

УДК 616.31:616.33/.34-002]-053.3/.5

Падалка А.І.

ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

У статті проаналізовані наукові публікації, присвячені захворюванням органів шлунково-кишкового тракту у дітей та пов'язані з ними прояви в порожнині рота. Інтерес до цієї проблеми викликаний широким розповсюдженням, різноманітністю і тяжкістю клінічних проявів даної патології. На сьогоднішній день питання поєднаних уражень порожнини рота і внутрішніх органів займають чільне місце серед проблем стоматології, оскільки дозволяють відобразити сутність генезу багатьох захворювань, що виявляються в ротовій порожнині. В роботі розглядаються питання взаємовпливу процесів, що відбуваються у шлунково-кишковому тракту та в порожнині рота, вивчення яких представляє цінність для стоматології та гастроентерології.

Ключові слова: діти, органи шлунково-кишкового тракту, порожнина рота.

Робота є фрагментом комплексної НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України «Оптимізація діагностики, лікування та розробка методів реабілітації функціональних та органічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей різних вікових груп» (номер державної реєстрації 0111U005141).

У структурі захворювань дитячого населення одне з головних місць належить хронічним захворюванням органів травлення. Розповсюдженість їх серед дітей становить від 58,1% до 100%, при цьому спостерігається стійка тенденція до зростання захворюваності [12]. Так, за останні 10 років кількість дітей з хронічним гастродуоденітом збільшилась у 10,1 разів, кількість підлітків з виразковою хворобою збільшилась у 1,7 рази, а питома вага серед дітей із захворюваннями травної системи зросла з 14,5% до 55,3% [4, 16].

На сьогоднішній день питання поєднаних уражень порожнини рота і внутрішніх органів займають чільне місце серед проблем стоматології, оскільки дозволяють відобразити сутність генезу багатьох захворювань, що виявляються в порожнині рота [4].

Порожнина рота функціонально тісно пов'язана з усім організмом людини і безпосередньо – з шлунково-кишковим трактом. Слизова оболонка порожнини рота є ділянкою рефлекторного впливу різних відділів шлунково-кишкового тракту, і в той же час її рецептори впливають на секреторну і моторну діяльність останнього [11].

Анатомо-фізіологічна близькість, спільність іннервації і гуморальної регуляції створюють передумови залучення органів порожнини рота в патологічний процес при захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту [18]. При захворюваннях шлунково-кишкового тракту часто виникають запальні процеси тканин пародонту [1, 3, 4, 5, 12] та слизової оболонки порожнини рота [11, 15], зміни в слинних залозах [2], каріозні [6, 15] та некаріозні [10, 15] ураження твердих тканин зубів.

З іншого боку, патологічні процеси в порожнині рота стають вогнищами хронічної інфекції і, порушуючи акт жування, призводять до погіршення функціонування шлунково-кишкового тракту і загострення його хронічних захворювань [19]. Відомо, що поєднання захворювань порожнини рота і внутрішніх органів супроводжується

розвитком ендогенної інтоксикації. Розвиток основних стоматологічних захворювань, що супроводжуються поступовим порушенням прикусу і жувальної ефективності, також призводить до зростання хронічних форм патології шлунково-кишкового тракту. Наприклад, у хворих з вторинним зниженим прикусом найбільш поширеними захворюваннями шлунково-кишкового тракту є хронічний гастрит і синдром надлишкового бактеріального росту [13].

На думку Є.В. Боровського (2001, 2003) при захворюваннях шлунково-кишкового тракту можуть спостерігатися зміни в порожнині рота: катаральний гінгівіт, стоматит, глосити, оскільки в цих випадках має місце дефіцит вітамінів групи В. А такі захворювання порожнини рота, як хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, плоский лишай, хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит, хронічний пародонтит, протікають у важчій формі за наявності патології травного тракту.

Значення колонізації *Helicobacter pylori* у виникненні таких захворювань як гастрит, виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки, вже не заперечується.

У дітей в ротовій порожнині *Helicobacter pylori* виявляється до 83% [17].

