

## Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Журбенко Вероника Александровна, ассистент кафедры стоматологии детского возраста;  
Ляскина Марина Анатольевна, студентка  
ФГБОУ ВО Курский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

В последние годы актуальна проблема для стоматологов и гастроэнтерологов о сопряженности хронических воспалительных заболеваний пищеварительной системы с поражением органов и тканей ротовой полости. Полость рта является зеркалом, которое отражает общее состояние организма. Патологические процессы на ней нередко являются начальными симптомом заболеваний ЖКТ. Эта чувствительность к малейшим изменениям в работе друг друга обусловлена морфофункциональным единством слизистой оболочки полости рта и всего пищеварительного тракта.

Хронический гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, при котором нарушается физиологическая регенерация железистого эпителия с прогрессирующей его атрофией и развитием секреторной моторной и инкреторной недостаточности функций [13]. При данном заболевании изменяется рН слюны, что приводит к изменениям на слизистой и развитию различных стоматологических заболеваний.

При хроническом гастрите на языке наблюдается отечность и обложенность. Проявляется десквамативный глоссит, который сопровождается образованием гладких, ярко-красных очагов с беловатой каймой, трещин и борозд из-за неравномерного отслоения эпителия. Данная патология может сопровождаться чувством жжения, покалыванием языка, раздражением при приеме пищи, нарушением вкусовых ощущений [2]. Если секреторная функция желудка снижена, то для людей с гастритом характерен язык со сглаженными сосочками языка и обильным налетом, сухость в полости рта.

При повышенной секреции определяется гипертрофия сосочков языка, бледность и отечность слизистой оболочки полости рта. Повышенная кислотность желудочного сока приводит к понижению основных свойств слюны, что приводит к образованию множественного кариеса на зубах [2,3].

При всех формах гастрита больные нередко страдают хроническим афтозным стоматитом, что сопровождается образованием эрозий на слизистой. Также может обнаруживаться катаральный гингивит, для которого характерны отек, гиперемия слизистой оболочки десны, болезненность и кровоточивость десневого края, наличие зубных отложений, что может перейти в зубной камень, а в последующем в кариес, неприятный привкус в полости рта [4].

Язвенная болезнь желудка - хроническая патология, протекающая с формированием язв в желудке. Данное заболевание может стать одной из причин многих заболеваний в полости рта [13].

При язвенной болезни желудка повышается температурная и тактильная чувствительность полости рта. Характерны изменения в малых слюнных железах. Клинически это проявляется увеличением секреции слюнных желез, нередко с последующей сухостью слизистой оболочки. Характерны обильная обложенность, покраснение и отечность языка, налеты желто-коричневого цвета, гипертрофия грибовидных и нитевидных сосочков языка с участками их десквамации [8]. Больные страдают катаральным стоматитом, что проявляется гиперемией и отечностью слизистой, из-за которой пациент предъявляет жалобы на боль и дискомфорт при разговоре и приеме пищи [8]. Отличительной особенностью заболевания является отсутствие язв, высыпаний и других дефектов пораженной области.

При язвенной болезни возможен гингивит, что сопровождается отечностью и покраснением десен, кровоточивостью при еде и минимальном контакте, неприятным запахом изо рта, возникновением эрозий. В немалой степени поражается пародонт [5].

Язвенная болезнь создаёт условия для возникновения воспаления пародонта из-за иммунного и эндокринного дисбаланса, нарушения микроциркуляции, нейрогуморальной регуляции, психосоматических взаимоотношений, изменения метаболизма соединительной ткани, минерального обмена, дефицита витаминов. Немаловажной причиной становится несоблюдение правил гигиены полости рта пациентами. При язвенной болезни вырабатывается повышенное количество гастрина и холицистокинина, что ведет к нарушению равновесия между паратиреоидным гормоном и кальцитонином, участвующих в регуляции кальция, тем самым прослеживается резорбтивный процесс в пародонте [5].

М.Б. Хайкин отметил, что у больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени на фоне язвенной болезни наблюдается достоверное нарастание всех составляющих популяции тучных клеток слизистой полости рта. Данный факт ведет к снижению противомикробной резистентности органов полости рта [8].

