

рое повышает устойчивость зуба к кариесу. В результате этого резистентность организма к кариесогенным патологическим процессам снижается. Также предпосылками к развитию кариеса является привычка «заедать проблемы». Нарушение психоэмоционального состояния ведет к чрезмерному употреблению сладкого. Некоторые люди вовсе забывают об элементарных гигиенических процедурах, в результате ухудшается гигиена полости рта. Это еще один повод для смещения показателя рН слюны в кислую сторону. Ацидоз провоцирует деминерализацию. Именно этот патологический процесс дает бактериям возможность размножаться в полостях дентина, с дальнейшим их прогрессом вглубь зуба. Сухость во рту возникает также при приеме транквилизаторов, которые назначаются для уменьшения повышенной тревожности. Эмоциональным воздействиям также подвержен ВНЧС. В генезе заболеваний височно-нижнечелюстного сустава большую роль играет хронический стресс, вследствие которого на данное анатомическое образование действует немалая нагрузка неосознанных жевательных движений, в результате чего происходит дисфункция сустава, сопровождающаяся болями в шее, челюсти. По данным W. Kydd, 1969 Заболевания ВНЧС у людей с психическими расстройствами обнаруживаются в 2 раза чаще, чем у лиц без нарушений психической сферы. На самом деле стресс не делает нас большими и даже не увеличивает риск заболеть. Стресс увеличивает риск возникновения расстройств, ведущих к болезням, а если у нас уже есть такие расстройства, стресс увеличивает риск того, что защитные системы нашего организма не справятся с болезнью [5]. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) – заболевание, локализующееся преимущественно на неороговевающей слизистой оболочке ротовой полости. Несмотря на высокую распространенность данного заболевания, этиопатогенез остается плохо изучен. Факторами заболевания стоматитом могут быть: питание, гормоны, лекарства, употребление табака, гиперчувствительность, травмы и психологический стресс. Помимо предполагаемых местных и системных элементов, имеются также данные о генетической и иммунопатогенной основе. Полагают, что возникновение язвы может быть связано с повышенным уровнем кортизола или активных форм кислорода в слюне. Стресс может привести к травмированию слизистой оболочки рта, например, укус щеки или губ. Предполагается, что стрессовые ситуации вызывают временное повышение кортизола в слюне и/или иммунорегуляторной активности при воспалении за счет увеличения количества и активности лейкоцитов [6].

Нами был проведен опрос среди студентов стоматологического факультета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Данный опрос показал, что 75% ре-

спондентов часто подвергаются стрессу или довольно часто сталкивается со стрессовыми ситуациями. Примерно треть (57%) на данный момент имеют какие-либо заболевания ротовой полости (стоматит, кариес и т.д.), а у 92% опрошенных уже имеется кариес. 63% опрошенных имеет привычку грызть ногти, следовательно, развитие у них бруксизма в будущем не исключено. По данным вопроса «Как часто Вы обращаетесь за помощью к врачу-стоматологу?» выяснено, что люди в основном заинтересованы в своем здоровье, что не может не радовать. Но есть и те, кто ходит к стоматологу намного реже (около 50%), к сожалению, это имеет неприятные последствия, а именно позднее обнаружения кариеса со всеми его осложнениями. Таким образом, эмоциональное состояние человека, хоть, возможно, и не в самой большой степени, но влияет на здоровье организма, а соответственно и на образование различных патологий зубов.

