиц среднего возраста, то сегодня легко диагностируется у молодых и даже подростков. В структуре заболеваний пищеварительного тракта, на долю язвенной болезни приходится около 5 – 6%. Те симптомы, которые проявляются при язвенной болезни будут схожими с проявлениями гастродуоденита, но более интенсивны и носят упорный характер. Замечено что при язве повышается чувствительность полости рта к тактильным и температурным раздражителям, и речь идет не только о гиперестезии, но и о повышенной чувствительности СОПР. На языке формируется обильный налет желто-коричневого оттенка, отмечаются увеличенные в размерах грибовидные и листовидных сосочки, часто регистрируется «географический» и «волосатый» язык.



Язык покрыт плотным желто-коричневым налетом

Глава 7. Патологии желчного пузыря и его протоков

Дискинезия желчевыводящих путей сопровождается большинством патологий пищеварительного тракта. В полости рта регистрируется отек и покраснение ее слизистой оболочки, за счет рефлюкса, язык обложен, а налет имеет желто-коричневый оттенок.

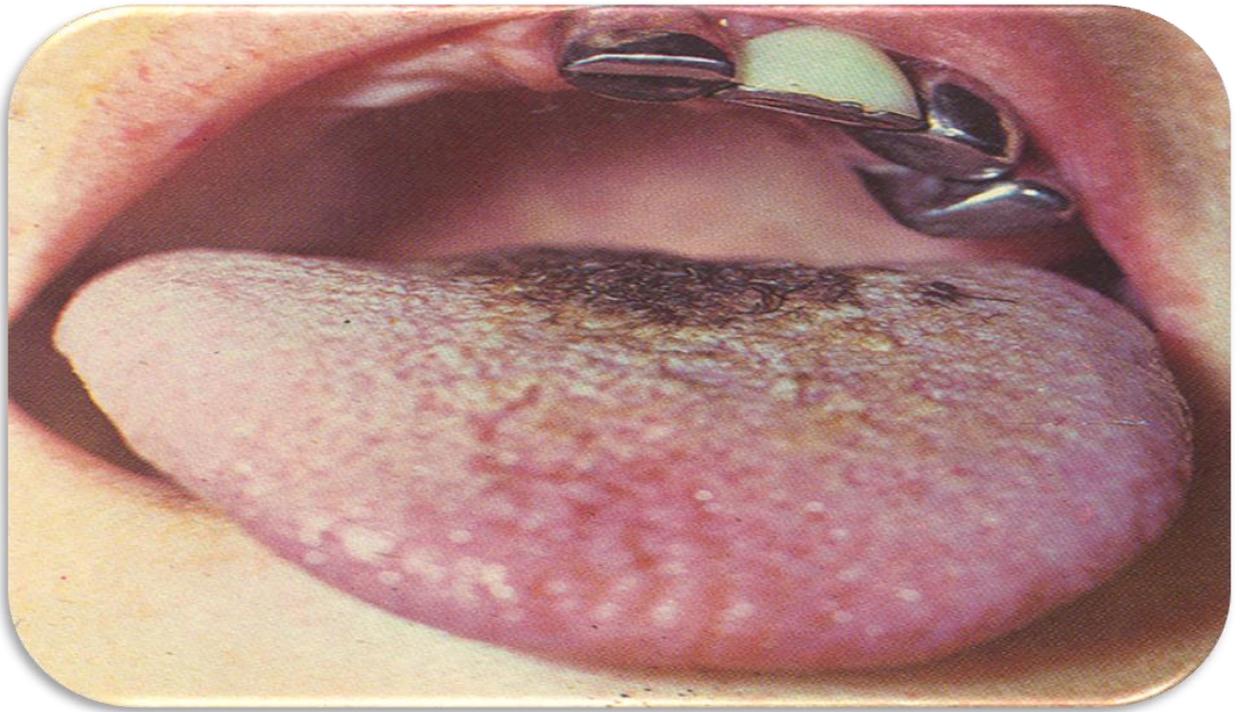
Хронический холецистит главным образом опасен холестазом – застоем желчи, из-за чего и будут формироваться симптомы. Для больных с холециститом характерна декомпенсированная форма кариеса, сам кариес расположен атипично, в так называемых иммунных зонах – на буграх, в области экватора зуба.



Десквамация языка, на задней трети отмечается язва

За счет быстрого течения процесса, кариес быстро осложняется, что может привести к ранней потере зуба. Часто диагностируются гингивиты, стоматиты, увеличивается в размере язык.

Заболевания печени. Хронический гепатит и циррозы довольно редкая группа заболеваний, с различной выраженностью клинических симптомов. При объективном осмотре отмечается иктеричность (желтушность) кожи и склер глаз. СОПР так же окрашивается в желтый цвет, причем наиболее интенсивно в области мягкого неба. Повышается кровоточивость десен. Так же характерны изменения языка – атрофия нитевидных сосочков, слущивание эпителия. СОПР отечна, гиперемирована, отмечается ксеростомия. Из-за этого, пациенты могут жаловаться на изменение вкуса привычных блюд, постоянную горечь во рту. В ряде случаев, пациенты предъявляют жалобы на стойкое жжение, покалывание в языке и губах.



Черный «волосатый» язык

При вирусных гепатитах в острый период заболевания формируется катаральный стоматит, желтизна десен и мягкого неба, сосудистые звездочки на внутренней поверхности щек. В полости рта наблюдается упорный кандидоз и афтозный стоматит. Афтозный стоматит – особая группа стоматитов, которые сопровождают заболевания пищеварительного тракта, чаще всего регистрируется в возрастной группе 20 – 60 лет. Первыми симптомами будет резкое покраснение небольшого участка слизистой оболочки округлой формы, буквально за пару часов это покраснение возвышается над слизистой оболочкой. Спустя 8 – 16 часов, этот участок эрозируется и покрывается налетом, так и формируется афта небольшого размера буквально 0,3 – 0,5 см. Чаще всего афты локализуются на боковой поверхности языка, слизистой оболочке губ и щек. Хронический колит, энтероколит Часто после перенесенных кишечных инфекций развивается колит или энтероколит, так же причиной развития этих заболеваний будет дисбактериоз кишечника.



Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

В период развития заболевания, слизистая оболочка будет покрыта белым налетом, за счет отека – на внутренней поверхности щек замечены отпечатки зубов. При дисбиозе, пациенты предъявляют жалобы на неприятный металлический привкус, галитоз, постоянную отрыжку кислым. Для энтерита характерен отечность и гиперемия СОПР, катаральный гингивит, географический язык. А вот при энтероколитах – выраженная сухость губ, с формированием характерных корок, географический язык, кандидозный стоматит и обложенность языка. Несмотря на то, что практически для всех патологий пищеварительного тракта будут характерны относительно одинаковые проявления в полости рта, поставить предварительный диагноз в кресле стоматолога возможно.

Главными критериями диагностики будет наличие сопутствующих симптомов, степень выраженности проявлений в полости рта, и конечно, сами симптомы. Поставленный предварительный диагноз, будет требовать консультации узкого специалиста и определенного перечня исследований для его подтверждения или исключения.

Глава 8. Эзофагит и гастроэзофагальный рефлюкс

При некоррозивных эзофагитах выявляется наличие на языке налёта серого цвета. Наблюдается нарушение вкуса. При кандидозной этиологии слизистая оболочка языка гиперемированная, сухая, на её поверхности точечные белые высыпания или беловато-серые легко снимаемые плёнки. После удаления на месте налёта обнаруживается кровоточащая поверхность.



Отек языка

Одна из опухолей пищевода, возникающая при редком заболевании — тилозе, наряду с выраженным гиперкератозом ладоней и подошв проявляется утолщением СОПР.

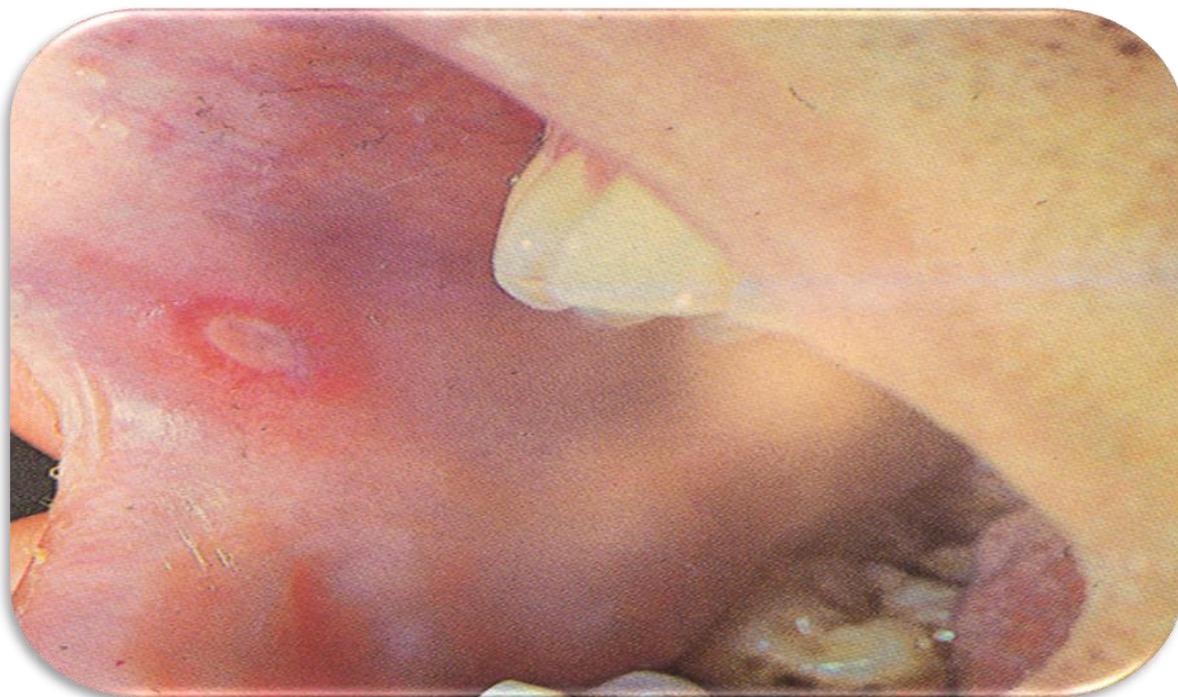
При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни из-за рефлюкса желудочного содержимого в полость рта наступает нарушение pH. При pH 6,2 развивается очаговая деминерализация эмали зубов с образованием кариозных полостей и эрозий. У больных может быть неприятный запах изо рта, патология мягких тканей (хейлит, стоматит, гингивит, пародонтит). Типичный признак желчного рефлюкса — жёлто-коричневое окрашивание налёта на языке

При остром гастрите выявляются признаки коагуляционного некроза — плотная плёнка, цвет которой зависит от вида кислоты. Под действием серной кислоты появляется плотная плёнка бурого цвета, азотной — жёлтая. Другие виды кислот дают плёнки бело-серого цвета. Плёнки плотно спаяны с подлежащими тканями и окружены отёчной и гиперемированной СОПР.



Отек Квинке

При аллергическом остром гастрите в полости рта могут появиться различных размеров высыпания бледно-красного цвета с чёткой каймой розового цвета на периферии. Нередко в полости рта могут появиться волдыри и пузыри, заполненные геморрагическим или серозным экссудатом. Может развиваться типичный отёк Квинке. Чаще всего он локализуется в области губ, но может быть и на языке. При поражении язык увеличен в размере, может мешать дыханию, вызывать рвотные позывы.



Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Глава 9. Острый и хронический гастрит

При хроническом гастрите могут выявляться симптомы полиавитаминоза (недостаток аскорбиновой кислоты и витаминов группы В). Симптомы: сухость кожи, изменения десны (покраснение, разрыхлённость, кровоточивость) и языка, хейлит и стоматит. Бледность СОПР, гладкий, блестящий язык с ярко-красными пятнами и полосами. Гиперестезия, жжение, повышенная сухость во рту. Нитевидные сосочки сглажены, возможно появление эрозий. Участки атрофии окружены ободком белесоватого цвета. Наблюдается фиксированная форма десквамативного глоссита. В углах рта появляются заеды. При хроническом гастрите типа А отмечается «гюнтеровский глоссит»: на спинке языка участки атрофии эпителия ярко-красного цвета, в подслизистой основе — выраженная воспалительная инфильтрация. Появляется выраженная гиперестезия, чувство жжения, афты.