Гастродуоденит - воспалительное заболевание слизистой двенадцатиперстной кишки и пилорической зоны желудка [13].

При гастродуодените больные жалуются на неприятный запах изо рта, привкус кислого и горечь, что связано с рефлюксом — забрасыванием содержимого желудка в пищевод и полость рта, причина которого кроется в патологической работе клапанных структур [10]. Из-за изменений свойств слюны отмечается интенсивная распространенность кариеса

[www.esa-conference.ru](http://www.esa-conference.ru)

са. Твердые ткани зубов являются в большей степени восприимчивыми к патологиям вследствие как неудовлетворительной гигиены, так и более кислой среды во рту.

Заболевание сопровождается glandулярным хейлитом, который проявляется яркими красными точками и постоянным слюнообразованием. Это связано с гиперфункцией, гиперплазия или гетеротопия слюнных желез на границе красной каймы губ [2]. Их поверхность постоянно увлажнена, кожа, привыкшая к увлажнению, шелушится и трескается в области уголков рта.

При гастродуодените больные страдают рецидивирующим афтозным стоматитом, который проявляется на слизистой болезненными эрозиями округлой формы с гиперемизированным ободком, покрытыми фибринозным налетом. Язык обложен, явные изменения его сосочков: недостаточное отшелушивание нитевидных сосочков, увеличение в объеме грибовидных и листовидных типов, часто регистрируется «географический язык». Он характеризуется образованием гладких, ярко-красных очагов с беловатой каймой, трещин и борозд из-за неравномерного отслоения эпителия [4,12]. Данная патология может сопровождаться чувством жжения, покалыванием языка, раздражением при приеме пищи, нарушением вкусовых ощущений [3].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - заболевание с развитием характерных симптомов и (или) воспалительного поражения дистальной части пищевода и смежных органов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного или дуоденального содержимого [13].

Данное заболевание вызывает изменение в ротовой полости - поражение красной каймы губ, слизистой оболочки, языка, тканей пародонта и твердых тканей зуба. Тяжесть поражения твердых тканей зуба нарастает соответственно сдвигу pH ротовой полости в кислую сторону. Из-за этого у пациентов отмечается множественный генерализованный кариес, увеличивается чувствительность зубов [10]. У больных ГЭРБ изменяются состав и свойства слюны: отмечается значительное замедление секреции муцина, безмуцинного протеина и эпидермального фактора роста в ответ на действие рефлюктата.

На языке обнаруживается эксфолиативный хейлит, который сопровождается появлением корочек на губах, возникает ощущение стянутости, сухости и жжения. Поражается только красная кайма губ по линии Клейна [8]. Слизистая часть губы, а также кожа околоротовой зоны в патологический процесс не вовлечены. В углах рта и по линии, граничащей с кожей, чешуек также не обнаруживают. У пациентов с экссудативной формой эксфолиативного хейлита губы отечны, болезненны при пальпации, корочки серо-желтого цвета [1].

Одним из проявлений ГЭРБ является ксеростомия, которая сопровождается сухостью во рту. Из-за сниженной саливации на слизистой полости рта увеличивается вероятность нагноений [8].

Ткани пародонта увеличиваются в размерах,

становятся отечны и гиперемизированы, появляются все признаки воспаления. Связка зуба постепенно разрушается, зубы становятся подвижны, оголяются их шейки. Появляется кровоточивостью и болевые ощущения десен при надавливании. Присутствует неприятный запах изо рта [2,10,11].

Колит - воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки. Энтероколит - одновременное воспаление тонкой и толстой кишок [13].

Данные заболевания, сопровождающиеся задержкой воды в организме, характеризуются отеком слизистой оболочки щек, языка, появлением отпечатка зубов на них. По линии смыкания губ формируется белый налет, особенно выраженный по углам, после пробуждения.

Пациенты могут жаловаться на неприятный запах изо рта, который плохо поддается маскировке, формируются различные неприятные ощущения — горечь, металлический привкус [2,8].

