

# **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

*Учебно-методическое пособие*

**Москва  
Российский университет дружбы народов  
им. Патриса Лумумбы  
2024**

УДК 616.31-053.2(072.8)  
ББК 57.336.6я73  
С81

Утверждено  
РИС Ученого совета  
Российского университета  
дружбы народов

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета  
ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России  
*О.В. Зайцева*;  
доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО ПИМУ  
Минздрава России *Т.И. Елисеева*

Авторы:

*И.В. Кршеминская, Д.Ю. Овсянников,  
В.П. Новикова, Е.В. Макаренко*

**С81** **Стоматологические проявления детских болезней** :  
учебно-методическое пособие / И. В. Кршеминская,  
Д. Ю. Овсянников, В. П. Новикова, Е. В. Макаренко. –  
Москва : РУДН, 2024. – 59 с. : ил.  
ISBN 978-5-209-12084-1

Пособие посвящено стоматологическим проявлениям некоторых заболеваний в практике врача-педиатра. Рассмотрены семиотика поражений ротовой полости у детей, клинические проявления основных инфекционных, соматических, аллергических, неврологических и наследственных заболеваний, сопровождающихся изменениями слизистой оболочки полости рта, состояния гигиены и зубного ряда.

Издание предназначено для студентов, обучающихся по специальностям «Стоматология», «Лечебное дело», ординаторов, аспирантов, врачей. Подготовлено на кафедре педиатрии медицинского института РУДН.

УДК 616.31-053.2(072.8)  
ББК 57.336.6я73

ISBN 978-5-209-12084-1

© Кршеминская И.В., Овсянников Д.Ю.,  
Новикова В.П., Макаренко Е.В., 2024  
© Оформление. Российский университет  
дружбы народов, 2024

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений .....	4
Введение .....	5
1. Семиотика поражений ротовой полости .....	7
2. Инфекционные болезни .....	13
3. Заболевания органов дыхания .....	14
4. Заболевания сердечно-сосудистой системы .....	16
5. Заболевания органов пищеварения .....	17
6. Заболевания мочевыделительной системы .....	20
7. Гематологические заболевания .....	22
8. Ревматические болезни .....	38
9. Аллергические заболевания .....	42
10. Заболевания эндокринной системы .....	46
11. Заболевания центральной нервной системы .....	51
12. Наследственные заболевания .....	53
Список использованной литературы .....	56

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АА – апластическая анемия  
БА – бронхиальная астма  
ВГ – врожденный гипотиреоз  
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВПС – врожденный порок сердца  
ДЦП – детский церебральный паралич  
ЖДА – железодефицитная анемия  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
ИТП – иммунная тромбоцитопения  
МВ – муковисцидоз  
НК – недостаточность кровообращения  
НПП – нарушение пищевого поведения  
ОАС – оральная аллергический синдром  
ОЛ – острый лейкоз  
ОЛЛ – острый лимфобластный лейкоз  
ОРЛ – острая ревматическая лихорадка  
РФ – ревматоидный фактор  
СД – сахарный диабет  
СКВ – системная красная волчанка  
СОПР – слизистая оболочка полости рта  
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита  
СТГ – соматотропный гормон  
ХБП – хроническая болезнь почек  
ЦНС – центральная нервная система  
ЭКГ – электрокардиография  
ЮИА – ювенильный идиопатический артрит  
ЮССД – ювенильная системная склеродермия  
ЯБ – язвенная болезнь  
Ig – иммуноглобулин

## **ВВЕДЕНИЕ**

Выявление и профилактика стоматологических заболеваний начинается врачом-педиатром с первых дней наблюдения за ребенком. Обнаружение врожденных дефектов челюстно-лицевой области, поддержка грудного вскармливания, профилактика инфекционных (гематогенный остеомиелит; заболевания слизистой оболочки полости рта, СОПР; заболевания, сопровождающиеся нарушением носового дыхания), соматических заболеваний (рахит), контроль за осанкой ребенка, борьба с патологическими оральными привычками, соблюдение принципов рационального питания и гигиены полости рта являются важными аспектами работы участкового педиатра в диагностике и профилактике стоматологических заболеваний. При подозрении или выявлении стоматологического заболевания ребенок должен быть своевременно направлен на консультацию к врачу-детскому стоматологу/ортодонт. Профилактические стоматологические осмотры детей проводятся на первом году жизни 2 раза в год, далее – в зависимости от вида, тяжести течения заболевания, но не реже одного раза в год. Наиболее распространенными стоматологическими заболеваниями у детей являются кариес и болезни пародонта. По данным ВОЗ, во всем мире у 60-90% детей школьного возраста имеется кариес зубов. Третье место в структуре стоматологических заболеваний у детей занимают зубочелюстные аномалии.

Многие заболевания и состояния у детей имеют стоматологические проявления. Например, нарушение сосания у новорожденного и ребенка грудного возраста могут быть следствием укорочения и неправильного прикрепления уздечки языка, а дефекты зубной эмали, задержка прорезывания зубов, рецидивирующий афтозный стоматит являются частыми проявлениями целиакии. В связи с этим, чрезвычайно важным является знание врачей-детских стоматологов основных

симптомов инфекционных, соматических, аллергических, неврологических и наследственных заболеваний у детей, что позволит своевременно осуществлять комплексный лечебный подход, избежать осложнений, прогнозировать успех стоматологических манипуляций. В учебном пособии кратко охарактеризованы заболевания, которые у детей могут сопровождаться поражением СОПР, на вклейке представлены иллюстрации.

# 1. СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

**Слизистая оболочка.** При осмотре ротовой полости новорожденного нельзя пропустить расщелину мягкого неба. Иногда можно заметить раздвоенный язычок, который бывает связан с подслизистой расщелиной мягкого неба.

Агрессивный периодонтит – маркер дефицита хемотаксиса нейтрофилов и неконтролируемого сахарного диабета (СД). Лейкемические инфильтраты приводят к гиперплазии и кровоточивости десен; лечение неопластических заболеваний может вызвать тяжелый мукозит. Некоторые опухоли, включая лимфому, могут выглядеть как защечные массы.

**Зубы.** Оценка состояния зубов и окружающих их структур может многое подсказать о системных заболеваниях организма. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может сопровождаться эрозией эмали и кариесом. Неонатальная гипербилирубинемия может привести к обесцвечиванию молочных зубов. Почечная недостаточность и муковисцидоз ассоциируются с пятнами на эмали постоянных зубов, недоношенность сопровождается поражением молочных зубов. Врожденный сифилис вызывает аномальную форму зубов, особенно резцов и моляров (рис. 1). Целиакия, витамин D-зависимый рахит, любое тяжелое заболевание в период формирования зубов приводят к дефектам эмали (рис. 2). Аномальная пигментация губ и слизистой оболочки щек наблюдается при синдроме Пейтца – Егерса (рис. 3) и болезни Аддисона. Несовершенный остеогенез связан с аномалиями дентина и риском развития кариеса. У детей с эктодермальной дисплазией зубы часто отсутствуют (рис. 4). Синдромы Пьера Робена и Стиклера связаны с микрогнатией и расщелиной неба. Нарушения, приводящие к дисморфизмам лица, например, синдром Крузона (рис. 5), существенным образом влияют на формирование прикуса и функцию нижней челюсти.

Лекарственные препараты, принимаемые при различных заболеваниях, могут вызвать аномалии ротовой полости. Тетрациклины, принимаемые до прорезывания постоянных зубов, окрашивают зубную эмаль. Повышенное содержание фтора в витаминных препаратах и в питьевой воде может привести к появлению пятен на зубах (рис. 6). Гипертрофия десен может быть вызвана циклоспоринами, фенитоином (рис. 7) и блокаторами кальциевых каналов.

Киста прорезывания – это гладкая безболезненная припухлость над прорезывающимся зубом, рассасывающаяся с полным прорезыванием зуба.

**Язык.** При объективном осмотре язык у детей в норме должен быть влажным, чистым (не иметь налета на поверхности), симметричным (левая и правая половины одинаковы по размеру и форме), ярко-розового цвета. Он должен находиться в ротовой полости, а при высовывании – располагаться по средней линии, без отклонения всего языка или его кончика влево или вправо.