Вивчення часу колонізації організму людини показало, що *Helicobacter pylori* може виявлятися в шлунку дитини з перших місяців життя. Гастроентерологи виявили *Helicobacter pylori* у 2-6-9 місячних дітей [20, 22].

Факторами передачі *Helicobacter pylori* можуть бути різні предмети, які контактують зі слиною: предмети особистої гігієни, столові прилади, а також інфікуванню сприяє облизування сосок грудних дітей.

Літературні джерела свідчать про те, що у хворих на генералізований пародонтит у поєднанні з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки *Helicobacter pylori* визначається у вмісті пародонтальних кишень і зубному нальоті [1, 21].

Сафронова С.В. (2005) довела, що гастроєзофагеальний і дуодено гастроєзофагеальний рефлюкси у дітей дошкільного віку супроводжуються ураженням слизової оболонки порожнини рота і твердих тканин зубів з характерною клінічною картиною. Наявність жовчних кислот у порожнині рота є діагностичною ознакою дуодено гастроєзофагеальних рефлюксів у дітей дошкільного віку. У дітей з рефлюксною хворобою склад ротової рідини визначається формою рефлексу [15].

Відомо про те, що при виразковій хворобі шлунка підвищується концентрація гістаміну в сироватці крові і одночасно знижується активність гістамінази, а також збільшується активність гіалуронідази. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки призводять до підвищення білковозв'язаного оксипроліну, еластази і глікозаміногліканів слини, зниження аскорбінової та діураскорбінової кислот [1], а також до зниження показників місцевого імунітету порожнини рота [3].

Ступінь порушення функції жування і механізм формування патології прикусу корелює з рівнем олігопептидів і речовин низької і середньої молекулярної маси в крові, еритроцитах, сечі, слині [13].

При цих же захворюваннях змінюється кальцій-регулююча система, що відбивається на стані тканин пародонта (Т.І. Власова, 1988). Імовірно, що в патогенезі генералізованого пародонтиту істотну роль відіграють системні процеси, що призводять до глибоких змін внутрішнього середовища організму, і як наслідок, до структурного ураження тканин пародонта [4, 5].

В.В. Хазанова (1980, 1996) встановила, що хронічний рецидивуючий афтозний стоматит протікає на тлі дисбактеріозу кишечника.

Електрофоретична активність клітин букального епітелію в дітей із дисбактеріозом кишечника відрізняється від показників здорових дітей. Відсоток рухомих клітинних ядер та плазмолем у дітей із дисбактеріозом нижчий, ніж у практично здорових дітей. Спостерігається зниження показника відношення амплітуди плазмолемі й амплітуди ядра клітин букального епітелію, що свідчить про зниження захисних реакцій у порожнині рота [6].

У дітей із дисбактеріозом кишечника спостерігаються зміни обмінних процесів (зменшення кількості іонізованого кальцію та неорганічного фосфору в ротовій рідині), що впливає на мінералізацію твердих тканин зубів та їхню кислотостійкість [7]. Досліджено, що у дітей із дисбактеріозом кишечника кислотостійкість емалі значно менша, ніж у здорових дітей [8].

На тлі синдрому подразненого кишечника і неспецифічного виразкового коліту виявлено високий вміст мікоплазм, вірусу герпесу, цитомегалії, Епштейна-Бара, Коксаки А і Б в букальному зішкрібі (Карабушіна Я.Г., 2004).

І.Ю. Лебеденко, І.В. Маев, Е.А. Муляр (2002)

описали первинні і вторинні прояви неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона в порожнині рота.

Слизова оболонка порожнини рота, яка є прикордонним бар'єром між верхнім відділом травного тракту і зовнішнім середовищем, постійно піддається впливу зовнішніх факторів. Висока частота мікст-інфекцій надає модулюючий вплив на перебіг процесів репаративної регенерації слизової оболонки порожнини рота. Тривала персистенція цієї інфекції призводить до органічних змін в клітинах – підвищується проліферативна метаболічна активність клітин епітелію. Функціональний стан механізмів специфічного і неспецифічного захисту від інфекції відіграє роль у розвитку дисбіозу порожнини рота [14]. Важливим і інформативним є молекулярно-біологічний доказ наявності цієї інфекції, що здійснюється за допомогою полімеразної ланцюгової реакції і ДНК-гібридизації в розчині.