На языке возможно появление десквамативного глоссита, который проявляется образованием гладких, ярко-красных очагов с беловатой каймой, трещин и борозд из-за неравномерного отслоения эпителия [8].

Воспалению подвергаются губы, красная кайма становится сухой, формируются корки, нередко трещины, в уголках рта формируются заеды [14].

Афтозный стоматит тоже является проявление колитов в полости рта. На слизистой появляются болезненные эрозии округлой формы с гиперемизированным ободком, покрытые фибринозным налетом [4,12].

Дискинезия желчевыводящих путей — заболевание, при котором нарушается моторика желчного пузыря и происходит сбой в работе желчных протоков, что служит причиной застоя желчи или же чрезмерного ее выделения [13]. Данное заболевание может стать причиной развития патологических изменений в полости рта.

При дискинезии желчевыводящих путей выявляются заболевания маргинального периодонта различной степени тяжести. Воспалительный процесс локализуется в круговой связке зуба, первичный очаг возникает в верхнем крае десны и постепенно расширяется, распространяясь по всему участку, окружающему зуб, впоследствии это может привести к некрозу тканей. Десна становится похожа на валик, немного отстающий от зубной поверхности и часто кровоточащий. В образующемся кармане скапливается гнойное содержимое, свободно вытекающее наружу при надавливании. Цвет десны и межзубного пространства становится красно-синим, зубы становятся подвижны, появляется оголение и чувствительность шеек зубов [8,9,10].

При дискинезии желчевыводящих путей возможен катаральный стоматит, который характеризуется отеком и покраснением слизистой оболочки, десна в пораженной области начинают кровоточить, поэтому пациенту трудно разговаривать и принимать пищу. Язык покрыт желто-коричневым налетом, его размеры увеличены вследствие сильного отека [2].

[www.esa-conference.ru](http://www.esa-conference.ru)

В полости рта прослеживается высокая интенсивность кариеса зубов, преобладают декомпенсированные его формы и атипичная локализация кариозного процесса, развивается генерализованный процесс, приводящий к быстрому разрушению и раннему удалению постоянных зубов [3].

Панкреатит – воспаление поджелудочной железы. При данном заболевании в ротовой полости происходит резкое изменение кислотно-щелочного баланса в кислую сторону из-за рефлюкса [13]. Это ведет к созданию благоприятной среды для роста и развития патогенной флоры, что способствует развитию множественного кариеса зубов. Частым проявлением считается обильное слюноотделение в полости рта.

Диспепсические расстройства в форме тошноты и рвоты негативно влияют на состоянии слизистой оболочки, развивается афтозный стоматит. Он проявляется болезненными эрозиями округлой формы с гиперемизированным ободком, покрытыми фибринозным налетом. Также нередко возможно развитие стоматита грибковой природы – молочницы, характеризующейся появлением белого налета [2].

При панкреатите отмечается значительная гиперемизированность языка вследствие воспаления, отечность и увеличение размера.

Холестит – воспаление желчного пузыря, оно может быть одним из проявлений желчнокаменной болезни [13].

При данном заболевании в полости рта изменяются физические свойства слюны из-за обратного забрасывания содержимого желудка. Нарушается обмен минеральных веществ между зубами и ротовой жидкостью. Эмаль становится хрупкой и уязвимой перед атакой патогенной микрофлоры. Кислая среда в полости рта ведет к образованию множественного кариеса вне иммунных зон зубов. Часто прослеживаются его осложнения – пульпиты, периодонтиты и выпадения зубов. Пациенты чувствуют кислый привкус во рту [10].

Данное заболевание может привести к серьез-

ным патологическим изменениям со стороны слизистой оболочки полости рта, языка и десен. Развивается афтозный стоматит, который сопровождается покраснением и отеком слизистой, образованием афт. Десна увеличиваются в размерах, становятся гиперемизированными. Происходит разрастание десневых сосочков, которые могут закрывать часть коронки зуба [5,12]. Язык покрывается налетом различных оттенков желто-коричневой гаммы и увеличивается в размере. Прослеживается атрофия нитевидных сосочков и слущивание эпителия [8].