*Макроглоссия* – патологическое увеличение или утолщение всего языка либо отдельных его частей (кончика, спинки, боковых поверхностей). Основные причины истинной врожденной макроглоссии – наследственные болезни (синдром Дауна и др.), опухоли дизонтогенетической природы. К основным причинам приобретенной макроглоссии относят травмы (причина временной макроглоссии); эндокринопатии (акромегалия, микседема); амилоидоз; туберкулез; грибковые заболевания (актиномикоз и бластомикоз); новообразования; ангионевротический отек; увеличение языка возможно при утрате зубов нижней челюсти.

*Микроглоссия* – уменьшение размеров языка. Врожденная микроглоссия возникает внутриутробно при влиянии на организм беременной женщины различных вредных факторов. При врожденной микроглоссии язык представляет собой отдельные плотные складки в области дна полости рта, не позволяющие нормально формироваться нижней челюсти.

Постоянное слюнотечение развивается у таких больных за счет рубцовых изменений нижней губы и оттягивания ее вниз. Речь становится невнятной. Приобретенная микроглоссия может развиваться также как осложнение после травмы, воспаления языка, хирургического удаления части языка по поводу опухоли. *Аглоссия* – редкий порок развития (отсутствие языка).

Девиации языка отмечаются при повреждении подъязычного нерва, после инсультов; при рассеянном склерозе; при миастениях. Если у больного в анамнезе есть эпизоды потери сознания, прикусывание языка может быть низко чувствительным, но высокоспецифичным признаком генерализованных тонико-клонических судорог. Дрожание языка встречается при следующих заболеваниях: эпилепсия, хорей, детский церебральный паралич (ДЦП). При осмотре также можно выявить короткую уздечку языка. Обычно ее выявляют и исправляют рано, для обеспечения адекватного сосания и правильного формирования речи.

Возможны изменения поверхности языка. *«Лакированный» язык* (атрофический глоссит), при котором поверхность языка ярко-красная, блестящая, гладкая из-за атрофии вкусовых сосочков, встречается при дефиците витаминов группы В.

*«Географический» язык* (наличие различных по цвету и высоте участков, напоминающих географическую карту) является доброкачественным воспалительным заболеванием, сопровождающимся миграцией пятен на языке (синоним: доброкачественный мигрирующий глоссит), встречается у 3 % в популяции; у детей реже, чем у взрослых. Гистологически пятна представлены атрофией нитевидных сосочков. В отличие от атрофического глоссита, «географический» язык не связан с нарушениями питания. «Географический» язык может иметь психосоматические причины, он чаще, по сравнению со здоровыми, встречается при псориазе. Правильная тактика врача – успокоить пациента.

«Волосатый» язык характеризуется аномальным шелушением нитевидных сосочков, которые вместо длины 1 мм, имеют длину до 15 мм. Может сопровождаться изменением цвета языка. Причины «волосатого» языка – неправильная чистка зубов, употребление недостаточно грубой пищи, не очищающей язык от налета, лучевая терапия опухолей головы и шеи.

Цвет языка в норме – ярко-розовый. Изменения окраски языка у детей чаще всего возникают после употребления окрашенных пищевых продуктов или напитков (конфеты, лимонад, ягоды и др.). Подобные окраски держатся не более суток после исключения данного продукта из рациона. Патологические изменения цвета языка происходят по следующим причинам: красный язык может быть при высокой температуре тела; бледный – при анемии; желтый – при желтухе; синий – при цианозе; черный — при поражении языка колониями *Aspergillus niger*, употреблении активированного угля; зеленый цвет языка – признак застоя желчи; коричневый – признак заболеваний почек. Малиновый язык называют так не из-за цвета, а из-за схожести с ягодой малиной, гипертрофии сосочков. Такой язык характерен для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, периода выздоровления от скарлатины, псевдотуберкулеза. Множественные белые бородавчатые безболезненные бляшки, покрытые волосоподобными наростами кератина, обычно располагающиеся на боковых краях языка – проявление «волосатой» лейкоплакии вследствие реактивации вируса Эпштейна-Барр при СПИДе (рис. 8). В отличие от молочницы «волосатая» лейкоплакия не соскабливается.

Обложенность языка (появление на нем налета) – самый частый вариант изменений языка. Допускается небольшое количество белого налета на языке у детей. Этот налет должен быть тонким, не иметь запаха, и через него должна просвечивать поверхность языка. Такой налет легко удаляется зубной щеткой, поверхность языка при этом не кровоточит. Налет состоит из погибших клеток эпителия, бактерий, грибов,

пищевых остатков. Консистенция налета и его структура различается, она может быть творожистой, плотной, слизистой, сухой или вязкой. Налет может покрывать всю площадь языка, располагаться у его корня, на задней поверхности или в средней его части. Степень выраженности налета зависит от состава, консистенции принимаемой пищи, регулярности проводимых гигиенических мероприятий, времени суток (утром налета больше, так как в течение дня часть налета проглатывается при приеме пищи), нарушения процессов старения и гибели эпителия, состояния сосочков языка. При атрофии сосочков налета мало или он вообще отсутствует; при гипертрофии сосочков на поверхности языка имеется толстый, трудно снимающийся налет. Цвет налета может быть серовато-белый; желтый; бурый; черный. Белый налет на языке у грудных детей чаще всего встречается при кандидозе (молочница). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* в норме находятся в ротовой полости, но при снижении защитных сил организма происходит их избыточное размножение. В этом случае белый налет на языке может сохраняться в течение нескольких дней, утолщаться, переходить на губы и внутреннюю поверхность щек, сопровождаться снижением аппетита. Белый налет на языке у детей старше года может быть связан с инфекционными заболеваниями или хроническими заболеваниями органов пищеварения. У детей школьного возраста причиной изменений языка чаще всего является кариес зубов.

*Сухой язык* – признак обезвоживания организма, например, при высокой температуре тела, инфекционных заболеваниях, интоксикации (отравлениях), диарее, рвоте. Сухость языка чаще также встречается при насморке. При заложенном носе пациент вынужден дышать ртом, что приводит к высыханию языка.

Оценка состояния языка, зубов и СОПР может свидетельствовать о недостаточности отдельных питательных веществ (табл. 1).

**Клинические признаки  
недостаточности отдельных питательных веществ**

<b>Клинические признаки</b>	<b>Недостаточность</b>
Ангулярный стоматит (воспаление в углах рта)	Витамин В <sub>2</sub> (рибофлавин)
Хейлит (багровые губы, трещины в углах рта)	Витамин В <sub>2</sub> (рибофлавин), В <sub>6</sub> (пиридоксин)
Глоссит (воспаление языка)	Витамин В <sub>2</sub> (рибофлавин), В <sub>6</sub> (пиридоксин), В <sub>3</sub> (ниацин)
Фукусиновый язык	Витамин В <sub>2</sub> (рибофлавин)
Отек, трещины языка	Витамин В <sub>3</sub> (ниацин)
Рыхлые, кровоточащие десна	Витамин С (аскорбиновая кислота)
Извращение вкуса и снижение восприятия запахов	Цинк
Гипертрофия межзубных сосочков	Витамин С (аскорбиновая кислота)

Тяжелым осложнением недостаточности питания может быть нома (некротизирующий язвенный стоматит, гангренозный стоматит или *sanctum oris*) – быстро прогрессирующая, часто смертельная инфекция полости рта и лица. Это заболевание поражает преимущественно детей в возрасте 2–6 лет в наименее развитых странах, главным образом в Африке. На СОПР образуются язвы, за которыми следует быстрый некроз тканей лица (рис. 9).

**Слюнные железы.** К двустороннему увеличению слюнных желез приводят эпидемический паротит; инфекции, вызванные вирусом Эпштейна-Барр, ВИЧ; муковисцидоз; недостаточное питание; хроническая рвота; эндокринные заболевания (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет, синдром Кушинга). Инфильтративные заболевания и опухоли встречаются редко, еще реже – болезнь Микулича.

*Болезнь Микулича* представляет собой системное заболевание, характеризующееся генерализованным увеличением

всех групп слюнных и слезных желез без нарушения их функции вследствие массивной лимфоплазмочитарной инфильтрации. У пациентов с болезнью Микулича обнаружено повышение уровня субкласса IgG4 в сыворотке крови, и она рассматривается в качестве одного из проявлений IgG4-связанного системного заболевания.

При *гнойном паротите*, обычно стафилококковой этиологии, отмечается чаще односторонне увеличение слюнных желез.

*Ранула* – это киста, связанная с большой слюнной железой в подъязычной области, определяемая на дне полости рта.