На сьогоднішній день доведено взаємозв'язок стану імунітету і процесів регенерації, при цьому порожнина рота має автономну імунну систему. Це лімфоїдні структури і макрофаги, а також гуморальні фактори слини: лізоцим, імуноглобуліни класів А, М, G і місцево секретуючий sIgA. Вони також можуть проникати в порожнину рота і через судинну стінку з крові. Дисемінація інфекції в організмі відбувається на тлі зміни імунної системи: дефіциту Т-системи імунітету і порушення місцевого імунітету (sIgA). Основні зміни полягають у зниженні активності NK-клітин, проліферативної відповіді Т-лімфоцитів на антигени і пригніченні здатності Т-лімфоцитів до диференціювання Th1-клітин [3].

Деякі автори вказують на чітку тенденцію до підвищення вмісту IgM у сироватці крові як при захворюваннях гастродуоденальної, так і гепатобіліарної систем у дітей [3, 9]. Більшість авторів пояснюють збільшення рівня IgM у сироватці крові як компенсаторну реакцію, пов'язану з тенденцією до зниження вмісту в ній IgA. Зниження рівня IgA у сироватці крові було виявлено у дітей з хронічним гастритом, гастродуоденітом, хронічними захворюваннями печінки і жовчовивідних шляхів, виразковою хворобою дванадцятипалої кишки [16].

Більшість дослідників виявила зростання вмісту IgA, в тому числі його секреторної форми sIgA в змішаній слині дітей з різними нозологічними формами захворювань шлунково-кишкового тракту, що може бути пов'язано, як з основним захворюванням, так і з наявністю хронічного запального процесу в тканинах ясен [14]. При цьому концентрація sIgA у ротовій рідині дітей з хронічними захворюваннями органів травлення може перевищувати аналогічний показник у здорових дітей в 1,5-2,0 рази [3].

Інтерес до дослідження проблеми пояснюється накопиченням нових фактів, появою нових відомостей про міжорганні, міжтканинні, міжклітинні рівні взаємодії в системі цілісного організму.

му. Сьогодні до кінця не вивчені механізми взаємовпливу поєднаних уражень порожнини рота і шлунково-кишкового тракту. Немає повної патогенетичної картини змін, що відбуваються. Дані наукових досліджень з цього питання уривчасті і не завжди пов'язані між собою. Складно прогнозувати перебіг поєднаних захворювань органів порожнини рота і травного тракту. Тому подальше вивчення питань взаємовпливу процесів, що відбуваються в шлунково-кишковому тракті та в порожнині рота з використанням морфологічних, біохімічних та лабораторних методів дослідження і впровадження їх в стоматологічну практику представляє цінність для стоматології та гастроентерології.