При гастрите В язык цианотичен, отёчен, на спинке языка обнаруживаются гипертрофированные нитевидные сосочки, налёт бело-жёлтого или серо-жёлтого цвета. Тёмно-коричневый налёт наблюдается у больных хроническим гастритом С. Нередко больные ощущают явления парестезии в области корня и кончика языка.



Заеды в углах рта

У больных язвенной болезнью в период обострения наблюдаются изменения языка: увеличение в размерах, наличие отпечатков зубов. Преимущественно в дистальных отделах языка появляется серовато-белый плотный налёт. Это создаёт благоприятные условия для активизации в полости рта оппортунистической инфекции. Чувство жжения, лёгкого покалывания, усиливающегося в момент приёма пищи. Осмотр полости рта у больного раком желудка может выявить изменения, характерные для хронического атрофического гастрита. Нередко обнаруживается диффузно обложенный белым или серо-белым налётом язык.

СОПР всегда вовлекается в патологический процесс при острых гепатитах. Больных беспокоит сухость, отёчность, участки гиперемии, желтушное окрашивание СОПР. Геморрагии появляются в области мягкого нёба и вестибулярной поверхности губ. Наблюдается десквамация или атрофия эпителия языка. На СОПР появляются множественные эрозии небольших размеров. Фибринозный налёт на поверхности эрозий имеет желтушный оттенок. Поверхность языка при острых гепатитах ярко-красная, блестящая, часто возникает чувство жжения. Характерно извращение вкусовых ощущений, чувство горечи во рту, жжение или зуд языка и губ, парестезия СОПР и языка.



Кандидозный глоссит

У больных алкоголизмом выявляются изменения, связанные с алиментарной недостаточностью, приводящей к развитию ангулярного хейлита, который начинается с размягчения кожи в углах рта и появления трещин. «Лакированный язык» — признак витаминной и минеральной недостаточности. Характерным признаком является мелкий тремор языка. Иногда у пациентов с алкогольной болезнью печени можно выявить

двустороннее увеличение околоушных слюнных желёз.

При печёночной недостаточности изо рта исходит своеобразный запах. Больные жалуются на жжение в области языка, нёба и губ. СОПР сухая, цианотичная. Возможно развитие кандидамикоза, афтозных и герпетических высыпаний. В местах, где СОПР травмируется прикусом, отмечаются гиперкератоз, трещины и длительно незаживающие эрозии.



Кандидозная заеда

Слизистая оболочка языка атрофируется вплоть до десквамации эпителия. Язык отёчный, гладкий, цианотичный или гиперемированный («кардинальский»). Отмечается углубление естественных складок языка. Десна бледно-розового цвета, отмечаются признаки атрофии маргинального края, кровоточивость. В углах рта обнаруживаются длительно не заживающие трещины.

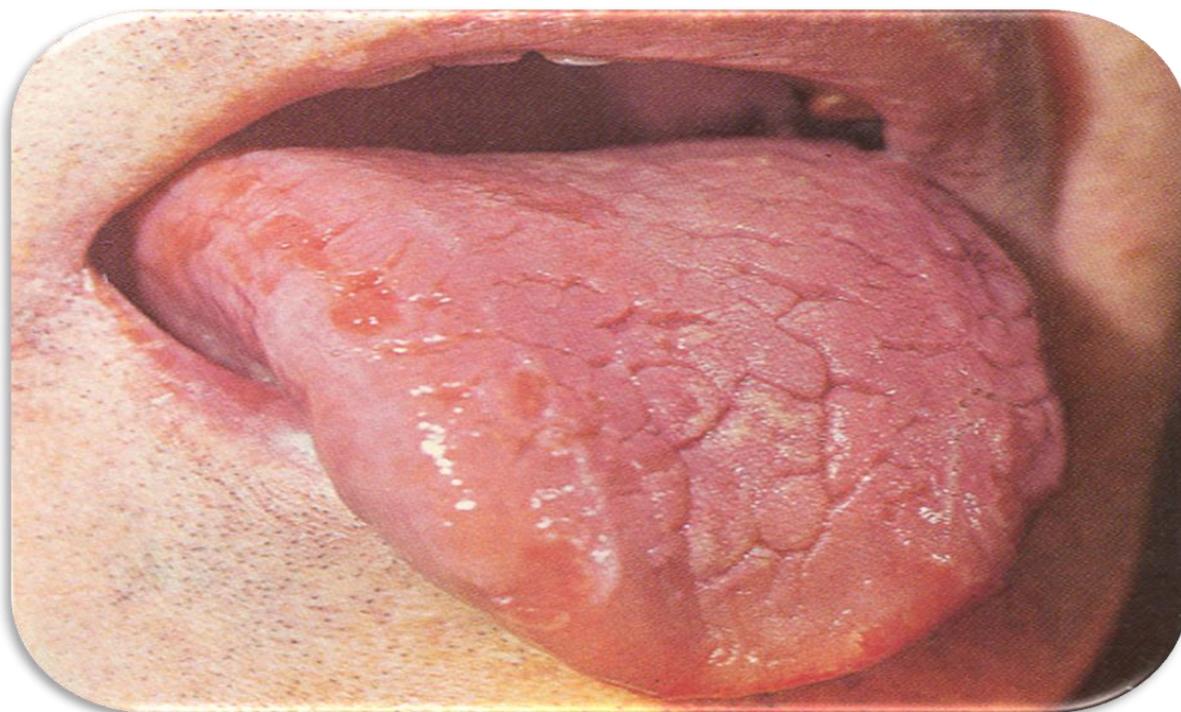
При холелитиазе наблюдаются изменения окраски языка, появление участков десквамации, разрастание отдельных участков эпителия языка, появление борозд на спинке языка, кровоточивость десны, различные формы гингивита. При болезни Крона возникают эритематозные выбухания СОПР, на месте которых могут появиться эрозии, небольшие язвы и афты (саркоидоподобные гранулёмы). Могут возникать язвенная и узловатая формы глоссита. В ряде случаев на щеках и боковой поверхности языка находят гиперпластические разрастания гранулёматозного происхождения.



Атрофия сосочков языка, Гунтеровский язык

В патогенезе описанных изменений слизистой оболочки рта (отек, парестезия, десквамация эпителия и др.) важное значение наряду с рефлекторными, гуморальными механизмами имеют гиповитаминоз, особенно витаминов группы В, повышение сосудисто-тканевой проницаемости. Эти положения подтверждаются биохимическими исследованиями, функциональными пробами. Важное значение при этом имеют обнаружение повышенной чувствительности к гистамину (резкое повышение концентрации гистамина в сыворотке крови, особенно в остром

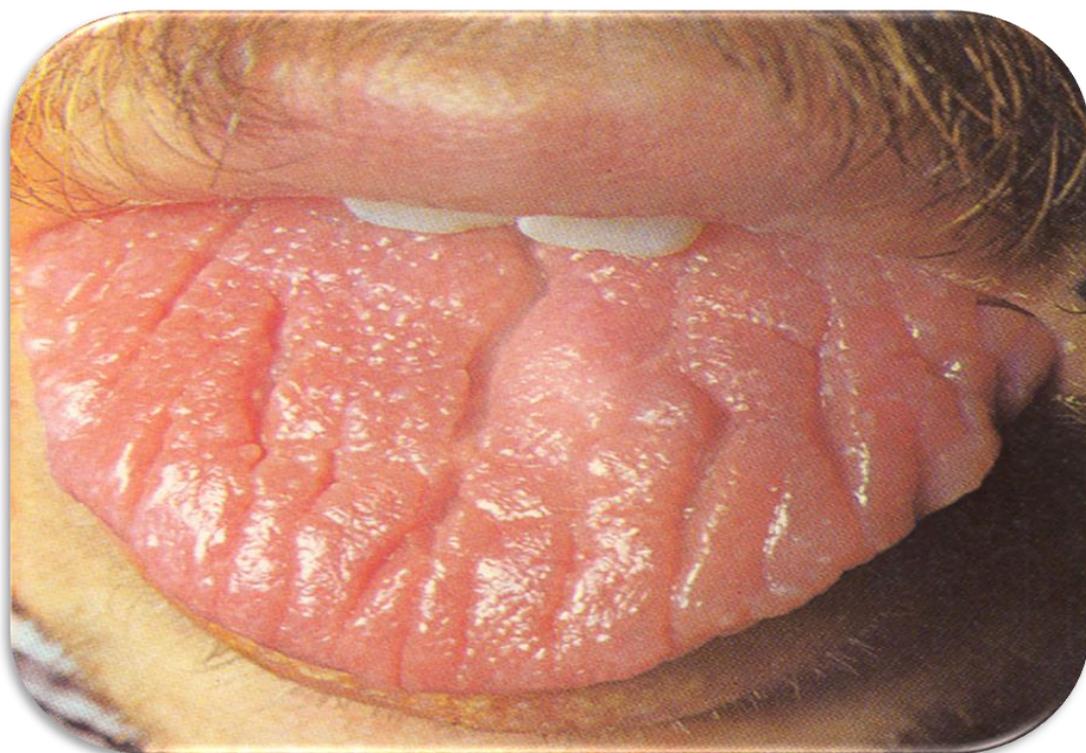
периоде заболевания, с одновременным снижением активности гистаминазы, положительная кожная проба на гистамин), повышение активности гиалуронидазы, нарушение витаминного баланса и др.



Складчатый язык

При болезни Боткина, хроническом гепатите отмечены разнообразные изменения слизистой оболочки рта воспалительно-дистрофического характера: гиперемия, сухость, отек и десквамация эпителия слизистой оболочки, особенно выраженные в фазе нарастания желтухи (болезнь Боткина).

Кроме того, характерны желтушность мягкого неба, дна полости рта, появление геморрагии, телеангиэктазий. Отмечены горечь, извращение вкуса (кислый, металлический вкус во рту), кровоточивость десен, явления гиперестезии твердых тканей зуба. Эти изменения объясняют накоплением желчных кислот в крови, слюне, явлениями геморрагического диатеза, характерного для болезней печени. Важно отметить, что лечение основного заболевания приводит к исчезновению или уменьшению выраженности стоматологических проявлений и нормализации биохимических показателей. Значительны изменения в полости рта при заболеваниях печени.



Складчатый язык

Глава 10. Лечение

Подтверждением причинно-следственной связи заболевания печени и проявлений в полости рта являются экспериментальные исследования с использованием четыреххлористого углерода и лигирования выводящего желчного протока как модели гепатита и гепатохолецистита. У экспериментальных животных слизистая оболочка окрашивается в желтый цвет, появляются участки гиперемии, мелкие эрозии и язвы, покрытые налетом, идентичные элементам хронического рецидивирующего афтозного стоматита на разных стадиях развития у больного.

В патогенезе описанных изменений слизистой оболочки рта (отек, парестезия, десквамация эпителия и др.) важное значение, наряду с рефлекторными и гуморальными механизмами, имеют гиповитаминоз, особенно витаминов группы В, повышение сосудисто-тканевой проницаемости. Эти положения подтверждаются биохимическими исследованиями, функциональными пробами. При этом повышается чувствительность к гистамину (резкий рост концентрации гистамина в

сыворотке крови, особенно в остром периоде заболевания, с одновременным снижением активности гистаминазы, положительная кожная проба на гистамин), активность гиалуронидазы, нарушается витаминный баланс и др.

Если стоматит не позволяет полноценному приему пищи, речи и дискомфорту пациента, врач может назначить местные обезболивающие препараты. Натуральные продукты, такие как сок каланхоэ, ромашка, шалфей настойка, также оказывают антибактериальное, успокаивающее и противовоспалительное действие на слизистые оболочки. Лечение стоматита всегда должно включать антибактериальные препараты.

Важно отметить, что лечение основного заболевания приводит к исчезновению или уменьшению выраженности стоматологических проявлений и нормализации биохимических показателей.

В случае болезни Боткина, стоматологическая помощь должна быть оказана во время разгара заболевания. Запрещается использовать зубную пасту или зубную щетку из-за риска кровотечения десны. Если раздражение и парестезия слизистой оболочке полости рта беспокоят больного, то рекомендуется полоскать такими средствами, как раствор анестезина в глицерине, 0,1% -ный раствор димедрола, зверобой, шалфей, ромашка. С первых дней герпетической сыпи рекомендуется использовать противовирусные препараты (оксолин, теброфен, интерферон).