## **2. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

У здорового ребенка слизистая оболочка полости рта красная, блестящая. При стоматитах появляется гиперемия и исчезает блеск (катаральный стоматит), можно обнаружить дефекты слизистой оболочки в виде афт или язв (афтозный или язвенный стоматит). Вирусная пузырчатка (болезнь «губ – кистей – стоп») энтеровирусной этиологии сопровождаются афтозными язвами в ротовой полости, везикулами на губах (рис. 10). Альтернативными причинами афтозного стоматита могут быть неинфекционные заболевания – болезни Крона и Бехчета, системная красная волчанка (СКВ, рис. 11), целиакия (рис. 12).

В продроме кори появляется симптом Бельского – Филатова – Коплика (слизистая оболочка десен покрыта налетом в виде манной крупы или кристаллов крупной соли, рис. 13). При инфекционных заболеваниях можно обнаружить изменения десен (гингивиты), поражение языка (глосситы), везикулы на дужках миндалин, небе (герпангина энтеровирусной этиологии, рис. 14). Резкая отграниченная гиперемия характерна для стрептококковой ангины, скарлатины («пылающий зев»). При классическом стрептококковом тонзиллите образуются

односторонние налеты или двусторонние фолликулярные наложения на миндалинах (рис. 15). Для внезапной экзантемы (детской розеола), чаще всего вызываемой вирусом герпеса человека 6 типа, характерны пятна Нагаямы на мягком небе, представляющие собой совокупность красных папул.

Кремообразные, склонные к слиянию налеты типичны для инфекционного мононуклеоза (рис. 16); другими характерными признаками этого заболевания являются петехии на слизистой оболочке неба (рис. 17) и отекший язычок. У здоровых детей миндалины не выходят за передние дужки. При хроническом тонзиллите, ангинах миндалины увеличены и выходят за дужки, гиперемированы и разрыхлены. Всегда нужно обращать внимание, нет ли выпячивания заднебоковой стенки глотки, отмечаемого при ретротонзиллярном абсцессе. На задней стенке глотки при фарингитах можно обнаружить гиперемию и лимфоидные фолликулы (гранулы), при рините – постназальный затек. Постназальный затек можно вызвать, попросив ребенка долго тянуть «а-а-а». Пузырьки на кончике языка могут быть проявлением герпетического стоматита, отмечаемого также на губах и слизистых оболочках ротовой полости. Кандидоз характерен для детей с иммунодефицитом и СД.

### **3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Среди стоматологических проявлений при заболеваниях системы органов дыхания прежде всего обращают внимание на цианоз СОПР, являющийся проявлением гипоксемии при дыхательной недостаточности; при лихорадке может отмечаться гиперемия. При воспалительных заболеваниях органов дыхания нередко можно обнаружить инфекционные поражения СОПР (фарингит, стоматит), потерю вкуса.

**Пневмония.** Это острое полиэтиологическое инфекционное заболевание, характеризующееся поражением легких

дистальнее терминальных бронхиол с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженной в различной степени интоксикацией, дыхательной недостаточностью, симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель, локальные хрипы) при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки. При крупозной пневмонии, развивающейся у детей в возрасте старше 6 лет, возможны герпетические поражения СОПР, губ (*herpes labialis*), чаще на стороне развития пневмонии.

**Бронхиальная астма (БА).** Это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей с развитием их гиперреактивности, приводящей к обратимой спонтанно или под влиянием лечения обструкции дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, варьируемых по длительности и интенсивности. БА является самым частым хроническим заболеванием легких у детей. Подтверждает диагноз БА выявление специфических IgE к ингаляционным аллергенам, обратимая бронхиальная обструкция при проведении спирометрии с бронходилатационным тестом (прирост объема форсированного выдоха за 1 секунду более 12% после ингаляции бронхолитика).

У больных БА отмечается более высокая, чем у здоровых детей, распространенность и интенсивность кариозного процесса, очаговой деминерализации эмали в сочетании с поражением СОПР (кровоточивость десен, различные формы гингивита, сухость). Возможны изменения со стороны красной каймы губ (экस्фолиативный и ангулярный хейлит, хронические трещины и сухость губ). При осмотре языка выявляются отеки с отпечатками зубов на боковых поверхностях, обложенность беловатым налетом, десквамативный глоссит, который чаще проявляется в период обострения заболевания. Наиболее частым осложнением терапии ингаляционными глюкокортикостероидами при БА в случае

недостаточной гигиены полости рта является орофарингеальный кандидоз. К местным побочным эффектам ингаляционных бронхолитиков относятся сухость во рту, горький вкус, раздражение СОПР, изменение вкуса. При обострении БА возможно транзиторное увеличение слюнных желез.

**Муковисцидоз.** Муковисцидоз (МВ, от лат. *mucus* – слизистый, *viscidus* – липкий, синоним: кистозный фиброз) – наиболее частое наследственное заболевание представителей белой расы, характеризующееся мультисистемным поражением, обусловленным мутацией гена муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости, вызывающей нарушение транспорта ионов хлора, натрия и бикарбонатов в эпителиальных клетках, что приводит к прогрессирующему повреждению экзокринных желез жизненно важных органов. Изменение гидратации секретов экзокринных желез нарушает реологические свойства секретов, делает их вязкими, вызывая обструкцию выводных протоков, что объясняет большинство патологических процессов, лежащих в основе патогенеза заболевания. Так в результате сгущения секрета слюнных желез у 90% больных МВ имеет место увеличение слюнных желез. В ротовой полости могут появляться мелкие изъязвления из-за ранений острыми гранулами ферментов при их неправильном применении. Часто (более 90%) встречается кариозное разрушение зубов, связанное как с частым применением антибиотиков, так и нарушением обмена веществ.

#### **4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

В структуре сердечно-сосудистой патологии у детей основное место занимают *врожденные пороки сердца (ВПС)*. ВПС – это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате

нарушения процессов эмбриогенеза. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

Изменения в полости рта у детей с ВПС возникают вследствие развития недостаточности кровообращения (НК), их характер и степень тяжести, как и клиническая картина в целом, зависит от типа ВПС. Патологические процессы в полости рта при ВПС с НК обусловлены гипоксией тканей и нарушением микроциркуляции. Губы сухие, стянутые, преимущественно на фоне бледной, реже гиперемированной красной каймы с различной интенсивностью шелушения, мацерацией углов рта, с образованием трещин и корочек (хейлит). СОПР может быть бледной/цианотичной, возможен цианоз губ и прилежащих участков кожи. Изменения СОПР не ограничиваются изменением ее цвета, возможны язвенно-некротические поражения, сопровождающиеся кровотечениями, длительно незаживающими язвами. Характерны заболевания структур пародонта прогрессирующего характера. Десневые сосочки выглядят набухшими, отстающими от шеек зубов с выраженным застоём. Возникают нарушения чувствительности, проявляющиеся неприятными ощущениями в виде жжения, покалывания, локализующиеся сначала в кончике языка, затем распространяющиеся на весь язык, губы, небо. Часто встречается гипоплазия эмали и множественный кариес.

## **5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Гастриты.** Важное значение в постановке топического диагноза у пациента с патологией пищеварительного тракта имеет характеристика болевого синдрома. Боли в животе при *гастрите* возникают натощак или после приема пищи, сочетаются с симптомами диспепсии. Выраженность болевого абдоминального синдрома при хроническом гастрите зависит от его типа и характера секреции: при гастрите типа А – выражен слабо, присутствует умеренная болезненность при

пальпации в эпигастрии; при гастрите типа В и С – может быть интенсивным, уменьшается при соблюдении диетического питания или подключении антирефлюксной терапии соответственно. Состояние полости рта у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) характеризуется неудовлетворительным состоянием гигиены полости рта, частым развитием кариеса, изменениями СОПР, появлением налета на языке. На характер проявлений влияет уровень желудочной секреции. *Гиперацидные состояния* сопровождаются усилением саливации, развитием гипертрофии сосочков языка. СОПР бледная и отечная, отмечается катаральный гингивит. Для *гипоацидных состояний* типичны гипосаливация, сухость губ, ангулярный хейлит, обложенность языка и сглаженность его сосочков.