Література

1. Борисенко А.В. Взаємозв'язок мікрофлори пародонтальних кишень із перебігом генералізованого пародонтиту у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки / А.В. Борисенко, Ю.Г. Коленко, О.В. Линовицька // Український стоматологічний альманах. – 2001. – № 6. – С. 25-28.
2. Васильева Е.С. Основные аспекты диагностики и лечения поражений слюнных желез и органов полости рта у больных хроническим панкреатитом : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е.С. Васильева. – Москва, 1995. – 18 с.
3. Дуда О.В. Стан імунітету у дітей із хронічним катаральним гінгівітом та хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / О.В. Дуда // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 4, Т. 2 (97). – С. 232-236.
4. Еремін О.В. Коморбидність болезней пародонта і желудочно-кишечного тракта / О.В. Еремін, А.В. Лепилин, И.В. Козлова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 393-398.
5. Есаян З.В. Клиническая характеристика состояния тканей пародонта у больных с хроническим неспецифическим язвенным колитом / З.В. Есаян // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 1. – С. 32-35.
6. Каськова Л.Ф. Електрофоретична активність клітин букального епітелію в дітей із дисбактеріозом кишечника / Л.Ф. Каськова, Г.О. Аджитова, Л.І. Амосова [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3, Т. 2 (103). – С. 318-320.
7. Каськова Л.Ф. Мінералізуюча здатність ротової рідини у дітей із дисбактеріозом кишечника / Л.Ф. Каськова, Г.О. Аджитова // Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 6. – С. 47-49.
8. Каськова Л.Ф. Показник тесту емалевої резистентності у дітей із дисбактеріозом кишечника / Л.Ф. Каськова, Г.О. Аджитова // Актуальні проблеми сучасної медицини: ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії. – 2010. Т. 10, Вип. 1 (29). – С. 131-133.
9. Коленко Ю.Г. Клинико-иммунологическое и биохимическое обоснование особенностей комплексного лечения генерализированного пародонтита у больных с различными иммунными нарушениями / Ю.Г. Коленко, А.Г. Димитрова, О.О. Шекера // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 59-61.
10. Лукина Г.И. Некариозные поражения твердых тканей зубов у гастроэнтерологических пациентов / Г.И. Лукина, Э.А. Базикян // Медицинский алфавит. – 2010. – № 4. – С. 31-32.
11. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Учебник / Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова; Под ред. Ю.М. Максимовского. – М.: Медицина, 2002. – 640 с., ил.
12. Остапко О.І. Статистична оцінка чинників ризику і прогнозування розвитку захворювань пародонту у дітей / О.І. Остапко, О.О. Тимофеева // Науковий вісник НМУ імені О.О. Богомольця. – 2007. – Спец. вип. – С. 165-169.
13. Петросян Л.Б. Диагностика и лечение нарушений прикуса, сочетающихся с заболеваниями внутренних органов : автореф. дис. канд. мед. наук / Л.Б. Петросян. – СПб., 2000. – 19 с.
14. Ричард Дж. Ламонт. Микробиология и иммунология для стоматологов / [Ричард Дж. Ламонт и др.; перевод с англ.]; Под ред. В.К. Леонтьева. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.
15. Сафронова С.В. Влияние желчных кислот на состоянии твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта у детей дошкольного возраста с рефлюксной болезнью : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология», 14.00.09 «Педиатрия» / С.В. Сафронова. – Москва, 2005. – 18 с.
16. Хоменко Л.А. Стоматологический и иммунный статус детей с хроническими соматическими заболеваниями / Л.А. Хоменко,

- О.В. Дуда // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т. XII, № 4 (47). – С. 57-60.
17. Ширяк Т.Ю. Helicobacter pylori – статус полости рта детей с острым кандидозом и герпетическим стоматитом : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т.Ю. Ширяк. – Казань, 2005. – 19 с.
18. Campisi G. Saliva variations in gastro-oesophageal reflux disease / G. Campisi, L. Lo Russo, C. Di Liberto [et al.] // J Dent. – 2008. – Vol. 36. – P. 268-271.
19. Cebríñ-Carretero J.L. Gastroesophageal reflux diagnosed by occlusal splint tintion / J.L. Cebríñ-Carretero, J.M. Lipez-Arcas-Calleja // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2006. – Vol. 11, №1. – P. 26-28.
20. Moran A.P. The role of lipopolysaccharide in Helicobacter pylori pathogenesis / A.P. Moran // Alim. Pharmacol. Ther. 1996. – Vol. 10. – P. 39-50.
21. Nguen A.M. Helicobacter pylori in the oral cavity. A critical review of literature / A.M. Nguen, F.A. el-Zaatari, D.Y. Graham // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodont. – 1995. – Vol. 79, № 6. – P. 705-709.
22. Wadstrom T. Biochemical aspects of Helicobacter pylori colonization of the human gastric mucosa / T. Wadstrom, S. Hirno, T. Boren // Aliment. Pharma Ther. – 1996. – Vol. 10, Suppl. 1. – P. 17-27.