Лечение слизистой оболочки полости рта при циррозе печени направлено на улучшение процесса репаративной регенерации. Рекомендуются каротопластические средства - каротолин, масло розмарина, подсолнечное, оливковое или персиковое масло, ретинол, ацетат токоферола или оральные ванночки. Это очень важно для лечения основного заболевания. Кроме того, полость рта обрабатывают антисептиками,

назначают поливитамины «Декамевит», «Пангексавит», «Глутамевит», «Юникап».

Стоматит можно лечить в домашних условиях. Лечение длится в среднем одну неделю. Для более быстрого выздоровления необходимо временно воздержаться от кислой, соленой, твердой, очень горячей или холодной пищи, часто полоскать рот дезодорирующими средствами.

Лечение должно включать профилактику хронических заболеваний, облегчение боли, восстановление слизистой оболочки и провести профилактику вторичных заболеваний. Стоматолог после проведенного осмотра должен провести санацию полости рта, удаление мягких и твердых зубных отложений, лечение кариеса и его осложнений, болезней пародонта.

Глава 11. Лечебно-профилактическая работа

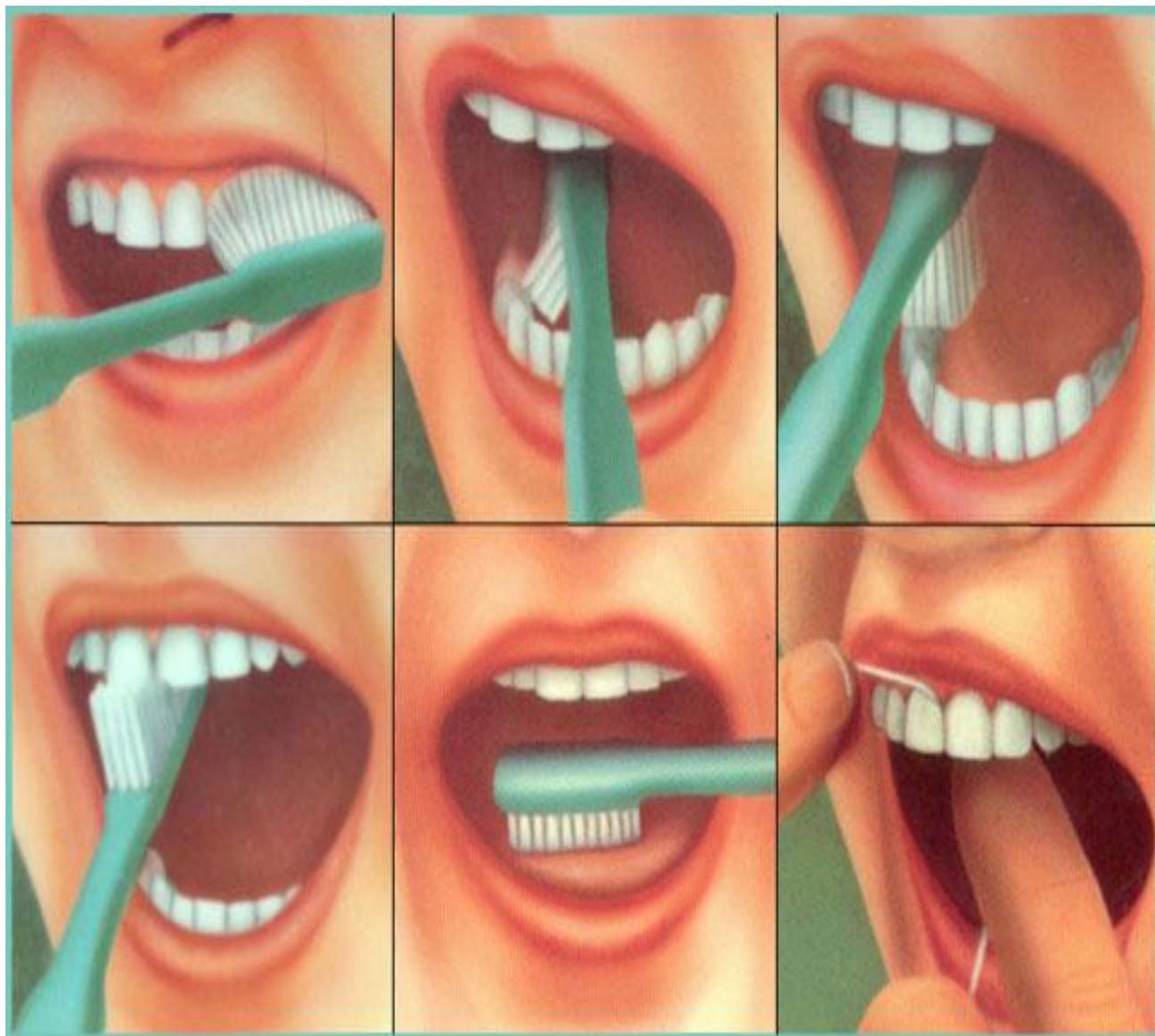
У пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта гигиеническое состояние полости рта нарушается, наблюдается кариесогенная ситуация и зубы становятся подвержены развитию кариеса. Пациентов нужно обучать правилам ухода за полостью рта, зубные щетки и пасты подбираются больным индивидуально. Пациенты должны посещать стоматолога минимум два раза в год. Профилактика и наблюдение специалиста могут помочь устранить проблему с самого начала.



Пациенты с заболеваниями пищеварительной системы должны быть обучены регулярно и правильно чистить зубы. Чистить зубы зубной щеткой и пастой нужно два раза в день. Щетка удаляет бактериальный слой и остатки пищи, которые могут засорить межзубные промежутки, а паста оказывает свое антибактериальное влияние на бактерии и уменьшает воздействие молочной кислоты, выделяемое микроорганизмами, тем самым укрепляя зубную эмаль. Рекомендуется чистить зубы примерно через 30 минут после еды, что необходимо для быстрого восстановления эмали.



Что касается действия зубной щетки, вся поверхность зуба должна быть очищена. Переместите щетку от шейки зуба к режущей кромке, а затем очистите край. Рекомендуется уделить около двух минут на активную чистку зубов. Зубная щетка должна состоять из удобной ручки и жестких щетинок, которые подходят вашим зубам. Если ваши зубы слишком чувствительны или у вас кровоточат десны, рекомендуется щетка мягкой или средней жесткости, а также жесткая щетка не рекомендуется для людей с воспалительными заболеваниями десны.



Зубная паста предназначена для чистки зубов.

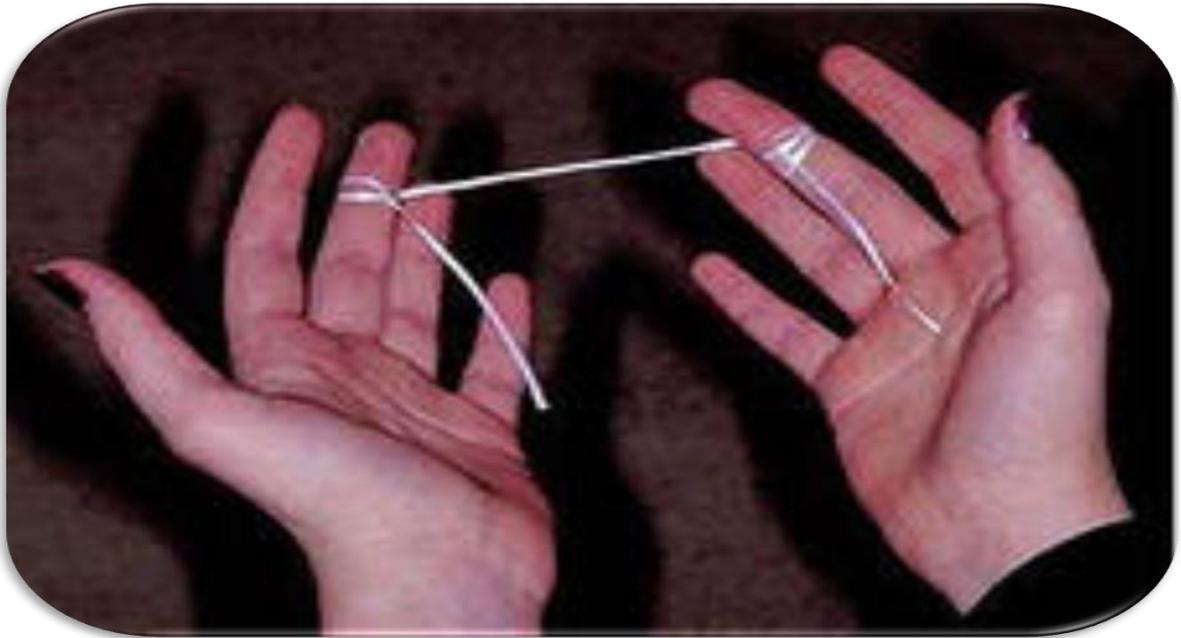
Зубные бактерии могут быть найдены не только в зубах и деснах, но также на миндалинах, легких и особенно языке. Вы можете использовать специальные щетки, жидкости и другие современные

методы для их очистки. Необходимо соблюдать правила гигиены. Никогда не используйте чью-то зубную щетку, чтобы держаться подальше от бактерий, вызывающих заболевание. Кроме того, все необходимые средства по уходу за полостью рта должны быть сухими. Щетка с мылом и стеклом должна заменяться каждые 3-4 месяца

Использование флосса - зубной нити (зубной пасты) лучше всего подходит для чистки зубов и удаления остатков пищи. Зубочистка очищает труднодоступные участки между зубами и удаляет с них налет, тем самым лишая бактерии питательных веществ. Нить можно использовать после каждого приема пищи и щеткой.



На сегодняшний день зубные нити — основное средство для очищения межзубных промежутков (апроксимальных поверхностей) зубов. Использовать её желательно после каждого приёма пищи. Нить длиной 20—30 см наматывают на средние пальцы рук и натягивают большим пальцем правой и указательным левой. В натянутом состоянии нить вводят в межзубной промежуток, осторожно опускают до контакта с десной (не повреждая десну), прижимают к контактной поверхности зуба и в таком положении производят 6—7 движений в переднезаднем направлении к режущему краю. Нить продвигают умеренно, чтобы не травмировать десну.



Зубочистку следует использовать с осторожностью, так как десны могут быть повреждены. Зубочистки - деревянные треугольники приходят на помощь, когда зубы невозможно почистить щеткой или зубной нитью. Однако не рекомендуется использовать такие предметы, как иглы, царапая эмаль, они способствуют бактериям проникать в более глубокие слои зуба.

При пародонтите - зубную щетку следует использовать осторожно, чтобы не повредить десны и зубы.



Зубы должны быть защищены от кислоты и сахара

Газированные напитки, сладости и даже свежевыжатые соки вредны для зубов. В этих соках концентрируется фрукт, поглощающий эмаль. Карамель,

ирис и лаванда - лучшие условия для распространения патогенных микробов во рту в течение длительного времени. Шоколад также менее вреден для зубов из-за того, что какао, содержащееся в нем, предотвращает разрастание бактерий.



Шоколад и газированные напитки вредны для пищеварительной системы

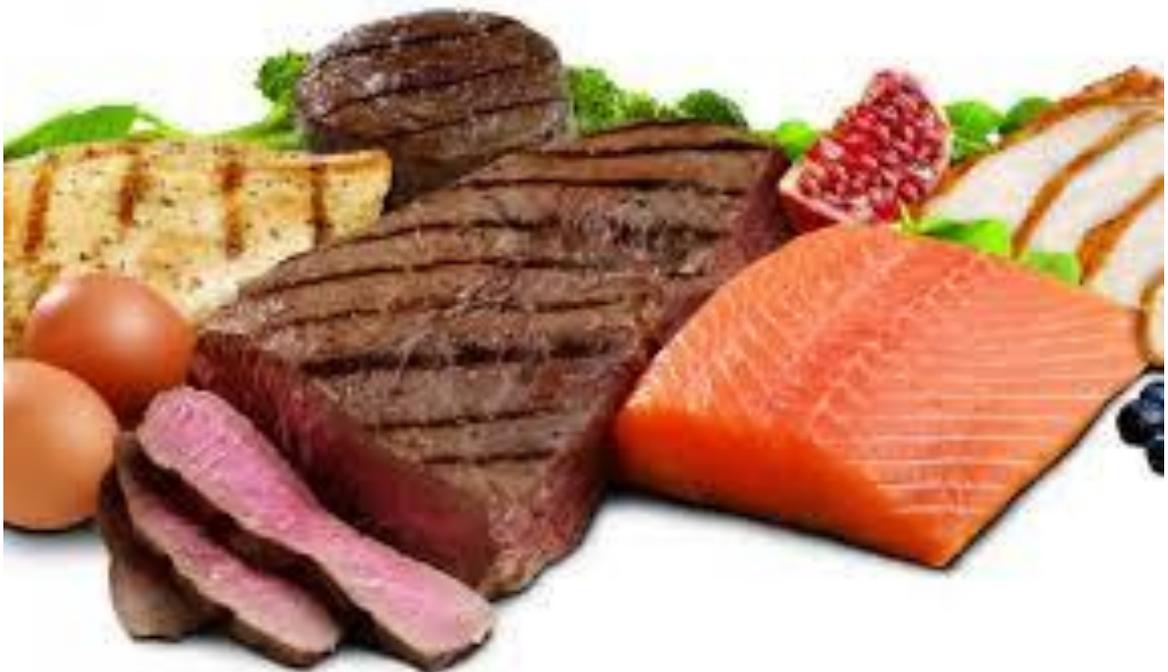


Чай и кофе, которые считаются опасными для зубов, действительно полезны: черный чай укрепляет зубную эмаль, а натуральный кофе из жареных зерен обладает антибактериальным действием, однако они могут окрашивать зубы в темный цвет.

