

Lukashyk S.P., Yagovdik E.N., Karpov I.A.
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HCV
CIRRHOSIS

Belorussian State Medical University, Minsk

Currently cirrhosis is a severe disease and patients need serious additional attention of health care professional at ambulatory stage of treatment due to demographic, epidemiological and clinical features of this population. Perspective ways of HCV infection management are prophylactics of parenteral transmission, development of the system outpatient care, including effective anti-HCV treatment and active monitoring of early diagnostic signs of cirrhosis decompensation, regular screening of patients for timely surgical treatment.

Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Марченко Е.И., Коваленко И.П.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ
В ПОЛОСТИ РТА

(краткий обзор литературы)

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

В последнее время отмечается тенденция к увеличению количества пациентов с хронической патологией печени, что может быть обусловлено ростом заболеваемости вирусными гепатитами, приемом токсических и лекарственных препаратов, неправильным питанием. Известно, что при хронических заболеваниях печени формируется вторичный иммунодефицит, оказывающий влияние не только на весь организм в целом, но и на состояние органов и тканей полости рта (слизистую оболочку, пародонт, твердые ткани зуба). Некоторые симптомы, выявляемые в процессе стоматологического обследования, могут оказать существенное влияние на своевременную диагностику и направление пациента к общему специалисту.

Для болезней печени наиболее свойственна желтушность склер и слизистой оболочки полости рта, частыми являются кровоточивость десен, гингивиты, глосситы. Появляется извращение вкуса, горечь во рту. В ряде случаев бывают стойкие мучительные ощущения жжения, покалывания в языке, на небе, губах – глоссодиния, стомалгия. Глоссодинией на фоне заболеваний печени страдают в основном женщины от 30 до 60 лет. В 90% случаев болезненный процесс локализуется на слизистой оболочке языка, боли разлитые без четких контуров, в 10% случаев распространяются на слизистую дна полости рта, губ, щек и нёба. Характер ощущений – жжение, покалывание, пощипывание, чувство жара; боли ломящего, давящего характера. Во время еды, при разговоре боль исчезает, что

является важным диагностическим признаком. Неприятные ощущения могут усиливаться ночью.

При вирусном гепатите в продромальном периоде отмечается сухость в полости рта, отечность и гиперемия слизистой оболочки. В желтушном периоде нарастает ее интенсивное окрашивание, особенно в области твердого и мягкого нёба. Появляются телеангиоэктазии и геморрагии, наиболее выраженные в области мягкого нёба и слизистой оболочки губ. В период разгара болезни на дорсальной поверхности языка появляются участки десквамации эпителия, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков. Важным признаком является желтушное окрашивание выводных протоков околоушных, подчелюстных и подъязычных слюнных желез. Отмечается гиперплазия выводных протоков малых слюнных желез, нередко их концевые отделы зияют. Могут наблюдаться множественные мелкие, склонные к группировке эрозии, покрытые желтым фибринозным налетом. Жировые включения в слизистой оболочке также окрашены в желтый цвет. Слизистая оболочка маргинальной десны ярко гиперемирована, отечна, кровоточива. При тяжелых формах основного заболевания катаральное воспаление может переходить в язвенно-некротическое.

Признаками проявления хронического гепатита в полости рта являются разнообразные изменения слизистой оболочки воспалительно-дистрофического характера: гиперемия, сухость (67%), отек и десквамация эпителия (59%). Характерна желтушность слизистой оболочки мягкого нёба, дна полости рта, появление геморрагий, телеангиоэктазий (84%). Субъективным симптомом заболевания является извращение вкуса (кислый, металлический привкус во рту), ощущение горечи, особенно по утрам, парестезия слизистой оболочки, жжение и покалывание в области языка и губ, зуд в области нёба. Отмечается застойная гиперемия и кровоточивость слизистой оболочки десны.

При циррозе печени на ранних стадиях заболевания отмечается иктеричность слизистой оболочки мягкого неба, на ней проявляется сосудистый рисунок. Пациенты жалуются на привкус горечи, жжение в области твердого и мягкого неба, вестибулярной поверхности губ и различных отделов языка. В развившихся стадиях цирроза печени слизистая оболочка приобретает бледно-розовый цвет с цианотичным оттенком, вены языка расширены. Наблюдается очаговое или диффузное помутнение эпителия, местами его мацерация, вплоть до образования эрозий. Вторичный дефицит витамина А может привести к выраженному гиперкератозу, особенно в участках физиологического ороговения слизистой оболочки (твердое небо, десна). В местах случайного травмирования слизистой оболочки отмечаются длительно не заживающие эрозии. Определяется десквамация эпителия слизистой оболочки языка, очаги которой могут быть единичными или, сливаясь, захватывать всю поверхность языка. Язык становится гладким, гиперемированным,