#### Список литературы:

1. Селье Г. Очерки об общем адаптационном синдроме. Медгиз, 1960. 254 с.
2. Крыжановский Г.Н. Патология регуляторных механизмов // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 1990. № 2. С. 3-8.
3. Кумахова Д.Б., Шогенов Б.Ю. Влияние стресса на человека // Экономика и социум. 2020. № 1(68). С. 917-928.
4. Городецкая И.В., Корневская Н.А. Влияние стресса на состояние тканей челюстно-лицевой области // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2009. Т. 8, № 3. С. 155-163.
5. Вельмакина И.В. Разработка и внедрение методики ранней диагностики мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: дис. ... канд. мед. наук: Нижний Новгород, 2016. 182 с.
6. Альбаниду-Фармаки Э., Пулопулос А.К., Эпиватианос А., Фармакис К., Карамузис М., Антониадес Д. Повышенный уровень тревоги и высокие концентрации кортизола в слюне и сыворотке крови у пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом // Тохоку J Exp Med. 2008. № 214. Р. 291-296.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бокарева У.Р., Гамзаева Н.Н., Макеева А.В.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный  
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»,  
Воронеж, e-mail: ulya.bokareva@inbox.ru*

Согласно данным литературы, в последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости патологиями желудочно-кишечного тракта среди лиц младшего возраста, что имеет прямую взаимосвязь с пищевым поведением и продуктами, которые употребляет человек. Многочисленные клинические исследования подтверждают, что при нарушении функции ЖКТ наблюдаются поражения слизистой оболочки, выражающиеся в сглаженности сосочков языка, его отечности, ощущении сухости во рту (галитоз) и т.д. [1]. К наиболее

распространенным заболеваниям ЖКТ относятся язвенная болезнь желудка, хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), панкреатит, хронический холецистит и дискинезия желчевыводящих путей [2].

Язвенная болезнь желудка характеризуется образованием глубокого язвенного дефекта слизистой оболочки желудка, иногда с появлением перфораций. В основе патогенеза данного заболевания лежит нарушение механической функции желудка (гастроуденальный рефлюкс), переход условно-патогенной микрофлоры (*Helicobacter pylori*) в патогенную, вследствие гиперсекреции соляной кислоты и пепсина.

В полости рта на начальных этапах развития язвенной болезни слизистая оболочка с незначительными явлениями дистрофии, гиперемии и отёчна, впоследствии становится бледно-розовой с цианотичным оттенком, на слизистой щек по линии смыкания зубов видны отпечатки зубов. На языке появляется плотный серовато-желтый налёт, плотно прикреплённый к подлежащим тканям, ощущается чувство жжения, покалывания. В случае присоединения дисбактериоза в полости рта наблюдается гиперплазия нитевидных сосочков (так называемый волосатый язык). В периоды обострения заболевания наблюдается гипосаливация [3].

Гастрит – воспалительное заболевание желудка, протекающее в острой или хронической форме и влияющее на состояние полости рта. Причиной развития гастрита чаще всего является бактерия *Helicobacter pylori*, которая поражает слизистую оболочку желудка. Также хронический гастрит может возникать на фоне воспалительного заболевания – болезни Крона, характеризующегося воспалением пищеварительного тракта [4].

Для острой формы гастрита характерны следующие изменения в полости рта: бледность слизистой оболочки, обложенность языка беложёлтым налётом, возможны появления очагов десквамации на дорсальной поверхности языка, сглаженность нитевидных сосочков. Красная кайма губ сухая с мелкими белесоватыми чешуйками и поверхностными трещинками.

При хроническом гастрите слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Слизистая оболочка в области вестибулярной поверхности губ истончена, на красной кайме губ появляются белесоватые сухие чешуйки, поверхностные трещины. На языке имеется бело-жёлтый или серовато-белый налёт, также отмечается гиперемия и отёк межзубных сосочков. Нитевидные сосочки дорсальной поверхности языка сглажены, которые могут атрофироваться с появлением на них микроскопических эрозий, выявляемых только с помощью методов инструментальной диагностики, в то время как грибовидные, особенно

в передней трети языка, кажутся увеличенными. По периферии очагов атрофии может наблюдаться белесоватого цвета ободок, состоящий из гиперплазированного эпителия. Субъективные жалобы пациента заключаются в ощущении жжения, болезненности, особенно при приеме раздражающей пищи, извращении вкусовых ощущений (появление металлического привкуса во рту по утрам).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого [5].