Для поддержания здорового образа жизни кальций и фтор необходимы для правильного питания. Кальций также усваивается витамином D. Источниками витамина D в рационе являются мясо, птица, яйца, масло, морепродукты; источники кальция - йогурт, сыр, шпинат, брокколи; Источниками фтора являются черный чай, черный хлеб, рыба.



Сметана, сыр, зелень, капуста брокколи, бобы и отруби очень богаты витаминами. Желательно употреблять в пищу белки, птицу, рыбу и говядину в виде приготовленных на пару блюд в нашем ежедневном рационе.



Необходимо снизить давление на зубы, зубы не должны подвергаться воздействию твердых предметов (орехи, бутылки, нити). Это также плохо для зубов, твердые ткани зуба будут поражены. Необходимо использовать специальную зубную щетку перед сном.

Желательно почистить язык. Для этого необходимо использовать средства для чистки языка. Накопление налета на языке может быть основой для образования бляшки из остатков пищи и мигрирующих эпителиальных микроорганизмов, которые должны постепенно очищаться.

Метод чистки языка



Зубные эликсиры играют важную роль в поддержании гигиены полости рта, поскольку она придает приятный аромат и дезодорирующий эффект как на десны, так и слизистые оболочки.



Зубные эликсиры — это ароматизированные прозрачные водно-спиртовые растворы активно действующих веществ. В состав эликсиров входят экстракты лекарственных трав, витамины, эфирные масла (мятное, гвоздичное, лимонное и др.) и другие вещества, благотворно влияющие на слизистую оболочку полости рта. Эликсиры содержат более 30% спирта, и для применения их разводят водой. Готовые к применению эликсиры содержат 5—6% спирта. Они укрепляют десны, предотвращают кровоточивость, предохраняют зубы от кариеса, но чаще их применяют как дезинфицирующее полость рта и освежающее средство. Все зубные эликсиры можно разделить на две группы: гигиенические и лечебно-профилактические.



В отличие от эликсиров зубные ополаскиватели не нужно разводить перед применением, они не содержат спирта и обладают, как правило, лечебно-профилактическим действием. Это могут быть зубные ополаскиватели противовоспалительного, противокариесного действия, ополаскиватели, снижающие чувствительность шеек зубов, уменьшающие отложения зубного налета и растворяющие его и т.д. По назначению эликсиры и ополаскиватели подразделяются на пять групп:

противокариозные,

противовоспалительные,

антисептические,

дезинфицирующие,

уменьшающие образование зубного налета.



Образцы раздаточного материала

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение ролевой игры “Паутина”.

Составление органайзеров по теме: «Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях.»

1. Кластер
2. Диаграмма «Почему»

Метод проведения интерактивной игры "Паутина".

1. Студентам предоставляется время для подготовки ответов на вопросы предыдущих уроков.
2. Игроки садятся вокруг.
3. Игрок передает клубок пряжи тому, кто подготовил ответ на вопрос.
4. Студент, который принял клубок отвечает на вопрос и спрашивает другого игрока. Этот конкурс продолжается, пока все игроки не запутались в паутине.
5. Всем студентам были заданы вопросы, последний игрок задаёт вопрос первому игроку и передает клубок, и так далее, это действие продолжается до тех пор паутина не распутается.
6. при задавании вопроса от студента требуется внимание, потому что неизвестно, кто получит клубок.

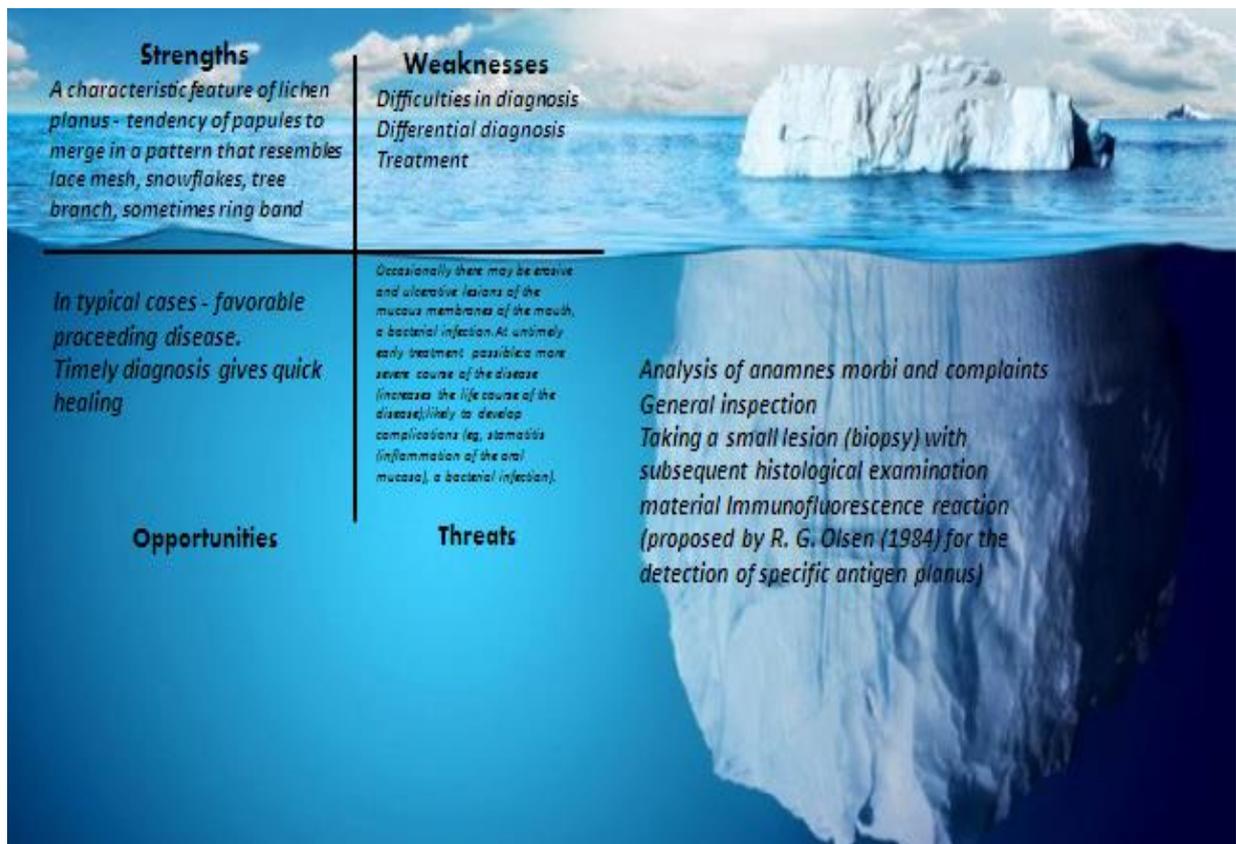
Диаграмма Венна



Аналитическая таблица SWOT

<p>S-strengths</p> <p>Санация полости рта, устранение причинных факторов (гальванизма, нерациональных протезов, удаление зубных отложений)</p>	<p>W-weakness</p> <p>Выбор метода лечения (хирургический, консервативный)</p>
<p>O-opportunities</p> <p>При надобности провести дополнительные методы исследования (люминесцентный, гистологический, цитологический)</p>	<p>T-threats</p> <p>При определении осложнений или малигнизации, провести консультацию с онкологом</p>

«SWOT – analysis» table



Ассесмент – это оценка
Цель ассесмента состоит в том, чтобы определить у учащегося степень овладения знаниями

Ассесмент

Тема № 1: Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях

Тест	Ситуационная задача
<p>1. Афты это: А овальная эрозия, покрытая фибринозным налётом Б дефект на все слои эпителия с дном и стенками В линейный дефект Г ссохшийся экссудат Д плотное образование</p> <p>2. Для определения вкусовой чувствительности языка используется метод: А функциональной мобильности рецепторов языка Б Кулаженко В рентгенологический Г люминесцентная проба Д гистаминовая проба</p>	<p>При профилактическом осмотре полости рта у пациента обнаружено на спинке языка яркие пятна размером 0.3 x 0.5 см различной формы на фоне обложенного языка. Больной отмечает незначительное жжение. Со слов больного, эти проявления значительно ослабевают при лечении основного заболевания – язвы 12-перстной кишки.</p> <p>Поставить предварительный диагноз: а) десквамативный глоссит; б) волосатый язык; в) ромбовидный глоссит; г) складчатый язык; д) микроглоссия.</p> <p>1. Лечение должно быть: а) комплексное; б) общее; в) местное; г) физиотерапия; д) лечение не требуется.</p>
<p>Клинические признаки:</p> <p>1. Цвет слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.</p> <p>2. Особенности зубного налета при желудочно-кишечных заболеваниях.</p>	<p>Практический навык:</p> <p>Методы обследования больного с заболеваниями СОПР</p> <ul style="list-style-type: none">– Надеть средства защиты– Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)– Произвести пальпацию слюнных желез– Произвести осмотр собственно полости рта– Провести внешний осмотр больного

Ассесмент

Тема № 1: Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях

<p style="text-align: center;"><i>Тест</i></p> <p>1. При гастрите с секреторной недостаточностью не рекомендуют применять: А цельное молоко Б соки В кисломолочные продукты Г углеводная диета Д творог</p> <p>2. При гипопластическом глоссите язык имеет вид: А сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом, отечен Б сосочки атрофированы, имеются яркие пятна и полосы В сосочки атрофированы, ярко-красного цвета Г уменьшен в размере, налет отсутствует Д гипертрофия отдельных грибовидных сосочков</p>	<p style="text-align: center;"><i>Ситуационная задача</i></p> <p>Больная 45 лет обратилась с жалобами на обложенность языка, серовато-белый налет и на слизистой щек на уровне смыкания зубов имеются отпечатки зубов. На спинке и задней поверхности языка имеется серо-бурый налет. Налет отделяется, имеет специфический запах.</p> <p>1. Поставьте предварительный диагноз (изменения языка при гастрите, энтероколите).</p> <p>2. Проведите обследование пациента (обследование желудочно-кишечной патологии).</p> <p>Отечное состояние языка подтверждается. (волдырной пробой Мак-Клюре-Олдреча).</p>
<p style="text-align: center;">Клинические признаки:</p> <p>1. Цвет слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.</p> <p>2. Особенности зубного налета при желудочно-кишечных заболеваниях.</p>	<p style="text-align: center;">Практический навык:</p> <p>Методы обследования больного с заболеваниями СОПР</p> <ul style="list-style-type: none">– Надеть средства защиты– Произвести пальпацию слюнных желез– Произвести осмотр собственно полости рта– Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)– Провести внешний осмотр больного

Контрольные вопросы:

1. Какие изменения наблюдаются в папиллярном аппарате языка.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в папиллярных аппарата языка. В зависимости от языка сосочков, некоторые авторы выделяют гиперпластический глоссит, в котором сосочки хорошо развиты, язык обложен толстым слоем и некоторые увеличился в размерах за счет отека. Такие языка происходит более часто у пациентов с гастритом с повышенной кислотностью. У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки происходит гипертрофия отдельных язык грибов почки, которые возвышаются над окружающей ткани в виде ярко-красных образований.

2. Цвет слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.