References

1. Borisenko A.V. Vzaemozvyazok mikroflori parodontalnikh kishen iz perebigom generalizovanogo parodontitu u khvorikh na virazkovu khvorobu shlunka ta dvanadtsyatipaloi kishki / A.V. Borisenko, Yu. G. Kolenko, O.V. Linovitska // Ukrainskiy stomatologichnyi almanakh. – 2001. – № 6. – S. 25-28.
2. Vasileva E.S. Osnovnye aspekty diagnostiki i lecheniya porazheniy slunnykh zhelez i organov polosti rta u bolnykh khronicheskim pankreatitom: avtoref. diss. na soiskanie uchen. stepeni kand. med. nauk: spets. 14.00.21 «Stomatologiya» / E.S. Vasileva. – Moskva, 1995. – 18 s.
3. Duda O.V. Stan imunitetu u ditey iz khronichnymy zakhvoryuvannymy shlunkovo-kyshechnogo traktu / O.V. Duda // Visnyk problem biologii i medytsyny. – 2012. – Vyp. 4, T. 2 (97). – S. 232-236.
4. Eremin O.V. Komorbidnost bolezney parodontita i zheludochno-kishechnogo trakta / O.V. Eremin, A.V. Lepilin, I.V. Kozlova [i dr.] // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. – 2009. – № 3. – S. 393-398.
5. Esayan Z.V. Klinicheskaya kharakteristika sostoyaniya tkaney parodontita u bolnykh s khronicheskim nespecificheskim yazvennym kolitom / Z.V. Esayan // Ukrainskiy stomatologichnyi almanakh. – 2012. – № 1. – S. 32-35.
6. Kaskova L.F. Elektroforetychna aktyvnist klityn bukalnogo epiteliyu v ditey iz dysbakteriozom kyshechnyku / L.F. Kaskova, G.O. Akzhytova, L.I. Amosova [ta in.] // Visnyk problem biologii i medytsyny. – 2013. – Vyp. 3, T. 2 (103). – S. 318-320.
7. Kaskova L.F. Mineralizuyucha zdatsnist rotovoi ridyny u ditey iz dysbakteriozom kyshechnyku / L.F. Kaskova, G.O. Akzhytova // Ukrainskiy stomatologichnyi almanakh. – 2008. – № 6. – S. 47-49.
8. Kaskova L.F. Pokaznyk testu emalevoi rezystentnosti u ditey iz dysbakteriozom kyshechnyka / L.F. Kaskova, G.O. Akzhytova // Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: VISNYK Ukrainskoi medychnoi stomatologichnoi akademii. – 2010. T. 10, Vypusk 1 (29). – S. 131-133.
9. Kolenko Yu. G. Kliniko-immunologicheskoe i biokhimicheskoe obosnovanie osobennostey kompleksnogo lecheniya generalizirovannogo parodontita u bolnykh s razlichnymi immunnymi narusheniyami / Yu.G. Kolenko, A.G. Dimitrova, O.O. Shekera // Sovremennaya stomatologiya. – 2010. – № 1. – S. 59-61.
10. Lukina G.I. Nekarioznye porazheniya tverdikh tkaney zubov u gastroenterologicheskikh patsientov / G.I. Lukina, E.L. Bazikyan // Meditsinskiy alfavit. – 2010. – № 4. – S. 31-32.
11. Maksimovskiy Yu. M. Terapevticheskaya stomatologiya. Uchebnik / [Yu. M. Maksimovskiy, L.N. Maksimovskaya, L.Yu. Orechova]; Pod red. Yu. M. Maksimovskogo. – M.: Meditsina, 2002. – 604 s., il.
12. Ostapko O.I. Statystichna otsinka chynnnykiv ryzyku i prognuzuvannya rozvytku zakhvoryuvannya parodontu u ditey / O.I. Ostapko, O.O. Tymofeeva // Naukovy visnyk NМУ imeni O.O. Bogomoltsya. – 2007. – Spets. vyp. – S. 165-169.
13. Petrosyan L.B. Diagnostika i lechenie narusheniy prikusa, sochetayuschichsya s zabolevaniyami vnutrennich organov: avtoref. dis. kand. med. nayk / L.B. Petrosyan. – SPb., 2000. – 19 s.
14. Richard Dzh. Lamont. Mikrobiologiya i immunologiya dlya stomatologov / [Richard Dzh. Lamont i dr.; perevod s angl. pod red. V.K. Leonteva]. – M.: Prakticheskaya meditsina, 2010. – 504 s.
15. Safronova S.V. Vliyanie zhelchnykh kislot na sostoyanie tverdikh tkaney zubov i slizistoy obolochki polosti rta u detey doskolnogo vozrasta s refluksnoy boleznью: avtoref. diss. na soiskanie uchen. stepeni kand. med. nauk: spets. 14.00.21 «Stomatologiya», 14.00.09 «Pediatriya» / S.V. Safronova. – Moskva, 2005. – 18 s.
16. Khomenko L.A. Stomatologicheskii i immunnnyy status detey s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami / L.A. Khomenko,