Цирроз - заболевание печени, характеризующееся прогрессирующим сочетанным поражением паренхимы и стромы печени с дистрофическими изменениями печеночных клеток, диффузным развитием соединительной ткани, перестройкой паренхимы и сосудистой системы печени [13].

Данное заболевание не оставляет без внимания полость рта. При циррозе печени отмечается афтозный стоматит, который проявляется болезненными эрозиями округлой формы с гиперемизированными ободками, покрытые фибринозным налетом на слизистой оболочке [5,12]. Пациенты жалуются на жжение в области твердого и мягкого неба, вестибулярной поверхности губ и различных отделов языка. Отмечается желтушность слизистой оболочки, в том числе альвеолярной десны, множественные телеангиэктазии, кровоточивость десен. Вторичный дефицит витамина А может привести к более выраженному гиперкератозу, особенно в участках физиологического ороговения слизистой оболочки полости рта. На языке происходит атрофия нитевидных сосочков, слущивание эпителия. Язык становится гладким, гиперемизированным, нередко отмечается углубление естественных складок языка. Красная кайма губ и слизистая оболочка истончены. Могут появляться срединная и боковые трещины с замедленной эпителизацией и склонные к инфицированию. Слизистая оболочка полости рта сухая, прослеживается ксеростомия, могут наблюдаться явления кандидоза [3,5,8,9].

### Литература:

1. Булкина, Н.В. Клинические и иммуноморфологические особенности течения хронического генерализованного пародонтита на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Н.В. Булкина, Ю.Л. Осипова // *Фундаментальные исследования.* - № 5.-С.213-216.
2. Борисенко, Г.Г. Оценка морфологических изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Г.Г. Борисенко, Г.И. Лукина, Э.А. Базикян [и др.] // *Клиническая медицина.* – 2009.-№6.-С.36-38.
3. Белая, Т.Г. Проявления в полости рта детей соматических заболеваний. Часть I: Заболевания органов пищеварения и кроветворной системы / Т.Г. Белая // *Современная стоматология.*- 2005.- №4.- С. 8-10.
4. Васильева, Е.А. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического афтозного стоматита / Е.А. Васильева // *Фундаментальные исследования.*- 2013.- №6.-С.54-91.
5. Журбенко, В.А. Роль соматической патологии в развитии заболеваний тканей пародонта / В.А. Журбенко // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований* – 2016 - №1-1. - С. 92.
6. Ирмухамедова, И.Х. Клинико-функциональная и морфологическая характеристика изменений слизистой оболочки полости рта и пародонта при хронических диффузных поражениях печени / И.Х. Ирмухамедова // *Автореф.дис.* — М., 1991.- 24с.
7. Клинические и морфофункциональные особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у больных с гастродуоденальными язвами / М.Б. Хайкин, С.В. Дмитриенко, М.А. Осадчук // *Вестник Самарского государственного университета.* – 2006.- №6.- С. 153-158.

[www.esa-conference.ru](http://www.esa-conference.ru)

8.Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных. – Н.: издательство НГМА, 2000.-367с.

9.Маев, И.В. Изменения мягких тканей полости рта в практике врачей терапевтов и гастроэнтерологов / И.В. Маев, Э.А. Базилян, Г.Л. Юренев // - М.: Медицина, 2007. – С. 39-42.

10.Нарушения кислотно – основного равновесия в полости рта при общесоматической патологии / В.А. Румянцев, Л.К. Есаян, Е.Д. Зюзбкова [и др.]// Стоматология. – 2013.- №2. С.22-26.

11.Особенности поражений пародонта при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Е.М. Козорез, К.М. Попова [и др.]// Фундаментальные исследования. – 2004.- № 5.- С.111-112.

12.Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта /А.В. Лепилин, О.В. Еремин [и др.]// Пародонтология. – 2008.- №4.- С.10-17.

13.Современные аспекты патогенеза и комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита / Н.В. Булкина, Е.В. Токмакова [и др.]// Фундаментальные исследования.- 2012.- №4.- С.30-33.

14.Скачко, Б.Г. Болезни органов пищеварения / Б.Г. Скачко. – М.: Мир и образование, 2013. – 288с.

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