Изменение цвета слизистой оболочки полости рта также является частым клиническим проявлением заболевания желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что цвет слизистых оболочек полости рта зависит от типа, тяжести и ограничения основного заболевания. Катаральный стоматит в виде области скопления ярко-красного цвета или цианоз События не найдены при язвенной болезни желудка, колитах, энтероколитах и других diseases.Pallor слизистой оболочки полости рта наблюдается у лиц с язвенной болезнью желудка осложняются кровотечением.

3. Особенности зубного налета при желудочно-кишечных заболеваниях.

Наиболее часто встречаются обложенный язык. Степень тяжести рейда зависит от различных причин возникновения бляшек в важная роль принадлежит нарушению нормального процесса ороговения и шелушения эпителия вследствие нервно-трофических расстройств. Кроме того, характер приема пищи, ее консистенция, степень тяжести процесса продувки, состав микробной флоры и гигиена полости рта, конечно, влияют на этот процесс.

Зубной налет (налоговом) обычно находится в гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка и других заболеваний. В период обострения язвенной болезни, гастритах, энтероколитах, он выразил гораздо больше, и охватывает всю спинку языка или преимущественно задние его отделы. Цвет серовато-белый налет, но действие пигментообразующих бактерий, продукты питания, лекарства и кровотечения (язва и т. д.), оно принимает разные цвета (желтый, коричневый и т.д.).

4. Гипопластический глоссит при желудочно-кишечных заболеваниях.

Гипопластический глоссит характеризуется атрофией сосочков, отсутствие зубного налета, размер языке несколько меньше, чем обычно. Атрофия сосочков, иногда очень сильно выражен, язык имеет вид «лакированного» с яркими пятнами и полосами, напоминая glossitis Moeller. Described типы изменений языка находятся в гастрита, язвенной болезни и гастроэнтеритах, заболеваниях желчевыводящих путей . Атрофия сосочков языка вызывает дискомфорт, жжение, покальвание, боль при приеме пищи. Патогенез этих заболеваний объясняется, наряду с трофическими расстройствами, усвоение витаминов, уничтожая их в кишечнике и снижает синтез витамина B2 Bv, PP и др.

5. Язвенные поражения слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.

Язвенные поражения слизистой оболочки полости рта являются следствием трофических расстройств при желудочно-кишечных заболеваниях. В этой связи важно клинических наблюдений показывает сочетание язвы с заболеваниями кишечника, а также экспериментальные исследования на ее моделирование. В экспериментальных гастрита и энтероколита разработан в первую очередь десквамативный, а затем эрозивно-яз vennyglossitis. Раздражение толстой кишки в рот autopossible изменения.

6. Определение вкусовой чувствительности языка.

Для определения вкусовой чувствительности языка обычно используется метод функциональной мобильности рецепторов языка.

На языке вкусовые рецепторы выполняют функцию зондирования и эффекторные есть - Терминал - ссылка гастролингвальный рефлекс. Известно, что количество рецепторов языка зависит от функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Их максимальная активность наблюдается на пустой желудок. После еды демобилизации вкусовые рецепторы (рецепторы вкуса подвижность) уменьшается в два раза.

7. Патогенез.

В патогенезе описанных изменений слизистой оболочки полости рта (отек, парестезии, шелушение эпителия и др.) важно, наряду с рефлексом и гуморального механизмов, недостаток витаминов, особенно витаминов группы В, повышение сосудистой проницаемости тканей . Эти положения поддерживается биохимических исследований, функциональной тест. Это повышает чувствительность к гистамину (гистамин резкое увеличение концентрации в сыворотке крови, особенно в острой стадии заболевания, с одновременным снижением активности гистаминазы, положительные кожные пробы на гистамин) , активность гиалуронидазы, нарушения витаминного баланса и т.д.

8. Лечение.

Важно отметить, что лечение основного заболевания приводит к исчезновению или уменьшению тяжести стоматологических симптомов и нормализации биохимических показателей.

Кластер на тему: «Изменения слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.»

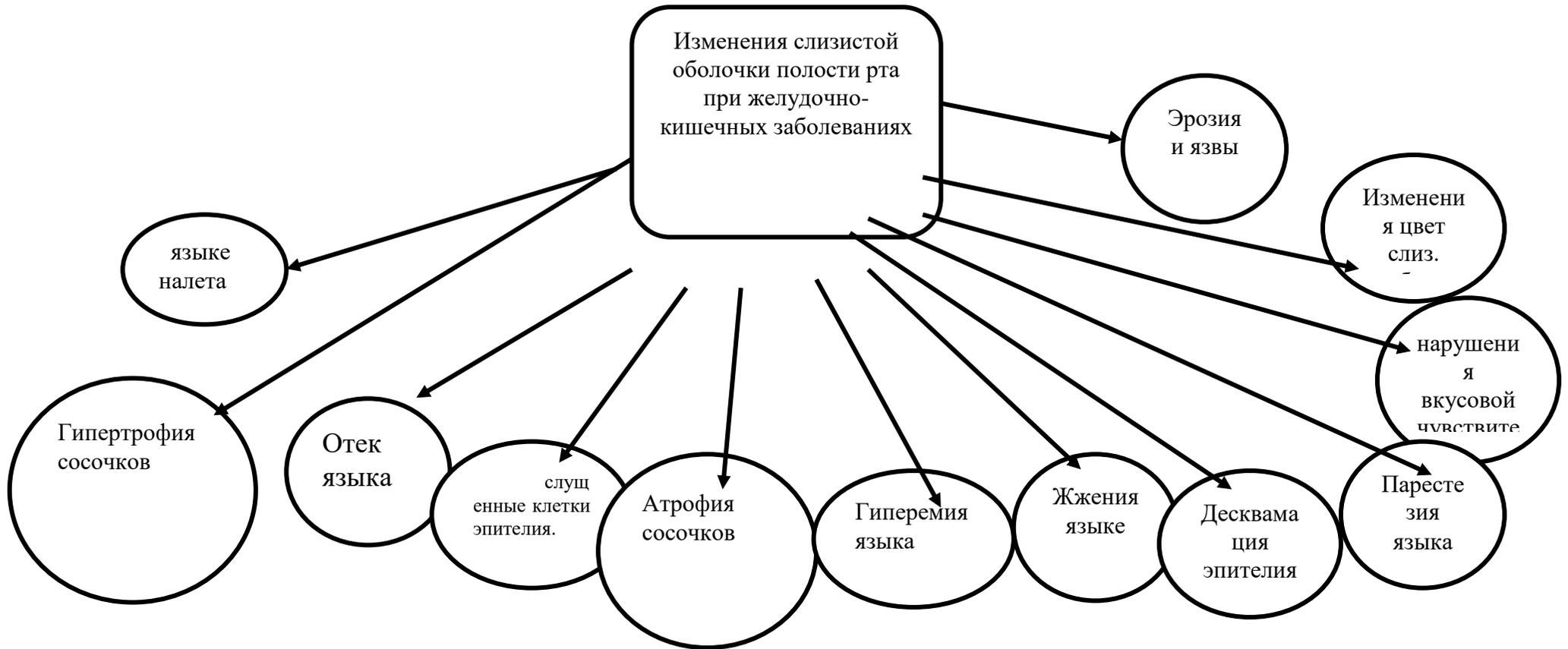
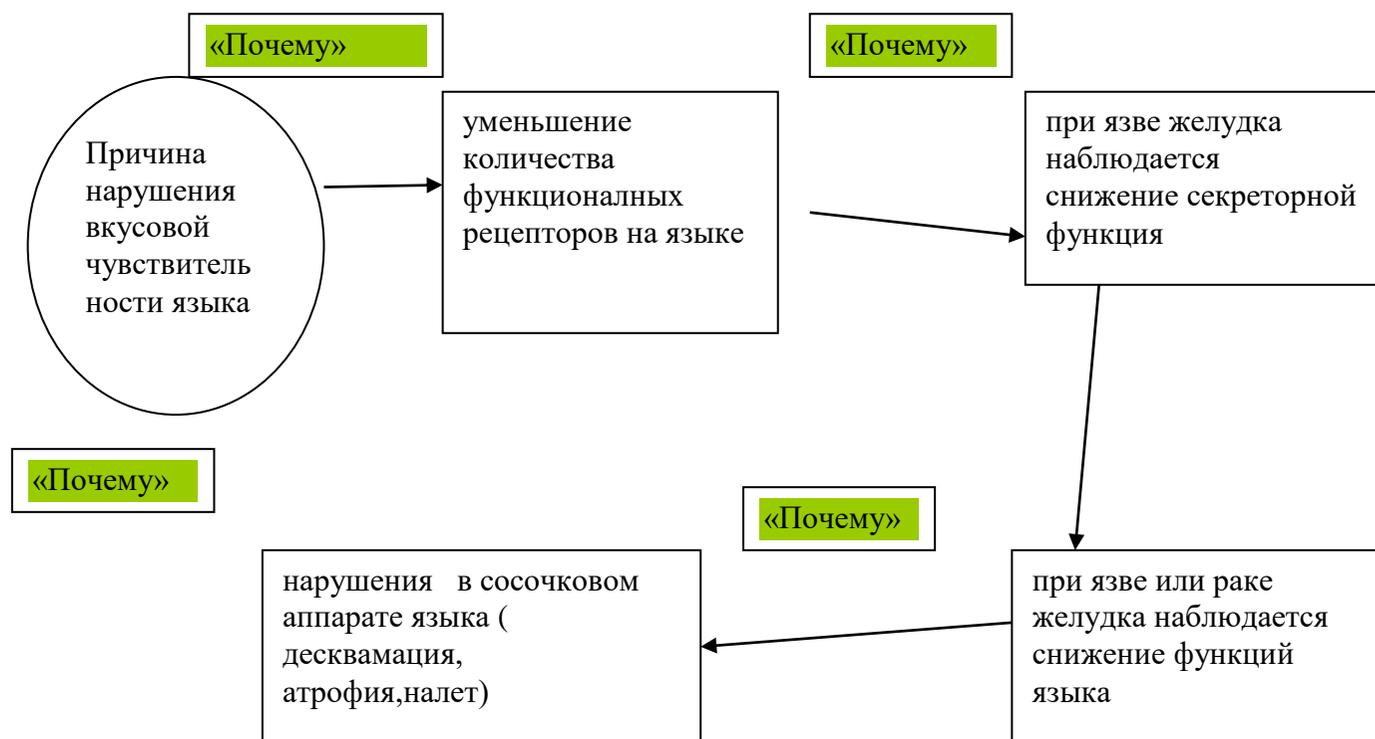


Диаграмма «Почему» на тему: «Изменения слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях»



Темы для самостоятельных работ студентам 5 курса 10 семестра

Изменения СОПР при заболеваниях ЖКТ:

- 1.Какая имеется связь полости рта и ЖКТ?
 - 2.Какие изменения в полости рта бывают при гастрите ?
 3. Какие изменения в полости рта бывают при заболевании 12-п кишки?.
 4. Какие изменения в полости рта бывают при циррозе печени?.
 5. Какие изменения в полости рта бывают при гепатите?.
 - 6.Тактика врача стоматолога при гепатите?
 7. Какие изменения в полости рта бывают при заболеваниях ЖКТ в условиях климата Узбекистана?
 - 8.Какая назначается диета при заболеваниях ЖКТ?
 - 9.В чем заключается профилактика при заболеваниях ЖКТ?.
 - 10.Как проводится лечение больных с заболеваниями ЖКТ?
 11. Какие дополнительные методы исследования проводится больным с заболеванием пищеварительной системы.
 - 12.Лечебно-профилактическая работа с больными ЖКТ системы?
 - 13.Профилактическая работа в чем заключается.
 - 14.Какими методами исследования можно поставить предварительный диагноз больным с заболеваниями ЖКТ?
 - 15.Какие лабораторные методы исследования необходимо провести?
-

Тексты направленные на формирование практических навыков

Комплекс ситуационных задач.

Ситуационная задача №1

Больной Б, 30 лет, жалуется на болезненные афты при приеме пищи на языке, в губах, щеках. Из анамнеза афты появляются весной и осенью.

При объективном осмотре в области верхних 5 и 6- зуба на слизистой оболочке щеки, боковой поверхности языка обнаружена одна афта размером 0,6 x 0,8, отмечается гиперемизированный венчик вокруг афты, покрыта плотным фиброзным налетом, пальпация болезненна, мягкая на ощупь.

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план диагностики и лечения.