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.** Клиническая картина *язвенной болезни* (ЯБ) характеризуется прежде всего типичным болевым синдромом: боли возникают натощак или спустя 1,5–2 часа после приема пищи, беспокоят иногда по ночам, исчезают или уменьшаются после приема пищи (Мойнингановский ритм болей). Боли могут иметь разную интенсивность, от слабых до сильных. Локализуется боль обычно в эпигастрии, может быть более выражена в правой его половине, иногда может отмечаться иррадиация за грудину и в область сердца (при сопутствующем гастроэзофагеальном рефлюксе), в правую поясничную область или локально в нижнегрудной или поясничный отдел позвоночника. К стоматологическим проявлениям ЯБ относятся повышение температурной и тактильной чувствительности, увеличение гидрофилии мягких тканей, обильная обложенность, гиперемия и отечность языка, налеты желто-коричневого цвета, гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков, часто встречаются участки десквамации эпителия, «волосатый» язык, катаральный стоматит и простой маргинальный гингивит.

**Дискинезии желчевыводящих путей.** Для *дискинезии желчевыводящих путей* характерны боли в области правого подреберья, приступообразные, колющие или ноющие, усиливающиеся при ходьбе и провоцирующиеся погрешностями в диете. Налеты на языке желто-коричневатого цвета, как следствие дуоденогастрального рефлюкса, в сочетании с заболеваниями маргинального периодонта различной степени тяжести, отеком и гиперемией СОПР характерны для дискинезии желчевыводящих путей.

**Хронический холецистит.** При *хроническом холецистите* помимо болей в правом подреберье наблюдается тошнота, отрыжка, снижение аппетита, расстройства стула. Выражены симптомы общей интоксикации: головная боль, расстройство сна, повышенная утомляемость, эмоциональная нестабильность, субфебрильная температура. У пациентов с хроническим холециститом можно видеть увеличение размеров и складчатости языка, воспалительные изменения СОПР, десен; высока частота кариеса.

**Неспецифический язвенный колит.** Сопровождается непостоянным болевым синдромом, учащенным стулом. Ярко выражены проявления интоксикации и астении: быстрая утомляемость, общая слабость, головные боли, субфебрильная температура, снижение аппетита, похудение, поражение суставов и др. Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение эндоскопического и гистологического исследования. Изменения СОПР при неспецифическом язвенном колите включают катаральный стоматит с цианозом и различные формы хронических стоматитов, десквамативный глоссит, кандидоз СОПР, иногда-геморрагические высыпания.

**Целиакия.** *Целиакия* (глютенная энтеропатия) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся диффузной атрофией слизистой оболочки тонкой кишки у лиц с генетически обусловленной пищевой непереносимостью продуктов, содержащих в своем составе глютен (растительный

белок злаковых культур пшеницы, ячменя, ржи). Наиболее часто встречающимися заболеваниями полости рта при целиакии являются рецидивирующий афтозный стоматит (рис. 12), задержка прорезывания зубов, дефекты эмали зубов (гипоплазия и гипоминерализация, рис. 2). Основными зубами, пораженными гипоплазией, являются второй коренной зуб и клыки временных зубов, а также первый коренной зуб, центральный резец и боковые резцы постоянных зубов. Редко встречаются угловой хейлит и атрофический глоссит как результат дефицита питания и анемии. Распространенность кариеса у пациентов с диагнозом целиакии либо не отличается от распространенности у здоровых людей, либо значение индексов распространенности кариеса значительно ниже у пациентов с целиакией, что может быть связано с особенностями диеты, низким уровнем потребления углеводов. Пародонтит имеет прогрессирующее течение, плохо поддается лечению.

## **6. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Острая почечная патология редко приводит к стойким изменениям в полости рта. Особое внимание следует уделять пациентам с хронической болезнью почек (ХБП). Утрата нормальной гомеостатической и выделительной функций почек у пациентов с ХБП приводит к нарушению всех видов обмена, повышает риск стоматологических заболеваний, затрудняет лечение, обуславливает характерные изменения в полости рта. ХБП – стойкие нарушения функции почек, продолжающиеся в течение 3-х месяцев и более, определяемые как структурные и/или функциональные изменения с различной степенью снижения клиренсной функции почек. У детей в подавляющем большинстве случаев причиной ХБП является врожденная патология почек, гораздо реже – приобретенные заболевания, например, гломерулонефрит. Первым признаком наличия

врожденной аномалии почек может быть рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей.

**Гломерулонефриты.** При *остром гломерулонефрите* отмечается бледность и отечность лица, сухость красной каймы губ, резкий плотный отек слизистой оболочки губ, щек, языка, десен. На боковых поверхностях языка и слизистой щек как в области жевательных, так и фронтальных зубов имеются отпечатки зубов.

Для *хронического гломерулонефрита* также характерна бледность и одутловатость лица. Красная кайма губ сухая, шероховатая. Ангулярный хейлит встречается чаще у детей с нефротической формой. Бледность СОПР определяется у трети больных. Отечность СОПР и языка характерна для подавляющего большинства детей с хроническим гломерулонефритом. Бледность языка чаще обнаруживается у детей с гематурической, а гиперемия – с нефротической формой заболевания. Распространенность кариеса зубов у детей с хроническим гломерулонефритом высокая.

**Хроническая болезнь почек.** У детей с ХБП при осмотре отмечается бледность лица и следы от расчесов вследствие анемии и уремического зуда. Кроме того, пациенты жалуются на сухость в полости рта, болезненность и кровоточивость десен, извращение вкуса, металлический привкус и неприятный запах изо рта. К ксеростомии приводит целый ряд факторов, среди которых – ограничение потребления жидкости, ротовое дыхание, химическое воспаление и повреждение слюнных желез, приводящее к гипосаливации, и др. Кровоточивость десен возникает из-за повреждения эндотелия сосудов, изменений в системе гемостаза, лекарственного воздействия при лечении антикоагулянтами. Появление неприятного запаха изо рта и изменение вкусового восприятия обусловлены повышенным содержанием некоторых продуктов азотистого обмена и мочевины в слюне (мочевина расщепляется до аммиака в ротовой полости), и низким уровнем цинка у пациентов с поздними стадиями ХБП. СОПР отечна, имеются

отпечатки по линии смыкания зубов в области языка и щек. Язык обложен налетом, чаще у корня. Нередким сопутствующим состоянием у данной категории пациентов является уремический стоматит.

## **7. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Болезни крови у детей условно разделяют на незлокачественные и злокачественные. К незлокачественным заболеваниям относят анемии различного генеза, болезни лейкоцитов и тромбоцитов, геморрагические заболевания, васкулиты, лимфоаденопатии, лейкомоидные реакции крови и некоторые другие. Злокачественные болезни крови, ранее называвшиеся гемобластозами, включают острые лейкозы, хронический миелолейкоз, лимфомы и гистиоцитозы.

**Анемии.** *Анемия* – это состояние гипоксемии, связанное со снижением числа циркулирующих эритроцитов и/или их способности восполнять потребности тканей в кислороде. Клинические проявления любой анемии можно разделить на симптомы, связанные непосредственно с гипоксией (слабость, повышенная утомляемость, головная боль, головокружение, появление «мушек» перед глазами, чувство нехватки воздуха), и компенсаторные симптомы (бледность кожных покровов, тахикардия, одышка, проявления сердечно-сосудистой недостаточности). Для уточнения характера анемии необходимо тщательно проанализировать данные анамнеза жизни и заболевания, правильно оценить фенотипические особенности пациента, данные физикального обследования, показатели периферической крови.

*Железодефицитная анемия (ЖДА)* – это гипохромная микроцитарная анемия, развивающаяся в результате абсолютного дефицита железа в организме. Помимо анемического синдрома, для нее характерно нарушение функции кожи, ее

придатков, слизистых оболочек, мышечная слабость, извращение вкуса (*pica chlorotica*), дизурические расстройства – сидеропенический синдром. Лабораторными критериями ЖДА являются гипохромная анемия (показатель среднего содержания гемоглобина в эритроцитах  $MCN < 27$  пг, средний объем эритроцитов  $MCV < 80$  фл, цветовой показатель  $< 0,8$ ), абсолютный дефицит железа: сывороточное железо  $< 12$  мкмоль/л, ферритин сыворотки  $< 20$  мкг/л, насыщение трансферрина железом  $< 17-20$  %. Язык отечен, с отпечатками зубов на нем, сосочки языка атрофированы («географический язык»). СОПР пациентов с ЖДА бледная, истончена, легко травмируется, чувствительна к воздействию раздражителей, склонна к изъязвлению.