- O.V. Duda // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. – 2013. – Т. XII, № 4 (47). – S. 57-60.
17. Shyryak T.Yu. Helicobacter pylori – status polosti rta detey s ostrym kandidozom i herpeticheskim stomatitom: avtoref. diss. na soiskanie uchen. stepeni kand. med. nauk: spets. 14.00.21 «Stomatologiya» / T.Yu. Shyryak. – Kazan, 2005. – 19 s.
18. Campisi G. Saliva variations in gastro-oesophageal reflux disease / G. Campisi, L. Lo Russo, C. Di Liberto [et all.] // J Dent. – 2008. – Vol. 36. – P. 268-271.
19. Cebriñ-Carretero J.L. Gastroesophageal reflux diagnosed by occlusal splint tintion / J.L. Cebriñ-Carretero, J.M. Lypez-Arcas-Calleja // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2006. – Vol. 11, №1. – P. 26-28.
20. Moran A.P. The role of lipopolysaccharide in Helicobacter pylori pathogenesis / A.P. Moran // Alim. Phamacol. Ther. 1996. – Vol. 10. – P. 39-50.
21. Nguen A.M. Helicobacter pylori in the oral cavity. A critical review of literature / A.M. Nguen, F.A. el-Zaatari, D.Y. Graham // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodont. – 1995. – Vol. 79, № 6. – P. 705-709.
22. Wadstrom T. Biochemical aspects of Helicobacter pylori colonization of the human gastric mucosa / T. Wadstrom, S. Hirno, T. Boren // Alim. Pharma Ther. – 1996. – Vol. 10, Suppl. 1. – P. 17-27.

Реферат

ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.

Падалка А.И.

Ключевые слова: дети, органы желудочно-кишечного тракта, полость рта.

В статье проанализированы научные публикации, посвященные заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта у детей и связанные с ними проявления в полости рта. Интерес к этой проблеме вызван широким распространением, многообразием и тяжестью клинических проявлений данной патологии. На сегодняшний день вопрос сочетанных поражений полости рта и внутренних органов занимают ведущее место среди проблем стоматологии, поскольку позволяют отразить сущность генеза многих заболеваний, проявляющихся в ротовой полости. В работе рассматриваются вопросы взаимовлияния процессов, происходящих в желудочно-кишечном тракте и в полости рта, изучение которых представляет ценность для стоматологии и гастроэнтерологии.

Summary

MANIFESTATIONS OF GASTROINTESTINAL DISEASE DETECTED IN THE ORAL CAVITY OF CHILDREN.

Padalka A. I.

Key words: children, organs of gastrointestinal tract, oral cavity.

The article presents the analysis of the reports devoted to the diseases of the gastrointestinal tract in children and related manifestations in the oral cavity. Interest in this problem is caused by wide prevalence, diversity and severity of clinical manifestations of this disease. The question on association between internal organs affections and their oral manifestation ranks the leading position among current dental problems as this may help to clear up the genesis of many diseases which manifest themselves in the oral cavity. The paper deals with the mutual influence of the processes occurring in the gastrointestinal tract and in the oral cavity, the study of which is of value to dentistry and gastroenterology.