Количество мужчин и женщин с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с каждым годом увеличивается, кроме того эта болезнь стремится к омоложению. Особое внимание уделяют проявлениям ГЭРБ в полости рта. В связи с тем, что полость рта является начальным отделом пищеварительного тракта, заболевания ЖКТ и соответствующие изменения в полости рта тесно связаны между собой [6, 7].

У пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью отмечаются следующие симптомы: сухость слизистых оболочек, сухость губ, наличие хейлита, трещин на красной кайме губ, заеды в углах рта, неприятный запах изо рта, гиперемия десневого края с застойными явлениями, отечность межзубных сосочков, наличие зубного налета, гиперемия и отечность тканей десны, неплотное прилегание зубодесневых сосочков в области шеек зубов, наличие наддесневых и поддесневых зубных отложений [8]. Все эти изменения в ротовой полости обычно связаны с изменением pH среды ротовой полости в кислую сторону, что является следствием забросов содержимого желудка в верхние отделы пищеварительного тракта. Данные патологические изменения могут вызвать не только вышеперечисленные признаки и симптомы, но за счет повышения кислотности в ротовой полости повышается риск возникновения кариеса, т.к. повышенная кислотность вызывает деминерализацию твердых тканей зубов. К тому же гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может являться причиной либо же фактором вызывающим рецидивы таких заболеваний как гингивиты и пародонтиты.

Воспалительные заболевания кишечника – это группа хронических рецидивирующих и прогрессирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительной природы, поражающих как женский, так и мужской пол в равной степени, так же данное заболевание весьма распространено среди детей и подростков. К таким заболеваниям относятся: болезнь Крона и язвенный колит.

Распространенность оральных проявлений при ВЗК варьирует от 5% до 50%; такой широкий диапазон, вероятнее всего, обусловлен включением во многие отчёты сообщений о неспецифических изменениях полости рта, проявление которых просто совпадает с основным заболеванием (ВЗК). Поражения полости рта при ВЗК чаще встречаются у мужчин и детей [9, 10], особенно такие внекишечные проявления наблюдаются у пациентов с болезнью Крона.

К неспецифическим изменениям относят афтозный стоматит, ангулярный хейлит, лихеноидную реакцию в полости рта на медикаментозную терапию воспалительные заболевания кишечника, глоссит, гиперплазия десен (с развитием мукогингивита) и вегетирующий пиостоматит. Данные изменения могут возникать как при болезни Крона, так и при язвенном колите.

Высокоспецифичный симптом конкретно для болезни Крона является орофациальный гранулематоз, гранулематозный хейлит Мишера, синдром Мелькерссона-Розенталя, локальное гиперпластическое поражение слизистой оболочки полости рта – рельеф слизистой оболочки полости рта приобретает вид «булыжной мостовой», как и слизистая оболочка кишки при болезни Крона, слизистые «метки» и линейные продольные изъязвления.

Для язвенного колита единственным специфичным поражением является вегетирующий пиостоматит М (акроскопически вегетирующий пиостоматит) проявляется доброкачественными образованиями, проявляющимися множественными бело-жёлтыми милиарными пустулами диаметром 2-3 мм на эритематозном и отёчном основании [11].

Кроме того, в последние десятилетия значительное место в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые могут повлечь за собой развитие патологических состояний в ротовой полости, отводится угнетению ферментативной функции поджелудочной железы и нарушению слизистой оболочки тонкого кишечника. К таким заболеваниям относится хронический панкреатит, сопровождающийся деструктивными изменениями в панкреоцитах с дальнейшим замещением их соединительной (фиброзной) тканью и сдавлением протока поджелудочной железы кистами и конкрементами. Клинические проявления хронического панкреатита в полости рта также связаны с недостаточным поступлением витамина В в организм, вовлечением других органов ЖКТ в патологический процесс и характеризуются появлением на языке жёлто-белого налёта, окрашиванием его дистальных отделов в желтушный цвет, возможно развитие глоссита. Нередко развивается кандидоз полости рта, теряется вкусовая чувствительность, появляется сухость. Истончается красная кайма губ, в углах рта появляются хронические длительно незаживающие трещины [12].