Специфическими клиническими проявлениями  *$B_{12}$  – дефицитной анемии* являются лимонный оттенок кожи, субиктеричность склер, нарушение пролиферации эпителия ЖКТ, поражение ЦНС – фуникулярный миелоз (дегенерация и склероз задних и боковых столбов спинного мозга), парестезии, параличи с расстройством функции тазовых органов. В углах рта появляются трещины, отделение слюны уменьшается. «Язык Хантера» (Гюнтера-Миллера) характеризуется появлением ярко-красных пятен воспаления на спинке, по краям и кончику языка, постепенно распространяющихся на всю поверхность. Затем воспаление стихает, сосочки языка атрофируются, язык становится гладким, блестящим («лакированным»), при пальпации – дряблый, поверхность нередко покрыта складками, края – в виде зазубрин. На языке появляются эрозии травматического генеза, налета нет. Прием пищи и лекарственных средств сопровождается ощущением жжения и болью. СОПР атрофируется, становится тонкой, морщинистой, чувствительной к воздействию различных раздражителей, легко изъязвляется.

Клиническая картина *гемолитических анемий* помимо анемического синдрома включает триаду симптомов гемо-

лиза: желтуху, непрямую гипербилирубинемию, ретикулоцитоз. Язык может быть гладким или «волосатым» вследствие гиперплазии нитевидных сосочков и нарушения слущивания ороговевших клеток эпителия. В полости рта отмечаются гингивит, глоссит, цвет зубов изменяется от желтоватого до серо-грязного, зубы часто поражены кариесом.

Клиническая диагностика *апластических анемий (АА)* основывается на обнаружении сочетания анемического синдрома с геморрагиями на коже, слизистых оболочках и с инфекционными осложнениями. Лабораторно АА характеризуется панцитопенией (анемия, лейкопения, тромбоцитопения) периферической крови, снижением клеточности костного мозга при пункции и обнаружением жирового костного мозга при его гистологическом исследовании, при этом исключаются другие причины развития аплазии кроветворения. При стоматологическом осмотре СОПР «бескровная», слабо увлажнена, легко ранима, имеются мелкие и крупные кровоизлияния в слизистую щек, неба, десен. На фоне длительной гипосаливации увеличивается количество зубного налета бурого цвета, возникает множественный кариес зубов. Нередки случаи развития у детей язвенно-некротического стоматита, маргинального периодонтита среднетяжелой и тяжелой формы, кандидозного и вирусного стоматитов.

**Геморрагические заболевания.** *Геморрагические заболевания* – это патологические состояния, характеризующиеся кровоточивостью. В зависимости от характера геморрагического синдрома З.С. Баркаган выделил 5 типов кровоточивости: ангиоматозный – при локальной сосудистой патологии; васкулитно-пурпурный – при патологии микрососудистого русла; петехиально-пятнистый – при нарушении тромбоцитарного звена гемостаза; гематомный – при патологии внутреннего пути свертывания коагуляционного гемостаза; смешанный – при сочетанном нарушении тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза.



**Рис. 1. Врожденный сифилис: зубы Гетчинсона**



**Рис. 2. Целиакия: симметричные дефекты зубной эмали на постоянных зубах**



**Рис. 3. Лентиго при синдроме Пейтца – Егерса**



**Рис. 4. Нарушение развития зубов у больного ангидротическим типом нейроэктодермальной дисплазии.**



**Рис. 5. Синдром Крузона. Системный краниостеноз**



**Рис. 6. Флюороз. Разрушение зубов вследствие избыточного поступления в организм фтора**



**Рис. 7. Гиперплазия десен при приеме фенитоина**



**Рис. 8. Волосатая лейкоплакия**



**Рис. 9. Нома**



**Рис. 10. Вирусная пузырчатка (болезнь «губ – кистей – стоп»)**



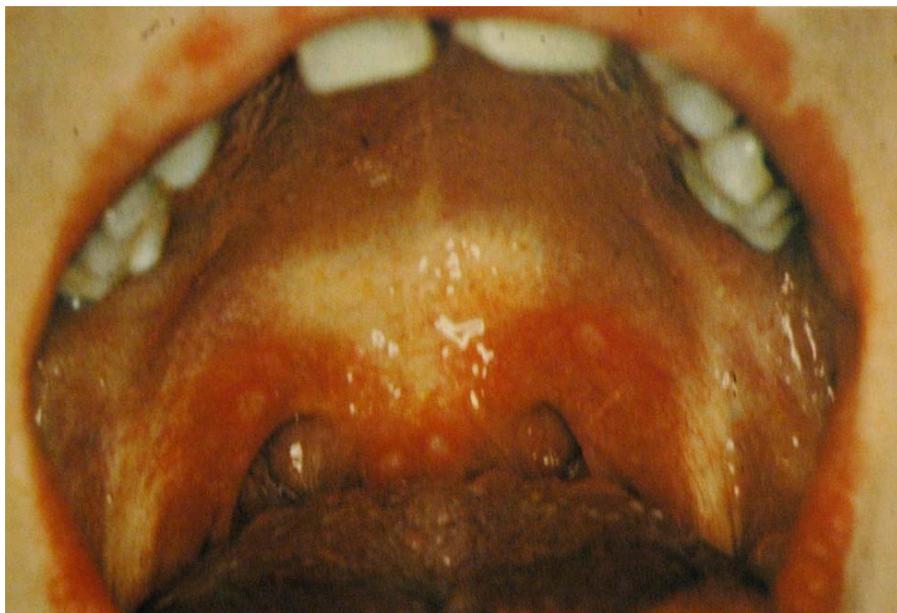
**Рис. 11. Системная красная волчанка: волчаночная «бабочка» на лице, афтозный стоматит и люпус-хейлит**



**Рис. 12. Целиакия: афты слизистой оболочки полости рта**



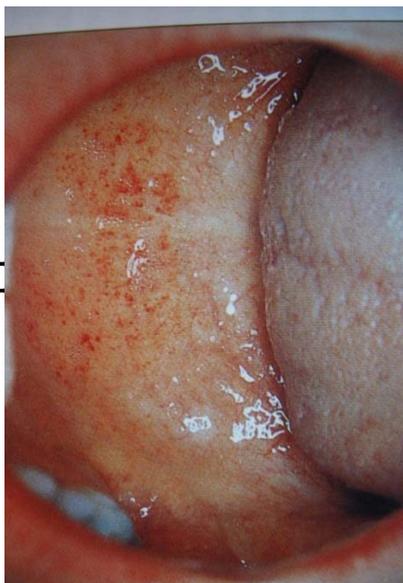
**Рис. 13. Энантема при кори: пятна Бельского-Филатова-Коплика**



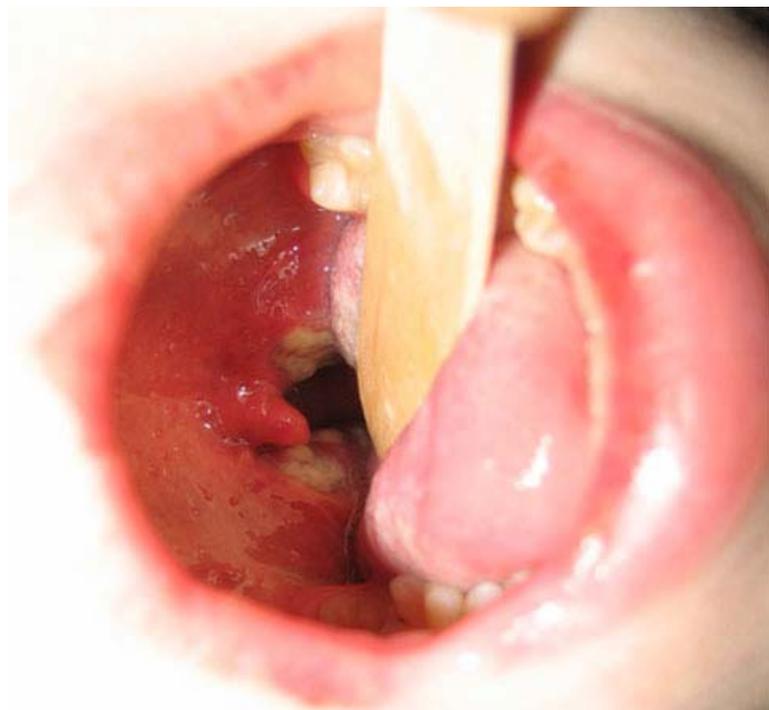
**Рис. 14. Энтеровирусная инфекция: герпангина**