Ситуационная задача №2

Больному 45 лет. При патологии ЖКТ образуется овальной формы элемент:

а) покрытый фибринозным налетом б) мясо красного цвета; в) покрытый некротическим налетом; г) покрыт творожистым налетом; д) имеет гладкую блестящую поверхность.

Составьте план диагностики и лечения.

Ситуационная задача №3

Больному 41 год, во рту отмечается неглубокое, круглой формы, очень болезненное образование. Охарактеризуйте. Как называется этот

морфологический элемент. а) овальная эрозия, покрытая фибринозным налетом б) охватывает все слои эпителия; в) линейный дефект; г) высохший экссудат; д) плотное образование.

Ситуационная задача №4

В качестве неспецифической сенсibilизация при патологии ЖКТ при общем лечении применяется: а) гистоглобулин; б) ципролет; в) лидокаин; г) мепивокаин; д) аналгин. Охарактеризуйте.

Ситуационная задача №5

Во время профилактического осмотра больного на слизистой оболочке задней трети языка определяется пятно размером 0,3 x 0,5 см, разной формы, язык

обложен налетом. Больной жалуется на незначительное покалывание. Со слов больного эти явления уменьшились при лечении основного заболевания – язва 12 п.кишки. Поставьте предварительный диагноз: а) десквамативный глоссит; б) волосатый язык; в) ромбовидный глоссит; г) складчатый язык; д) микроглоссия. Лечение должно быть: а) комплексное; б) общее в) местное; г) физиотерапевтическое; д) лечение не требуется.

Ситуационная задача №6

Больной 45 лет, жалуется на покрытие языка серым налетом и следы зубов на боковой поверхности языка. На теле языка и задней части имеется серый налет. Налет снимается, имеется запах, язык отечный.

1. Проведите осмотр больного
2. Поставьте предварительный диагноз.

Ситуационная задача №7

Больному 37 лет, жалуется на боли и жжение полости рта, жалобы усиливаются при приеме пищи, через 7-10 дней появляются болезненные язвы, которые исчезают сами собой. В год это повторяется 2–3 раза (осенью и весной в течении 4 лет). При обращении к стоматологу назначались антисептические полоскания и масляный раствор витамина А для смазывания. В анамнезе – у больного есть хронический энтероколит. Подчелюстные лимфаузлы увеличены, при пальпации болезненные. Гигиена полости рта неудовлетворительная. 16, 25, 31, 32 зубы имеют острые края. На кончике языка и нижней губе имеется эрозия круглой формы, с гиперемизированным ободком. Поставьте предварительный диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №8

Больному 34 года, жалуется на болезненную эрозию, заживает через 10-12 дней, повторяется весной и осенью. Лечение не требуется. В анамнезе – имеет аллергию на домашнюю пыль, отмечается дисбактериоз. Региональные лимфа узлы немного увеличены, болезненны при пальпации. Имеется отек десны, цианотичного цвета, кровоточат, имеются пародонтальные

карманы 4–5 мм. На молярах нижней челюсти имеются острые края зубов. На боковой поверхности языка имеется овальной формы эрозия, вокруг имеется гиперемизированный ободок, покрыт серым налетом. Поставьте предварительный диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №9

Больной 52 года, жалуется на болезненные язвы во рту. Из анамнеза язва беспокоит в течении 10 лет. Больной много курит, имеет язву желудка. При объективном осмотре в средней части спинки языка имеется неправильной формы очаг десквамации размеров 5,5x0.7см в виде красного пятна. Полость рта не санирована, имеются зубный камни, 16,37,25,26 зубах имеются кариозные полости. Протеза нет. Свободная и прикрепленная десна отечная, гиперемизирована, имеются пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм.

1. Проведите осмотр больного
2. Поставьте предварительный диагноз.

Ситуационная задача №10

Больному 35 лет, при приеме острой пищи появляется боль в полости рта. Считает себя больным в течении 2 лет, имеет ахилический гастрит. Профессия - компьютерный программист. При объективном осмотре язык красный, имеются пятна. Отмечается атрофия сосочков языка. На слизистой оболочке щеки имеются красные пятна и линии. Имеет катаральный гингивит. В полости рта плохое гигиеническое состояние, имеются мягкие и твердые отложения. На 36,46 зубах имеются кариозные полости.

1. Проведите осмотр больного
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.

Тесты:

1. При гастрите с секреторной недостаточностью не рекомендуют применять:

- А цельное молоко
- Б соки
- В кисломолочные продукты
- Г углеводная диета
- Д творог

2. При гипопластическом глоссите язык имеет вид:

- А сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом, отечен
- Б сосочки атрофированы, имеются яркие пятна и полосы
- В сосочки атрофированы, ярко-красного цвета
- Г уменьшен в размере, налет отсутствует
- Д гипертрофия отдельных грибовидных сосочков

3. Проба Мак-Клора-Олдрича применяется для определения:

- А отежного состояния языка
- Б вкусовой чувствительности
- В микробного пейзажа
- Г активности лизоцима
- Д Т- и В-лимфоцитов

4. Для эпителизации афт используют:

- А кератопластики
- Б ферменты
- В антибиотики
- Г гормоны
- Д антисептики

5. При атрофии сосочков налет на языке:

А отсутствует или выражен слабо

Б ярко выражен

В присутствует в большом количестве

Г рыхлый, творожистый

Д плотный, темный

6. Гистаглобулин вводят:

А подкожно

Б внутримышечно

В внутривенно

Г внутриартериально

Д внутрикожно

7. Для эпителизации афт используют:

А картолин

Б террилитин

В линкомицин

Г дексаметазон

Д фуруцилин

8. Наличие скрытого отека языка определяется:

А волдырной пробой Мак-Клора-Олдрича.

Б методом Кулаженко

В рентгенологическим методом

Г люминесцентной пробой

Д гистаминовой пробой

9. Желтушность слизистой оболочки наблюдается при:

А болезни Боткина

Бболезни Адиссона-Бирмера

В болезнь Бехчета

Гстоматит Сеттона

Д болезнь Боуэна

10. Для общего лечения желудочно-кишечной патологии как средство неспецифической сенсibilизации используют:

А гистоглобин

Бципролет

В лидокаин

Гмепивакаин

Д анальгин

11. При желудочно-кишечной патологии образуются афты:

А покрытые фибринозным налётом

Бмясо-красного цвета

В покрытые некротическим налётом

Гпокрытые творожистым налётом

Д имеют гладкую блестящую поверхность

12. Афты это:

Еовальная эрозия, покрытая фибринозным налётом

Ж дефект на все слои эпителия с дном и стенками

Злинейный дефект

И ссохшийся экссудат

К плотное образование

13. Для определения вкусовой чувствительности языка используется метод:

Ефункциональной мобильности рецепторов языка

Ж Кулаженко

Зрентгенологический

И люминесцентная проба

К гистаминовая проба

14. Катаральный глоссит, стоматит обнаруживаются при:

А язвенной болезни

Б колите

В энтероколите

Г сахарном диабете

Д авитаминозе

Е лейкозе

15. Ксеростомия отмечается при:

А язвенной болезни

Б гастрите

В сахарном диабете

Г гепатите

Д авитаминозе

Е холецистите

16. В появлении налёта в полости рта важную роль играет:

А состав ротовой жидкости

Б микробная флора

В гигиена полости рта

Г цвет принимаемой пищи

Д увеличение языка

Е рельеф слизистой оболочки полости рта

17. Налёт в полости рта обычно обнаруживается при:

А гастрите

Бязвенной болезни желудка

В язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Г при пульпите

Д при периодонтите

Е при гипоплазии

18. Патогенез изменений слизистой оболочки рта при ЖКТ заболеваниях:

А отёк

Б парестезия

В десквамация эпителия

Г гиперкератоз

Д травма

Е гаматомы

19. Изменения языка при гиперпластическом глоссите:

А сосочки хорошо выражены

Б язык обложен плотным налётом

В отёк языка

Г сосочки атрофированы, имеются яркие пятна и полосы

Д сосочки атрофированы, ярко-красного цвета

Е гипертрофия отдельных грибовидных сосочков

20. Лечение основного заболевания ЖКТ приводит к:

А . исчезновению симптомов стоматологических проявлений

Б . уменьшению выраженности стоматологических проявлений

В . нормализации биохимических показателей

Г . снятию всех симптомов

Д . полному излечению

Е . нормализации кислотности желудочного сока

21. Атрофия сосочков языка вызывает:

- А неприятные ощущения
- Б жжение, покалывание
- В боль при еде
- Г сухость слизистой полости рта
- Д нарушение речи
- Е вкус металла во рту

22. Патогенез нарушений сосочков языка объясняется:

- А трофическими расстройствами
- Б нарушением усвояемости витаминов
- В снижением синтеза витаминов В₂, РР
- Г нарушением секреторной функции желудка
- Д воспалительным процессом
- Е отёком языка

23. Цвет налёта изменяется под действием:

- А пигментообразующих бактерий
- Б пищи, лекарственных средств
- В кровотечениях
- Г характера и возраста пациента
- Д длительности заболевания
- Е трофическими изменениями

24. Язвенные поражения слизистой оболочки рта наблюдаются при:

- А присоединении вторичной инфекции
- Б плохой гигиене полости рта
- В снижении иммунитета
- Г санации полости рта
- Д лечении кариеса

Е полноценном питании

25. В появлении налёта важная роль принадлежит:

А нарушению нормального процесса ороговения

Б нарушению нормального процесса слущивания эпителия

В нарушения вследствие нервно-трофических расстройств

Г нарушению кровообращения

Д гипертрофии сосочков языка

Е нарушении регенерации слизистой полости рта

26. Признаком желудочно-кишечных заболеваний является:

А отёк слизистой оболочки рта

Б отёк языка

В цианоз слизистой оболочки рта

Г геморрагии

27. При болезни Боткина на слизистой оболочке полости рта наблюдается:

А гиперемия

Б сухость

В отёк

Г десквамация эпителия

Д воспаление

Е эрозии

Ж язвы

З ксеростомия

28. Какие изменения наблюдаются в патогенезе слизистой оболочки рта при ЖКТ заболеваниях:

А отёк

Б парестезия

В десквамация эпителия

Г гиперкератоз

Д сухость

Е гиперсаливация

Ж телеангиэктазия

З гематома

29. От чего зависит изменение цвета слизистой оболочки рта:

А давности заболевания

Б характера заболевания

В тяжести заболевания

Г хронических заболеваний

Д социального положения

Е беременности

Ж телосложения

З национальности

30. Жалобы больного при десквамативном глоссите:

А легкая болезненность

Б пятна и полосы, расположенные на спинке языка

В жжение языка

Г обложенность языка

Д отёк языка

Е складки на языке

Ж наличие папул на языке

З афты на кончике языка

31. Вкусовая чувствительность изменяется при:

А язвенной болезни

Б колите

В энтероколите
Гхолицистите
Д гепатите
Емеханической травме
Ж кариесе
З периодонтите
И гипоплазии
К пульпите

32. При хроническом гепатите в полости рта характерно:

А желтушность мягкого нёба
Бжелтушность дна полости рта
В появление геморрагий
Гпоявление телеангиэктазий
Д желтушность слизистой оболочки полости рта
Ерегионарные лимфа узлы не увеличены
Ж биохимические показатели в норме
З в суставах боли нет
И в желудке патологии нет
К гиперсаливация

33 При болезни Боткина в полости рта отмечается:

А горечь, извращение вкуса
Бметаллический привкус во рту
В кровоточивость дёсен
Ггиперестезия твёрдых тканей зуба
Д кислый привкус во рту
Емеханическая травмаа
Ж кариес
З периодонтит

И гипоплазии

К пульпит

34. Биохимические показатели при заболеваниях ЖКТ:

А резкий рост концентрации гистамина в сыворотке крови

Б снижение активности гистаминазы

В положительная кожная проба на гистамин

Г повышается активность гиалуронидазы

Д нарушается витаминный баланс

Е пониженная концентрация гистамина в сыворотке крови

Ж тромбоцитопения

З ферменты печени в норме

И содержание лизоцима в норме

К диастаза в норме

35. Для эпителизации афт не используют:

А дексаметазон

Б каротолин

В облепиховое масло

Г масло шиповника

Д витамин А

36. Лечение при десквамативном глоссите (исключите лишнее):

А физиотерапия

Б хирургический метод

В общее

Г комплексное

37. Изменение цвета слизистой оболочки полости рта не зависит от:

А социального положения

Бнациональности

В давности заболевания

Гтяжести заболевания

Практическая часть

Мануальный навык: «Методы обследования больного с заболеваниями СОПР.»