отмечается истончение красной каймы и слизистой оболочки губ. Наблюдаются хейлиты, в частности, эксфолиативный в сухой форме (42%) и glandулярный (28%). На красной кайме могут появляться трещины с замедленной эпителизацией, склонные к инфицированию. Слизистая оболочка рта сухая, могут наблюдаться явления кандидоза. По данным С.И. Гажва, З.В. Журавлевой, кандидозный стоматит выявлен у 30,8% пациентов преимущественно в острой псевдомембранозной форме. Признаками вторичного дефицита рибофлавина являются длительно не заживающие трещины в углах рта. Маргинальная десна имеет бледно-розовый цвет, отмечаются признаки ее атрофии. При циррозе печени могут наблюдаться афтозные высыпания, покрытые серым некротическим налетом, сроки эпителизации которых составляют 7-15 дней и более, причем выраженных реактивных воспалительных изменений, характерных для обычных афтозных высыпаний, не отмечается. Одним из частых признаков цирроза печени являются множественные телеангиэктазии на разных участках слизистой оболочки полости рта, которые наиболее четко выражены на вестибулярной поверхности губ, в области мягкого неба и дна полости рта.

Заболевания печени способствуют развитию у пациентов кариеса и некариозных поражений зубов, в том числе патологической стираемости, эрозий и клиновидных дефектов.

Из некариозных поражений наиболее широко распространена генерализованная патологическая стираемость, особенно часто она встречается при циррозе печени (57,9% случаев). Одной из возможных причин называют большое количество разрушенных и удаленных зубов, отсутствие рационального протезирования и функциональную перегрузку. Эрозии представляют собой сошлифованные участки эмали и дентина овальной или почковидной формы, расположенные в области экватора зуба. Происхождение эрозий связано с кислотной деминерализацией эмали. Образование дефекта происходит без участия микроорганизмов и является результатом непосредственного контакта кислот с поверхностью твердых тканей зуба. Эрозии, происхождение которых связано с хронической рвотой, проявляются на небных поверхностях чаще верхних зубов передней группы. Клиновидный дефект характеризуется убылью эмали и дентина вестибулярной поверхности V-образной формы. Развитие данной патологии обусловлено агрессивным механическим воздействием (неправильная чистка зубов, жесткая щетка, абразивная паста), повышенной окклюзионной нагрузкой (аномалии прикуса, бруксизм и т.д.).

Характерным клиническим проявлением патологической стираемости, эрозий, клиновидных дефектов у пациентов с хроническими заболеваниями печени является гиперестезия твердых тканей. Типичные жалобы – кратковременная острая боль от химических (кислое, сладкое,

соленое, горькое), термических (холодное, теплое), механических (при чистке зубов) раздражителей.

Таким образом, пациенты с заболеваниями печени могут иметь разнообразные проявления со стороны слизистой оболочки, пародонта и твердых тканей зуба. Детальный осмотр полости рта позволяет врачу-стоматологу в ряде случаев обнаружить ранние проявления заболеваний печени, что способствует своевременному направлению пациента к общему специалисту для диагностики и лечения основного заболевания.

Lutsкая I.K., Chuhrai I.G., Marchenko E.I., Kovalenko I.P.
CLINICAL DEMONSTRATIONS OF LIVER DISEASES
IN THE ORAL CAVITY

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

The symptoms detected during stomatological examination contribute to the overall effectiveness of diagnosis and treatment, though, a dentist performs only local treatment.

Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Новак Н.В., Марченко Е.И.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

(краткий обзор фармакологических рекомендаций)

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Стоматологическая помощь является одной из самых массовых в системе здравоохранения. Ежегодно к врачам-стоматологам разного профиля обращаются примерно 15 млн пациентов. Большинство манипуляций на твердых тканях зуба, пародонте и слизистой оболочке полости рта сопровождается болевыми ощущениями разной интенсивности и требует обезболивания. В условиях поликлинического приема основным методом борьбы с болью является инъекционное введение раствора местного анестетика (МА) в ткани челюстно-лицевой области. При этом препараты оказывают прямое влияние на систему гомеостаза организма человека. Установлено, что местная анестезия повышает риск возникновения осложнений общего характера в процессе проведения стоматологических вмешательств даже у практически здоровых пациентов.

По статистическим данным, среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 50% страдают различными общесоматическими заболеваниями. Особую проблему представляет