Дискинезия желчевыводящих путей, которая развивается как следствие нарушения моторной функции и работы сфинктерного аппарата, влечёт за собой изменения в ротовой полости такие, как образование налёта на языке жёлто-коричневого цвета, развитие отёка и гиперемии слизистой оболочки, маргинального периодонта различной степени тяжести.

Стойкие функциональные расстройства желчного пузыря, в основе которых лежат изменение состава желчи за счёт появления в ней условно-патогенных микроорганизмов, изменения иммунологического статуса организма, нарушения оттока желчи, приводят к развитию хронического холецистита, что находит своё проявление в ротовой полости. Для данного заболевания характерен множественный кариес, который трудно поддаётся лечению из-за затравливания кариесиммунных зон и генерализации патологического процесса, что в конечном итоге может привести к потере постоянных зубов. Также наблюдается высокая частота встречаемости гингивита и катарального стоматита, отмечается складчатость и увеличение размеров языка вследствие стойкого отёка [13].

Таким образом, проведя анализ литературных источников следует сделать вывод, что роль врача – стоматолога очень значима в диагностике и выявлении заболеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с тем, что на приеме при осмотре слизистой оболочки полости рта пациента доктор может идентифицировать ранние признаки патологии пищеварительной системы и направить к необходимым специалистам для дальнейшей установки точного диагноза и назначения надлежащего лечения ещё на очень ранних сроках. Что в свою очередь, весьма облегчит не только лечение заболевания, но и позволит не дать болезни прогрессировать и достичь точки невозврата. Очень важно чтобы врач-стоматолог имел достаточный уровень знаний по данной теме. В тоже время стоматолог должен понимать, что не стоит уделять внимание некоторым малозначительным изменениям в полости рта, так как это может являться симптомом достаточно серьезного заболевания.

#### Список литературы

1. Сулейманов Р.А., Трусова Е.В. Особенности лечения патологии зубов при заболевании желудочно-кишечного тракта // Аспирантские чтения – 2018: Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Самара, 24 октября 2018 г.). Самара: ООО «Офорт», 2018. С. 156-157.
2. Соколова О.А., Аванесов А.М. Изменения слизистой оболочки полости рта при патологии желудочно-кишечного тракта // Материалы X международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке» / РУДН. 2009. Т. 11, № 5. С. 216.
3. Андреев А.А., Колосов Н.С., Атаян Р.Р. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Молодежь, наука, медицина: Тезисы 68-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием, (Тверь, 20–21 апреля 2022 г.). Тверь: ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», 2022. С. 37-38.



4. Кайсина Т.Н., Коньшева А.К., Абакумова М.А., Кардынов Н.В. Поражение слизистой оболочки полости рта и оценка стоматологического статуса у больных хроническим гастритом // Современные достижения стоматологии: сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию Кировского государственного медицинского университета (Киров, 12 апреля 2017 г.). Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2017. С. 73-74.

5. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам // *Consilium medicum*. 2013. Т. 15, № 8. С. 30-34.

6. Трухманов А.С., Джахая Н.Л., Кайбышева В.О., Сторонова О.А. Новые аспекты рекомендаций по лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Гастроэнтерология и Гепатология: новости, мнения, обучение*. 2013. № 1. С. 2-9.

7. Сазанская Л.С., Гулуа М.М. Исследование микрофлоры полости рта у мужчин и женщин с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Кронос: естественные и технические науки*. 2019. С. 46.

8. Джамалидинова Т.Д., Максимовская Л.Н., Ли Е.Д. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2010. № 9. С. 23-27.

9. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С., Тьтук С.Ю. Состояние органов полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника по данным функциональных и лабораторных исследований // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2013. № 1. С. 51-53.

10. Матвеева Е.В., Антонова И.Н., Кипчук А.В. Влияние сопутствующей соматической патологии на пародонтологические, гигиенические индексы и минеральный состав ротовой жидкости // *Пародонтология*. 2023. Т. 28, № 1. С. 67-74.

11. Рамазанова З.Д. Стоматологическая оценка состояния полости рта у стоматологических пациентов с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // *Научный аспект*. 2022. Т. 6, № 6. С. 749-754.

12. Лавровская Я.А. Особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне хронического панкреатита // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2015. № 3. С. 18-22.

13. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. М.: МЕДпресс, 2001. 320 с.

## ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Бокарева У.Р., Горлова А.А., Макеева А.В.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»,  
Воронеж, e-mail:ulya.bokareva@inbox.ru*

Аллергические реакции в детской стоматологии регистрируются нечасто, но требуют особого внимания со стороны детских врачей-стоматологов. Одной из причин развития все большего и большего количества аллергий является появление в промышленности и быту химических веществ и соединений, которые способны вызвать данную патологическую реакцию организма.

У детей, из-за не полностью сформированной иммунной системы, аллергические реакции I типа регистрируются довольно часто. В развитии этих реакций большую роль играет гистамин, который высвобождается при дегрануляции тучных клеток. Это может привести к появлению различных аллергических реакций, таких как спазм гладкой мускулатуры (особенно

в бронхах), увеличение проницаемости сосудов, стимуляция секреции желез, находящихся в слизистых оболочках носа, бронхов и желудка. В результате могут возникнуть атопические реакции, такие как крапивница, бронхиальная астма, поллиноз (сенная лихорадка), отёк Квинке (ангионевротический отёк) и анафилактический шок.

Токсическое действие сплавов металлов обусловлено непосредственно их составом [1]. Например, припой содержит медь и цинк, чьи окислы могут быть токсичными. При использовании этих сплавов в стоматологии возможно появление ощущения солёного или кислого вкуса во рту. Иногда эти симптомы ошибочно приписывают гальваническим токам, которые могут возникнуть в ротовой полости при наличии зубных протезов.

Аллергические реакции (стоматит), которые возникают при использовании протезов, относятся к контактному (группа реакций замедленного действия). Гаптены – вещества, которые вызывают такие реакции. Они не являются антигенами, поскольку они не имеют белковой составляющей, и приобретают свойства антигенов вследствие химического взаимодействия с белками организма. Например, в качестве гаптенных в сплавах могут выступать окислы металлов.

Для ортопедического лечения используется нержавеющая сталь, содержащая в своём составе никель. Во рту из-за воздействия слюны никель подвержен коррозии, что может вызывать аллергические реакции. Хром применяется для зубного протезирования в виде хромокобальтового и других сплавов. Он может оказывать разнообразное действие на организм человека, в том числе и вызывать аллергические реакции. Серебро присутствует в составе сплавов, например серебряно-палладиевый сплав, применяемый при ортопедическом лечении. Серебро обладает бактерицидными и противовоспалительными свойствами, поэтому данный сплав рекомендуется использовать при хронических заболеваниях слизистых оболочек полости рта и органов желудочно-кишечного тракта. Золото, благодаря высокой коррозионной стойкости, входит в состав золотых сплавов и припоев для зубных протезов. Наиболее важную роль в развитии чувствительности к металлическим протезам играют никель, хром, кобальт и марганец.

Зубные цементы, зубные амальгамы, припой и латунь содержат оксид цинка. При коррозии металлических протезов в полости рта, цинк растворяется в первую очередь, но токсичность соединений цинка незначительна.

Пластмассы, применяемые в ортопедической стоматологии, являются высокополимерными органическими соединениями. При использовании акриловой пластмассы возможно появление аллергических и токсических сто-