**Рис. 15. Острый стрептококковый тонзиллофарингит**



**Рис. 17. Инфекционный мононуклеоз: петехии на слизистой оболочке неба**



**Рис. 16. Ангина при инфекционном мононуклеозе**



**Рис. 18. Иммунная тромбоцитопения**



**Рис. 19. Афтозно-некротическое поражение слизистой оболочки полости рта у ребенка с острым лимфобластным лейкозом в дебюте заболевания**



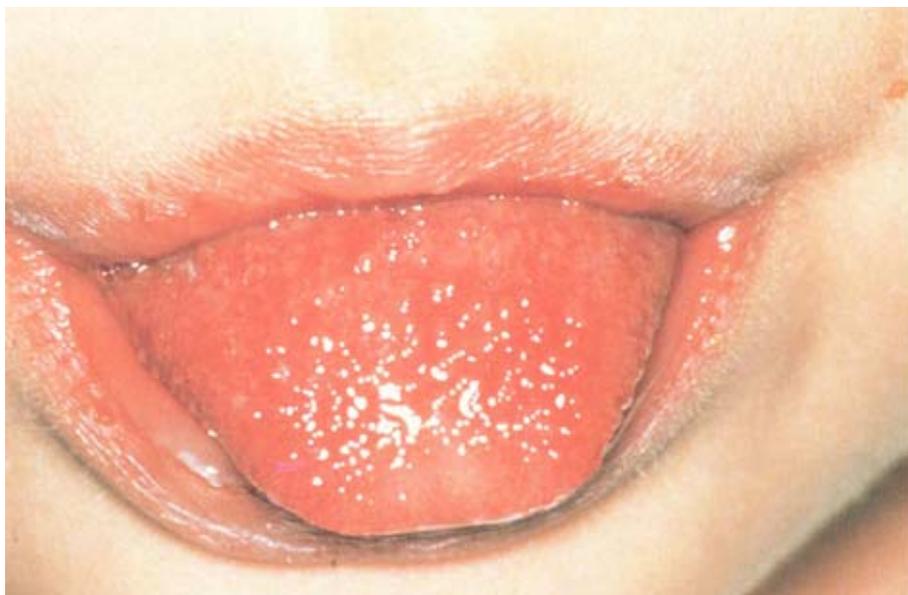
**Рис. 20. Гиперплазия десен у ребенка с острым миелоидным лейкозом**



**Рис. 21. Системная склеродермия: «кисетный рот»**



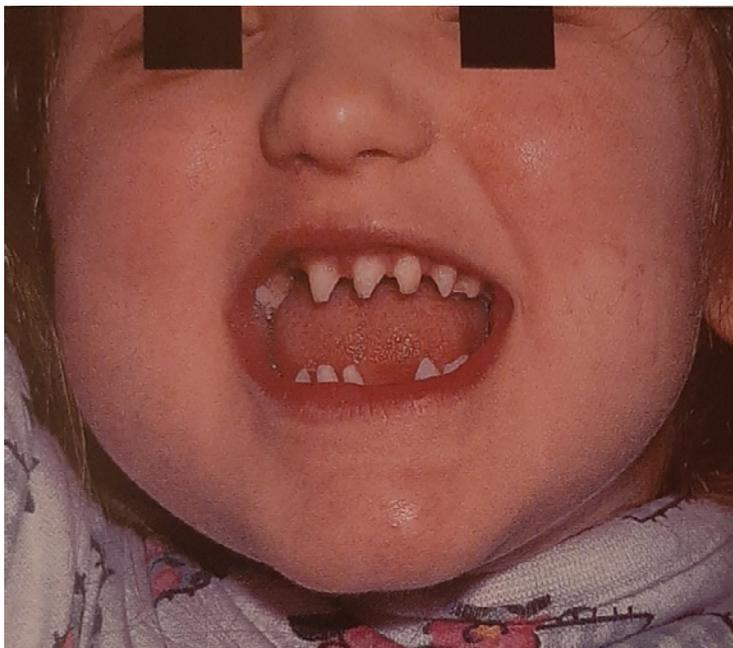
**Рис. 22. Болезнь Kawasaki: поражение губ**



**Рис. 23. Болезнь Kawasaki: «малиновый» язык**



**Рис. 24. Токсический эпидермальный некролиз**



**Рис. 25. Коническая форма зубов у пациента с синдромом Блоха-Сульцбергера**

Для гематомного типа кровоточивости, характерного для *гемофилии*, типично появление спонтанных мягкотканых гематом, гемартрозов, реже – экхимозов, носовых, десневых, желудочно-кишечных кровотечений. Кровоточивость имеет отсроченный характер. Источником кровотечения могут быть межзубные сосочки десны при заболеваниях периодонта, трудно останавливаемое кровотечение может возникнуть при удалении зубов, лечении кариеса зубов и его осложнений. Тяжесть кровотечений зависит уровня фактора свертываемости крови.

Геморрагический синдром при *иммунной тромбоцитопении (ИТП)* характеризуется появлением спонтанных, полиморфных, полихромных, несимметричных геморрагических элементов на коже, кровотечениях, в том числе из десен, СОРП (рис. 18), лунки удаленного зуба, кровоизлияния во внутренние органы вследствие повышенного разрушения и нарушения продукции тромбоцитов. При диагностике ИТП опираются на следующие критерии: тромбоцитопения менее 100 000/мкл; нормальные размеры селезенки; исключение системных заболеваний крови, вирусных инфекций (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция), системных заболеваний соединительной ткани; наличие мегакариоцитоза в костном мозге, обнаружение антитромбоцитарных антител.

*Геморрагический васкулит* (анафилактоидная пурпура Шенлейна-Геноха) – заболевание, в основе которого лежит асептическое воспаление стенок микрососудов с множественным микротромбообразованием в сосудах кожи и внутренних органов, клинически проявляющееся кожным, суставным, абдоминальным и почечным синдромами. На СОПР появляются петехиальные, геморрагические высыпания, очаги изъязвления, покрытые некротическим налетом.

**Острые лейкозы (ОЛ).** Это группа опухолевых заболеваний системы крови (гемобластозов), для которых характерно первичное поражение костного мозга опухолевыми (бластными) кроветворными клетками с вытеснением ими

нормальных элементов гемопоэза. Наиболее частым вариантом ОЛ у детей является острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). Клинические проявления ОЛ разнообразны, включают интоксикационный, анемический, геморрагический, гиперпластический синдромы, также возможны поражение яичек у мальчиков, поражение яичников у девочек, увеличение почек, инфильтрация эндокарда и выпотной перикардит, расстройство дыхания, поражение глаз, ЦНС (рвота, головная боль, парез черепных нервов), лейкемиды. При лабораторном исследовании у детей с ОЛЛ обнаруживают гиперлейкоцитоз, бластемию, анемию, тромбоцитопению. Диагноз ОЛЛ устанавливается при обнаружении в пунктате костного мозга 25 % бластных клеток и более, морфологически и цитохимически характеризуемых как лимфобласты. Иммунодефицит обуславливает инфекционные поражения СОПР бактериальной и грибковой природы (рис. 19); карлес имеет осложненное течение. Бластная инфильтрация приводит к развитию гиперплазии десен (рис. 20), перикоронарита, гингивита, паротита. Кроме того, в ротовой полости отмечаются симптомы анемического и геморрагического синдромов.

## **8. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

Ревматические заболевания включают более 200 различных болезней, от разных типов артрита до системных заболеваний соединительной ткани. Суставной синдром при ревматических заболеваниях встречается часто. Системный характер заболеваний предполагает вовлечение в патологический процесс множества внутренних органов, в том числе полости рта.

**Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ).** Это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с острой инфекцией,

вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А, у предрасположенных к нему лиц. Для диагностики ОРЛ применяют критерии Киселя-Джонсона, пересмотренные Американской ассоциацией сердца в 2015 г. Поражение СОПР при ОРЛ характеризуется вялым, затяжным течением стоматитов, десквамативным глосситом. Распространенность и интенсивность кариеса при ОРЛ не превышает таковые у здоровых детей, но есть существенные отличия: обилие декальцинированной ткани в патологическом очаге, отсутствие тенденции к ограничению процесса, большое количество меловых пятен и локализация кариеса в области иммунных зон. Осложненные формы кариеса нередко развиваются ареактивно, возникая даже при средней глубине кариозной полости.

**Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА).** Это артрит неустановленной этиологии продолжительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет при исключении другой патологии суставов. Согласно классификации Международной Лиги Ревматологических Ассоциаций (ILAR), выделяют следующие варианты ЮИА без системных проявлений: олигоартикулярный (персистирующий и распространившийся), полиартикулярный ревматоидный фактор (РФ) – негативный, полиартикулярный РФ-позитивный, псориатический, артрит, ассоциированный с энтезитом, недифференцированный артрит.

В процесс при ЮИА может вовлекаться височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Хронический воспалительный процесс в ВНЧС приводит к формированию паннуса, который проникает и разрушает суставной хрящ и прилегающую кость, что приводит к разрушению мышечка или даже полной его потере. Типичными патоморфологическими изменениями ВНЧС при ЮИА являются остеофиты, эрозии, слероз, субхондральные кисты. В дальнейшем нарушение роста кости приводит к недоразвитию нижней челюсти (микрогения), изменению ее положения, прикуса. Вовлечение ВНЧС при ЮИА часто трудно обнаружить на ранних стадиях, поскольку процесс

может протекать бессимптомно. Состояние полости рта у пациентов с ЮИА характеризуется более низким уровнем гигиены, большей частотой кариеса. Из некариозных поражений зубов отмечают стираемость, скалывание и трещины эмали, возможно поражение всей щечной поверхности верхних постоянных моляров с расплавлением эмали, а затем и дентина.

**Системная красная волчанка.** Это системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной регуляции, определяющее образование органоспецифических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов с развитием иммунного воспаления в тканях многих органов. Критерии диагноза СКВ устанавливаются согласно рекомендациям Международной организации сотрудничества клиник СКВ (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics, SLISS, 2012) при наличии не менее 4 критериев из 17 с обязательным иммунологическим подтверждением и Американской коллегии ревматологов (American College of Rheumatology, ACR, 1997) при наличии не менее 4 из 11 критериев: высыпания в скуловой области (волчаночная «бабочка»); дискоидные высыпания; фотосенсибилизация; язвы полости рта; артрит; серозит (плеврит и/или перикардит); поражение почек; неврологические нарушения; гематологические нарушения (анемия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения); иммунологические нарушения, повышенный титр антинуклеарного фактора.

Отмечается умеренное ограничение открывания рта, редко сочетающееся с тугоподвижностью ВНЧС. Симптомами поражения СОПР (рис. 11) являются следующие:

- волчаночная энантема – эритематозно-отечные пятна с четкими границами и иногда с эрозивным центром в области твердого неба, часто с телеангиэктазиями по периферии;

- афтозный стоматит – безболезненные эрозивные или при стаже заболевания более 2-лет – глубокие язвенные очаги с кератотическим ободком и интенсивной эритемой, располагаются преимущественно на внутренней поверхности щек и деснах;

- хейлит – застойная гиперемия и отечность красной каймы губ; чаще поражается нижняя губа, формируются трещинки, эрозии или язвочки, покрытые серозными или серозно-кровянистыми корочками с последующим развитием рубцовой атрофии;

- дескваматичный глоссит.

**Ювенильная системная склеродермия (ЮССД).** Это хроническое аутоиммунное заболевание, с дебютом болезни до 16-летнего возраста, проявляющееся характерным фиброзно-склеротическим поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, с возможным вовлечением в процесс внутренних органов, и синдромом Рейно, в основе которого лежит генерализованное поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и облитерирующего эндартериита. Согласно критериям для диагностики ювенильной склеродермии, разработанным группой организаций (PRES-ACR-EULAR, 2007), необходимо наличие склеротических изменений на коже или уплотнения проксимальнее пястно-фалангового или плюсневого-фалангового суставов и как минимум двух из 20 второстепенных критериев.

ЮССД обуславливает целый ряд поражений челюстно-лицевой области и изменений в полости рта. Поражение суставов приводит к ограничению открывания рта, утомляемости при движении нижней челюсти. Красная кайма губ утрачивает четкую границу, истончается, атрофируется. Ротовая щель сужается, формируются множественные радиальные складки в виде «кисета» (рис. 21). Микростомия существенно затрудняет осуществление гигиены полости рта, преобладающей становится патогенная микрофлора. Развивается кариес

пришеечной области и в зонах, резистентных к кариесу; поражаются ткани пародонта. Уздечка языка укорачивается, уменьшаются размеры языка, ограничивается его подвижность, развивается дескваматичный глоссит. СОПР бледная, уплотняется, в дальнейшем развивается склероз и атрофия.

**Болезнь Кавасаки.** *Болезнь Кавасаки* (острый детский лихорадочный кожно-слизисто-железистый синдром) – остро протекающее системное заболевание, характеризующееся морфологически преимущественным поражением средних и мелких артерий с развитием деструктивно пролиферативного васкулита, а клинически – лихорадкой, изменениями слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов, возможными поражениями коронарных висцеральных и др. артерий. К типичным проявлениям в полости рта относятся эритема, трещины губ (рис. 22), «клубничный» язык (рис. 23), распространенная инъецированность СОПР и глотки.

## 9. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Аллергия* (от греч. *αλλοσ* – иной, *εργου* – действую) – иммунная гиперчувствительность с повреждением тканей, собирательное название группы типовых иммунопатологических процессов, развивающихся в сенсibilизированном организме генетически предрасположенных лиц, в рамках вторичного иммунного ответа, при контакте с антигеном, вызвавшим сенсibilизацию. Каждый из таких процессов, чаще всего, имеет своим итогом гиперэргическое воспаление, то есть воспаление, сопровождающееся повреждением органов и тканей. Реакции гиперчувствительности подразделяются на реакции гиперчувствительности немедленного типа (опосредованы антителами, до 30 минут) и замедленного типа (опосредованы клетками, 48–72 часа). Антигены, провоцирующие аллергию, получили название *аллергенов*.

**Оральный аллергический синдром.** У ряда пациентов с аллергическим ринитом, поллинозом при попадании в организм перекрестно-реагирующих антигенов, содержащихся в некоторых фруктах, овощах и орехах, развивается *оральный аллергический синдром* (ОАС). Симптомы ОАС проявляются в первые минуты после употребления свежих фруктов или овощей, реже – спустя 1–2 ч. Для ОАС характерно появление отечности, покалывания, зуда и жжения в области языка, десен, неба, губ, а также эритематозных элементов в периоральной области, на шее. Нередко наблюдаются усиление заложенности носа, насморк, чихание, явления конъюнктивита, возможно сочетание с бронхообструктивным синдромом (кашель, свистящие хрипы, заложенность в грудной клетке), системными реакциями.

**Анафилаксия.** Это тяжелая, потенциально летальная системная реакция гиперчувствительности, которая характеризуется быстрым возникновением жизнеугрожающих симптомов со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, и обычно, сопровождается поражениями кожи и слизистых оболочек. Диагностика анафилаксии базируется на физикальном обследовании (клинические критерии и оценка тяжести симптомов), тщательно собранном анамнезе, анализе медицинской документации и лабораторных показателей. Согласно международным рекомендациям, предложенным на симпозиуме National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network (NIAID/FAAN) в 2005 г., выделяют три основных диагностических критерия анафилаксии, включающие весь спектр ее симптомов и признаков (табл. 2).