Цель: Научить студента методам обследования больного с заболеваниями СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Мануальный навык Методы обследования больного с заболеваниями СОПР.

№	Мануальный навык	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	20
2	Провести внешний осмотр больного	0	20
3.	Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)	0	20
4.	Произвести осмотр собственно полости рта	0	20
5.	Произвести пальпацию слюнных желез	0	20
	Итого:	0	100

Методы проверки знаний, опыта и навыков

- устно
- письменно;

- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрирование практических навыков;

Контрольные вопросы

- 1 Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях.
- 2 Изменения языка при гипопластический глоссите.
- 3 Как проверяется отечность языка.
- 4 Изменения языка при атрофическом глоссите.
- 5 Нарушения сосочкового аппарата языка.
- 6 Причины изменения цвета слизистой оболочки.
- 7 Лечение слизистой оболочки полости рта при желудочно-кишечных заболеваниях.
- 8 Нарушения вкусовой чувствительности при желудочно-кишечных заболеваниях.
- 9 Какие изменения СОПР бывают при язве желудка.
- 10 Какие изменения СОПР бывают при гастродуодените.
- 11 Какие изменения СОПР бывают при патологии печени.
- 12 Какие изменения СОПР бывают при холестазае желчных ходов .

Выводы

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта наблюдаются изменения цвета слизистой оболочки полости рта. Изменения цвета слизистой оболочки полости рта связаны с течением и тяжестью основного заболевания. При язвенной болезни желудка, колите и других заболеваниях может наблюдаться гиперемия слизистой оболочки красного цвета, катаральный стоматит или цианоз.

В патогенезе изменений слизистой оболочки полости рта (отек, парестезия, десквамация) лежит рефлекторный и гуморальный гиповитаминоз витаминов группы В. В этих случаях проводятся биохимические тесты и функциональные тесты. В то же время повышается восприимчивость к гистамину (концентрация гистаминов в сыворотке крови, особенно во время острой фазы заболевания, одновременно снижается активность гистамина, положительного теста на гистаминовую реакцию), также нарушается. Важно отметить, что при лечении основного заболевания эти явления уменьшаются или исчезают, а биохимические показатели нормализуются.

Даже при заболеваниях печени и желчевыводящих путей наблюдаются изменения слизистой оболочки полости рта. При хроническом гепатите в случае болезни Боткина, на слизистой оболочке полости рта определяется как гиперемия, сухость, отек, так и десквамация эпителия слизистой оболочки. Создание системы диагностики и лечения для восстановления эпителия слизистой оболочки полости рта, основного нарушения местной иммунной системы, является одной из неотложных задач, стоящих перед медицинскими работниками.

В связи с этим важно оценить специфику клинического течения хронического генерализованного катарального гингивита и хронического рецидивирующего афтозного стоматита у пациентов с патологией гепатобилиарной системы, оценить корреляции клинических и лабораторных результатов больных. Он основан на показаниях активности желчных кислот и ферментов в сыворотке крови и эффективности антиоксидантных систем в плазме крови, слюне и окисления свободных радикалов у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом. В докторской диссертации, выполненной на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ (Ибрагимов М.Х., 2019) проведен анализ морфологических изменений слизистой оболочки полости рта, эндотелиальной дисфункции и микроциркуляторных нарушений пародонта, локального иммунитета и дисбактериоза у пациентов с патологией гепатобилиарной системы. Доказана эффективность патогенетического лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита и хронического генерализованного катарального гингивита у больных, имеющих хронический калькулезный холецистит путем совершенствования методов диагностики и лечения.

Стоматологик луғат - глоссарий
DENTAL DICTIONARY – GLOSSARY
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ - ГЛОССАРИЙ

Глоссарий:	Глоссарий:	Glossary:
ОБШҚ – оғиз бўшлиғи шиллик қавати	СОПР – слизистая оболочка полости	OMMD – oral mucous membrane diseases
ЎГС – ўткир герпетик стоматит	ОГС – острый герпетический стоматит	SHA – stomatitis herpetica acuta
СҚГ – сурункали қайталанувчи герпес	ХРГ - хронический рецидивирующий герпес	HCHR – herpes chronica recidivans
ЎОТ – ўраб олувчи темиратки	ОЛ – опоясывающий лишай	HS – herpes zoster
ОИТС – ортирилган иммун танқислиги синдроми	СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита	AIDS – asquired immune deficiency syndrome
ИИВ – инсон иммун танқислик вируси	ВИЧ – вирус иммунодефицита человека	ARVI – acute respiratory viral infections
ЎРК – ўткирреспираторкасалликлар	ОРЗ – острое респираторное заболевание	VANUS – vincent’s acute necrotizing ulceromembranous stomatitis
ВЯНС – венсан ярали – некротик стоматити	ЯНСВ –язвенно- некротический стоматит Венсана	AE – angioedema
КАШ – квинкенинг ангионевротик шиши	АНОК – ангио- невротический отек Квинке	EME – erythema multiforme exudative
КШЕЕ – кўп шаклли экссудатив эритема	МЭЭ – многоформная экссудативная эритема	CHRAS – chronically recurrent aphtous stomatitis
СҚАС – сурункали қайталанувчи афтоз стоматити	ХРАС – хронический рецидивирующий афтозный стоматит	BS – Behcet’s syndrome
БС – Бехчет синдроми	СБ – синдром Бехчета	SHS – Sjogren syndrome
ШС – Шегрен синдроми	СШ – синдром Шегрена	GD – gastroenteric disease
ОИТК – ошқозон – ичак тизими касалликлари	ЖКТ – желудочно-кишечный тракт	CD – cardiovascular diseases
ЮҚТК – юрак – қонтомир касалликлари	ССС – сердечно-сосудистая система	BD – blood dyscrasias

ЕК –эндокрин касалликлари	ЭЗ – эндокринные заболевания	ED – endocrinologic disorders
БТТК – бириктирувчи тўқима тарқок касалликлари	РЗСТ – распространенные заболевания соединительной ткани	EI – exogenous intoxications
ҚХҚАК – қон хосил қилувчи аъзо касалликлари	ЗККО – заболевания крови и кроветворных органов	OM – oral manifestations
АТК – асаб тизими касалликлари	ЗНС – заболевания нервной системы	NS – nervous system
ҚЯТ – қизил ясси темиратки	КПЛ – красный плоский лишай	LRP – lichen rubber planus
ҚЮ – қизил югурик	КВ – красная волчанка	LE – lupus erythematosus
БТ – бурмасимон тил	СЯ – складчатый язык	LP – lingua plicata
ДГ – десквamatик глоссит	ДГ – десквamatивный глоссит	GDG – glossitis desquamativa
ҚСТ – қора сочли тил	ЧВЯ – чёрный волосатый язык	LVN – lingua villosa nigra
РГ – ромбсимон глоссит	РГ – ромбовидный глоссит	GR – glossitis rhombica
ЕксХ –эксфолиатив хейлит	ЭГ – эксфолиативный глоссит	CHE – cheilitis exfoliativa
ОГХ – оддий гландуляр хейлит	ГХ – гландулярный хейлит	CHGS – cheilitis glandularis simplex
КАХ – контакти алергик хейлит	КАХ – контактный алергический хейлит	CHAC – cheilitis allergic contactilis
АкХ – актиник хейлит	АХ – актинический хейлит	AkX – cheilitis aktinicalis
МХ – метеорологик хейлит	МХ – метеорологический хейлит	CHM – cheilitis meteorologica
АХ – атопик хейлит	АХ – атопический хейлит	CHA – cheilitis atopicalis
эХ –экзематоз хейлит	ЭХ – эксфолиативный хейлит	CHEc – cheilitis eczematosa
СОК – саратонолдикасалликлари	ПЗ – предраковые заболевания	PcD – precancerous diseases
ССОК – сўгалсимон саратон олди касалликлари	БП – бородавчатый предрак	PcV – precancer verrucosus

МанХ – манганотти хейлити	ХМ – хейлитМанганотти	МВ – morbus Bowen
ФСОК – факултатив саратон олди касалликлари	ФПЗ – факультативные предраковые заболевания	НРсС – hyperceratosis praecancerosa circumsripta
ОСОК – облигатсаратонолдикасалликлари	ОПЗ – облигатные предраковые заболевания	СНАРсМ – cheilitis abrasiva praecancerous Manganotti
Абцесс – чегараланганйирингли-яллиғланиш жараён.	Абцесс - ограниченный гнойно-воспалительный процесс.	СС – cornu cutaneum
Актиномикоз – турли тўқима структураси ва аъзоларнинг сурункали специфик яллиғланиш касаллиги бўлиб, тўлқинсимон кечиши билан ажралиб туради.	Актиномикоз - хроническое специфическое воспалительное заболевание с поражением различных тканевых структур и органов, характеризующееся волнообразным длительным течением.	Actinomycosis is a chronic specific inflammatory disease with damage to various tissue structures and organs, characterized by a wavelike long course.
Аллергик стоматит -аллергия билан чақирилган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг яллиғланиши.	Аллергический стоматит -воспаление слизистой оболочки полости рта, обусловленное аллергией.	Allergic stomatitis - inflammation of the oral mucosa due to allergies.
Аллергия - Og`izbo`shlig`ining shilliqqavati, labning qizil hoshiyasimahalliyva sistemali allergik kasalliklarda o`z igaxosshikastlanadi. Allergik kasalliklarinegizid ahim o`yaxususiyatiga egabo`lgan imm unreaksiyasi yotadi. Аллергияни физиологик механизми бўлиб, антигенга нисбатан антитаначалар пайдо бўлади. Аллергия датери ва шиллик қаватларда кучли зарарланиш, умумий ахвол ёмонлашиши юзага келади.	Аллергия - болезненное состояние организма человека, которое проявляется в непереносимости каких-либо веществ. Физиологический механизм аллергии заключается в образовании в организме антител, что приводит к понижению или повышению его чувствительности. Аллергия проявляется сильным раздражением слизистых оболочек, кожными сыпями, общим недомоганием и т.п.	Allergy is a painful condition of the human body, which manifests itself in intolerance to any substances. The physiological mechanism of allergy is the formation of antibodies in the body, which leads to a decrease or increase in its sensitivity. Allergy is manifested by severe irritation of the mucous membranes, skin rashes, general malaise, etc.
Аллергологик синема –	Аллергологическая проба -	An allergological test is a

аллергенни аниқлаш учун бажараладиган тест.	тест на выявление (определение) вещества, вызывающего у человека болезненное состояние (болезненную реакцию организма).	test to identify (determine) a substance that causes a person to have a painful condition (a painful reaction of the body).
Аллотрансплантация – Битта инсондан олишган тишни бошқа инсонга экиб ўтказиш, даставал консервант сифатида банкда бўлган тишларга махсус ишлов берилади.	Аллотрансплантация - пересадка удаленного зуба от одного человека другому при наличии банка зубов, прошедших специальную обработку и хранящихся в консервантах.	Allotransplantation is a transplant of a removed tooth from one person to another in the presence of a tooth bank that has undergone special treatment and is stored in preservatives.
Афта – шиллик қаватнинг диаметри 1-5 мм , оқ-саригиш караш билан қопланган ва атрофида гиперемияланган гардиши бор юмалоқ ёки овал шаклдаги юза нуқсон, яраланиши.	Афты - поверхностные болезненные изъязвления слизистой оболочки, реже кожи, округлой формы, диаметром 1-5 мм, покрытые беловато-желтым налетом и окруженные красным ободком гиперемии.	Aphthae is superficial painful ulceration of the mucous membrane, less often of skin, of a round shape, with a diameter of 1-5 mm, covered with a whitish- yellow coating and surrounded by a red rim of hyperemia.
Афтоз стоматит – оғиз бўшлиғи шиллик қаватнинг сурункали яллиғланиши, натижада вақти вақти билан кайтарилиб ва ремиссияда турувчи афтлар пайдо бўлиши.	Афтозный стоматит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующиеся возникновением афт, протекающие с периодическими обострениями и ремиссиями.	Aphthous stomatitis is a chronic inflammatory disease of the oral mucosa, characterized by the occurrence of aphthae, occurring with periodic exacerbations and remissions.

<p>Базал (basalis) – асосида жойлашган, юнончадан «basis» - пойдевор, яъни асос.</p>	<p>Базальный (basalis) – лежащий в основании, обращенный к нему, находящийся у основания; в переводе с греч. «basis» - основа.</p>	<p>Basal (basalis) - lying at the base, facing it, located at the base; translated from Greek. "Basis" is the basis.</p>
<p>Биопсия (biopsia). Ташхислаш мақсадида организмдан тўқима олиб, патологияни аниқлаш учун (яллиғланиш, ўсма ва б.) уни микроскопик текшириш.</p>	<p>Биопсия (biopsia). Метод исследования для установления диагноза, предполагающий забор кусочка ткани организма и последующее его микроскопическое исследование на выявление патологии (воспаления, опухоли и пр.)</p>	<p>Biopsy (biopsia). A research method for establishing a diagnosis, involving the collection of a piece of body tissue and its subsequent microscopic examination to identify pathologies (inflammation, tumors, etc.)</p>
<p>Гиперсаливация – сўлак безларисекрециясини ошиши.</p>	<p>Гиперсаливация - увеличение секреции слюнных желез.</p>	<p>Hypersalivation - increased secretion of the salivary glands.</p>
<p>Гипосаливация - сўлак безларисекрециясини камайиши ёки йўқ бўлиши.</p>	<p>Гипосаливация - снижение секреторной функции больших и малых слюнных желез вплоть до ее прекращения.</p>	<p>Hyposalivation - a decrease in the secretory function of large and small salivary glands until its termination.</p>
<p>Гиперстезия – тиш тўқималарини турли механик, химиквахаротли таъсиротларга ошиши.</p>	<p>Гиперстезия - повышенная чувствительность тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям.</p>	<p>Hypersthesia is an increased sensitivity of tooth tissues to mechanical, chemical and temperature stimuli.</p>
<p>Глоссит – яллиғланиш оқибатида тил тўқималарининг патологик холатга келиши, кўпинча</p>	<p>Глоссит - патологическое состояние тканей языка воспалительного характера, представляющее собой либо</p>	<p>Glossitis is a pathological condition of the tissues of the tongue of an inflammatory nature, which is either</p>

<p>инфекция табиатличақирилган бўлганда генераллашган стоматит кўринишида, ёки организмнинг бошқа касалликлари симптоми бўлиши мумкин.</p>	<p>генерализованный стоматит, чаще инфекционной природы, либо симптом общего заболевания организма.</p>	<p>generalized stomatitis, often of an infectious nature, or a symptom of a general illness of the body.</p>
<p>Қизилча-болаларнинг ўткир юқумли касаллиги бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватнинг гиперемиясига бўйин лимфа тугунларини катталаша билан характерланади.</p>	<p>Краснуха - острое инфекционное заболевание детского возраста, характеризующееся гиперемией слизистой оболочки полости рта, а также увеличением шейных лимфатических узлов.</p>	<p>Rubella is an acute childhood infectious disease characterized by hyperemia of the oral mucosa, as well as an increase in cervical lymph nodes.</p>
<p>Қизил ясси темирлатки – сурункали яллиғланиш- дистрофик касаллиги бўлиб, шиллик қават ва терида кузатилади.</p>	<p>Красный плоский лишай - хроническое воспалительно- дистрофическое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках.</p>	<p>Lichen planus is a chronic inflammatory-dystrophic disease that occurs on the skin and visible mucous membranes.</p>
<p>Қсеростомия - оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва лабларнинг қуриши сўлак безларини функционал активлини пасайишидан келиб чиқади.</p>	<p>Қсеростомия - сухость слизистой оболочки рта и губ вследствие снижения функциональной активности слюнных желез.</p>	<p>Xerostomia - dryness of the mucous membrane of the mouth and lips due to a decrease in the functional activity of the salivary glands.</p>
<p>Қератоз – ошқозон-ичак тизими касалликларида, инфекция, ўсмаларда билвосита юзага келадиган, хамда бевосита салбий таъсир натижасида тил, лаб ва оғиз бўшлиғи шиллик қаватини патологик мугузланиши</p>	<p>Қератоз - патологическое ороговение слизистой оболочки полости рта появляется чаще всего на языке, губах как при непосредственном воздействии неблагоприятных факторов</p>	<p>Keratosis - pathological keratinization of the oral mucosa appears most often on the tongue, lips, both with direct exposure to adverse factors on the mucous membrane, and with systemic diseases of the</p>

хисобланади.	на слизистую оболочку, так и при системных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, инфекциях, опухолях.	gastrointestinal tract, infections, and tumors.
Лейкоплакия – экзо ва эндоген сурункали яллиғланиш натижасида шиллик қават стромасининг зарарланиши.	Лейкоплакия - ороговение слизистой оболочки, сопровождающееся воспалением стромы и возникающее в ответ на хроническое как экзогенное, так и эндогенное раздражение.	Leukoplakia - keratinization of the mucous membrane, accompanied by inflammation of the stroma and arising in response to chronic both exogenous and endogenous irritation. Lymphadenitis is an inflammation of the lymph node. Lymphangitis is an inflammation of the lymphatic vessels, which is usually combined with regional lymphadenitis.
Лимфаденит - лимфатиктугун яллиғланиши.	Лимфаденит - воспаление лимфатического узла.	Lymphadenitis - inflammation of the lymph node
Лимфангит - регионар лимфаденит билан бирга кечувчи лимфа томирларни яллиғланиши.	Лимфангит - воспаление лимфатических сосудов, которое обычно сочетается с регионарным лимфаденитом.	Lymphangitis is an inflammation of the lymphatic vessels, which is usually combined with regional lymphadenitis.
Микоз(кандидоз) - Candida ачитқисимон замбуруғ билан чақирилган шиллик қават касаллиги.	Микозы (кандидозы) - заболевания слизистой оболочки, вызванные дрожжеподобными грибами рода Candida.	Mycoses (candidiasis) - diseases of the mucous membrane caused by yeast-like fungi of the genus Candida.
Невралгия – уч шохлик	Невралгия - поражение	Neuralgia - damage to

<p>нервнинг сезув толаларининг зарарланиши оқибатида биринчи ёки учинчи шохлари бўйлаб тарқалувчи қискамуддатли (1-2 дак) ёкидоимийхуружсимон азоб берувчи оғриқлар кўпинча вегетативбузилишлар (юз гиперемияси, кўз ёш ва сўлак оқиши) билан кечади.</p>	<p>главным образом чувствительных нервов представляет собой кратковременные (1-2 мин.) или постоянные приступообразные мучительные боли в зоне иннервации первой третьей ветвей тройничного нерва. Болевой синдром сопровождаются вегетативные проявления (гиперемия лица, слезо- и слюноотечение).</p>	<p>mainly sensitive nerves is a short-term (1-2 min.) Or constant paroxysmal painful pain in the innervation zone of the first third branches of the trigeminal nerve. Pain syndrome is accompanied by vegetative manifestations (facial flushing, tear and salivation).</p>
<p>Неврит – нерв тутамида периферик нервнинг анатомикўзгариши билан кечади, натижада функция ёқолиши симптомларини (атрофия, мушак тонуси пасайиши, сезувчанлик ва рефлексларнинг парез ва тўлик фалажи) ривожланиши.</p>	<p>Неврит - заболевание периферического нерва с выраженными анатомическими изменениями в нервных стволах. Выражены симптомы выпадения функций (атрофия, понижение мышечной силы, чувствительности и рефлексов) от парезов до полного паралича.</p>	<p>Neuritis is a disease of the peripheral nerve with pronounced anatomical changes in the nerve trunks. Symptoms of loss of function are expressed (atrophy, decreased muscle strength, sensitivity and reflexes) from paresis to complete paralysis.</p>
<p>Петехии – оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва шиллиқ ости қавати ва теридаги майда қон қуюлишлар.</p>	<p>Петехии - мелкие точечные кровоизлияния в подслизистый слой слизистой оболочки полости рта или кожи.</p>	<p>Petechiae - small point hemorrhages in the submucous layer of the oral mucosa or skin.</p>
<p>Пигментация – меланинпигменти оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ёкитерида ёғилиши уларнинг</p>	<p>Пигментация - изменение цвета слизистой оболочки или кожи вследствие отложения</p>	<p>Pigmentation is a discoloration of the mucous membrane or skin due to deposition of the pigment</p>

ранги ўзгаришига олиб келади.	пигмента меланина.	melanin.
Рана – бу тўқималарнинг механик зарарланиши натижасида тери, шиллик қават, кўзнинг шох қавати, склера бутунлиги бузилишиюзага келиши мумкин	Рана - это механическое повреждение тканей с нарушением целостности покровов (кожа, слизистая оболочка, склера, роговица).	A wound is a mechanical damage to tissues with a violation of the integrity of the integument (skin, mucous membrane, sclera, cornea).
Сўлак-тош касаллиги – сўлак безида тош хосил бўлганда ривожланади.	Слюнно-каменная болезнь - образование камней в слюнной железе.	Salivary stone disease is the formation of stones in the salivary gland.
Шилиниш – шиллик қаватнинг юза нуқсони бўлиб, механик таъсирот натижасида келиб чиқади.	Ссадина - поверхностный дефект слизистой оболочки, возникающий при механическом повреждении.	Abrasion is a superficial mucosal defect that occurs with mechanical damage.
Эрозия – тиш тўқималарини (эмаль, дентин) прогрессланувчи камайиши.	Эрозия - прогрессирующая убыль тканей зубов (эмали и дентина) недостаточно выявленной этиологии.	Erosion is a progressive decrease in tooth tissues (enamel and dentin) of an insufficiently identified etiology.
Этиология – касалликни ривожланиш сабаблари заболевания.	Этиология - причины возникновения заболевания	Etiology - the causes of the disease

Литература

Основная:

1. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
2. Абдуллаходжаева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. 1983
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.- Москва «Медицина» 1981.
4. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина»1991.- 320 с.
5. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.

Дополнительная:

1. Банченко Г.В., Максимов ЮМ. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. *(библиотека кафедры)*
2. Боровский Е.В. « Биология полости рта», М. 2001. *(электронный)*
3. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. *(электронный)*
4. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. *(библиотека кафедры)*
5. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Вышэйшая школа» 1998. *(электронный)*
6. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. *(библиотека кафедры)*
7. Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. *(электронный)*

8. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. *(библиотека кафедры)*
9. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. *(библиотека кафедры)*
10. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. *(библиотека кафедры)*
11. Стефан Т. Сонис. Секреты стоматологии. 2002. *(библиотека кафедры)*
12. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. *(электронный)*

Электронные сведения получены со следующих сайтов:

1. www.medlibrary.ru
2. www.medline.ru
3. www.cohrane.com
4. www.zdorove.ru
5. www.med.ru
6. www.stom.ru
7. www.stomatologya.ru

Мударижа

- 1 бўлим. ОБШҚ тузилиши.....**Ошибка! Закладка не определена.**
2. бўлим. ОБШҚ текшириш усуллари**Ошибка! Закладка не определена.**
3. бўлим. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини патологик ўзгаришлари.
Зарарланишнинг морфологик элементлари. **Ошибка! Закладка не определена.**
4. бўлим. Ошқозон-ичак тракти касалликларида ОБШҚ ўзгариши**Ошибка! Закладка не определена.**
- 5 бўлим. Сурункали гастрит ва гастродуоденит..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- 6 бўлим. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яраси.**Ошибка! Закладка не определена.**
- 7 бўлим. Жигар касалликлари. Ўт пуфаги ва унинг йўллари патологиялари.
.....**Ошибка! Закладка не определена.**
- 8 бўлим. Эзофагит ва гастроэзофагиал рефлюкс..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- 9 бўлим. Ўткир ва сурункали гастрит. **Ошибка! Закладка не определена.**
- 10 бўлим. Даволаш.....**Ошибка! Закладка не определена.**
- 11 бўлим СТОМАТОЛОГИК ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ
.....**Ошибка! Закладка не определена.**
- Тарқатма материаллар**Ошибка! Закладка не определена.**
- Вазиятли масалалар комплекси**Ошибка! Закладка не определена.**
- Тестлар**Ошибка! Закладка не определена.**
- Амалий кўникма: Ошқозон-ичак тизими касалликларида беморларни
ОБШҚ текшириш усуллари.**Ошибка! Закладка не определена.**
- Стоматологик луғат - глоссарий..... 90
- Стоматологический словарь - глоссарий..... 90
- Қўлланилган адабиётлар**Ошибка! Закладка не определена.**