**Диагностические критерии анафилаксии [NIAID/FAAN, 2005]**

<i><b>Критерии</b></i>
<p><b>1. Острое начало заболевания (от минут до нескольких часов) с поражением кожи и/или слизистых оболочек (генерализованная крапивница, зуд или гиперемия кожи, отек губ, языка, мягкого неба) в сочетании с одним из нижеперечисленных признаков:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• респираторные симптомы (бронхоспазм, диспноэ, свистящие хрипы, стридор, сниженный объем выдоха, гипоксемия);</li> <li>• снижение артериального давления или связанные с этим симптомы и синдромы дисфункции органов-мишеней (гипотония, коллапс, обморок, потеря сознания).</li> </ul> <p><i>Примечание:</i> кожные симптомы встречаются в 90% случаев анафилаксии.</p>
<p><b>2. Сочетание двух и более перечисленных признаков, быстро появляющихся после воздействия предполагаемого триггера (в интервале от минут до нескольких часов):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• поражение кожи и/или слизистых оболочек (генерализованная крапивница, зуд или гиперемия кожи, отек губ, языка и мягкого неба);</li> <li>• респираторные симптомы (бронхоспазм, диспноэ, свистящие хрипы, стридор, сниженный объем выдоха, гипоксемия);</li> <li>• снижение артериального давления или связанные с этим симптомы и синдромы дисфункции органов-мишеней (гипотония, коллапс, обморок, потеря сознания);</li> <li>• персистирующие гастроинтестинальные симптомы (приступы схваткообразных болей в животе и/или тошнота, рвота).</li> </ul> <p><i>Примечание:</i> в 20% случаев симптомы, связанные с поражением кожи и слизистых, не определяются или отсутствуют, данный критерий включает в себя симптомы и признаки поражения органов и систем при условии наличия воздействия предполагаемого триггера.</p>
<p><b>3. Снижение артериального давления* или связанные с этим симптомы после воздействия известного триггера в течение нескольких минут или часов.</b></p> <p><i>Примечание:</i> данный критерий разработан для определения анафилаксии в том случае, когда только одна система органов вовлечена в процесс, и применим у пациентов с известным триггером в анамнезе (например, гипотензия или шок после укуса насекомого).</p>

\* Критерии снижения артериального давления у взрослых и детей:

Взрослые: систолическое давление ниже 90 мм рт. ст. или снижение более, чем на 30% от исходного систолического артериального давления.

Дети: от 1 месяца до 1 года – менее 70 мм рт. ст. (нарастающая тахикардия); от 1 года до 10 лет – менее 70 мм рт. ст. + (2 x возраст в годах) или снижение более, чем на 30% от систолического давления; от 11 до 17 лет – как у взрослых.

Наличие хотя бы одного из трех критериев обуславливает высокую вероятность анафилаксии.

**Синдром Стивенса–Джонсона и токсический эпидермальный некролиз.** Это тяжелые кожные реакции гиперчувствительности замедленного типа. Наиболее частой причиной является прием лекарственных препаратов, в особенности сульфаниламидов, противоэпилептических и антибактериальных препаратов. Второй по распространенности причиной заболеваний является инфекция, особенно у детей. Сюда входят инфекции верхних дыхательных путей, средний отит, фарингит и инфекции, вызванные вирусом Эпштейна–Барр, *Mycoplasma pneumoniae*, цитомегаловирусом, энтеровирусами и др.

В течение 1–3 недель после начала приема препарата, вызывающего заболевание, у больных начинается продромальный период в виде недомогания, лихорадки, головной боли, кашля и кератоконъюнктивита. Затем внезапно на коже лица, шеи и верхней части туловища появляются пятна, часто мишеневидные. Эти пятна одновременно появляются на разных участках тела, сливаются с образованием крупных плоских пузырей, крышка которых отторгается в течение 1–3 дней. Ногти и брови могут отторгаться вместе с эпителием. Могут быть вовлечены ладони и ступни. Характерны болезненность кожи, слизистых оболочек и глаз (рис. 24). В некоторых случаях диффузная эритема является первым патологическим состоянием кожи при токсическом эпидермальном некролизе.

При тяжелом токсическом эпидермальном некролизе крупные пласты эпителия отслаиваются со всей поверхности тела в местах давления (симптом Никольского), обнажая влажные болезненные участки кожи красного цвета. У почти 90% больных, помимо отслаивающегося эпидермиса отмечаются болезненные корки и эрозии в ротовой полости, кератоконъюнктивит и высыпания на гениталиях (например, уретрит, фимоз, синехии влагалища). Поражения ротовой полости чрезвычайно болезненны и снижают способность пациента

есть или пить. Эпителий бронхов может также отслаиваться, вызывая кашель, диспноэ, пневмонию, отек легких и гипоксию. Могут развиваться гломерулонефрит и гепатит.

Синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз клинически сходны, за исключением распространенности высыпаний. Поражение  $< 10\%$  площади поверхности тела наблюдается при синдроме Стивенса-Джонсона и  $> 30\%$  поверхности тела – при токсическом эпидермальном некролизе; поражение от 10 до 30 % поверхности тела рассматривается как перекрестный синдром Стивенса-Джонсона / токсического эпидермального некролиза.

## 10. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Изменения в ротовой полости при гипо- или гиперфункции органов эндокринной системы чаще связаны с нарушением роста костей, мышечного тонуса, трофики тканей, объема и состава отделяемой слюны и проявляются нарушением прикуса и зубного ряда, поражением эмали, СОПР и языка. Характер и тяжесть изменений зависят от длительности заболевания. Состояние стресса при посещении стоматологического кабинета может усугубить имеющиеся функциональные нарушения эндокринных органов, при проведении манипуляций под наркозом возможно более частое возникновение осложнений.

**Гипо- и гиперфункция гипофиза.** Снижение выработки соматотропного гормона (СТГ) передней долей гипофиза приводит к задержке роста костей. Размеры лица в целом уменьшены, снижена высота основания черепа. Дети часто имеют открытый прикус, процесс прорезывания зубов и формирование корней замедляется и может быть неполным.

Повышение секреции СТГ при открытых зонах роста костей приводит к гигантизму, при закрытых – к акромегалии.

Характерны ускоренный рост костей головы и лица; утолщение костей черепа и нижней челюсти, прогнатия; ускоренное развитие и прорезывание зубов. Типичен остеопороз с гиперцементозом. Язык увеличенный, складчатый. При акромегалии отмечается увеличение скуловых дуг, нижней челюсти. Развивается макрохейлит. Язык складчатый, отмечается гипертрофия сосочков. СОПР бледная, плотная. Десны и концевые протоки слюнных желез гиперплазированы. Десны нередко покрывают коронковую часть зубов.

**Гипо- и гиперфункция щитовидной железы.** *Врожденный гипотиреоз (ВГ)* – гетерогенная по этиологии группа заболеваний щитовидной железы, проявляющихся сразу после рождения и характеризующихся частичным или полным выпадением ее функции. Первыми проявлениями ВГ являются незрелость ребенка при доношенной или переношенной беременности; масса тела при рождении более 3500 грамм; отечное лицо, губы, веки; полуоткрытый рот с широким, «распластанным» языком; локализованные отеки в надключичных ямках, тыльных поверхностях кистей, стоп; плохая эпителизация пупочной ранки; выступающее пупочное кольцо; позднее отхождение мекония; низкий, грубый голос при плаче, крике; затаенная неонатальная желтуха; брадикардия. При отсутствии лечения у детей с ВГ развивается задержка физического, психомоторного, а затем и полового развития. Характерны пороки развития челюстно-лицевого скелета. Состояние полости рта характеризуется наличием макроглоссии: язык складчатый, с отпечатками зубов по краям. Отмечается незаращение небного шва. Прорезывание и смена зубов происходят с задержкой. Типичен множественный кариес пришеечной области.

СОПР при *приобретенном гипотиреозе* анемична, отечна; характерна гипосаливация, снижение уровня лизоцима, низкая минерализующая функция слюны. Прорезывание и смена зубов замедлены, последовательность прорезывания нарушена, запаздывает резорбция корней молочных

зубов. Зубы располагаются скученно, вне дуги, с поворотом вокруг оси. Зубы мелкие, атипичной формы, резцы бывают с зубцами на режущем крае, клыки и моляры могут иметь форму резцов, коронки зубов укорочены, иногда зубы как бы «сдвоены» (сросшиеся зачатки). Цвет зубов изменен (желто-серый, зеленоватый, серый), эмаль гипоплазирована. Кариес зубов множественный, осложненный, часто поражается пришеечная область.

*Тиреотоксикоз* – клинический синдром, возникающий при повышенном содержании в крови гормонов щитовидной железы. Основными симптомами гипертиреоза являются зоб, экзофтальм, тахикардия. Зубы нередко имеют повышенную прозрачность у режущего края, изменена ультраструктура эмали. Количественные нарушения зубов и аномалии зубных рядов не характерны. Коронки зубов могут быть не изменены, корни часто массивны. Объем и степень кариозного поражения зависит от тяжести и длительности заболевания. Развивается гипертрофический гингивит, гиперсаливация.

**Гипо- и гиперфункция паращитовидных желез.**  
*Гипопаратиреоз* сопровождается симптомами явной (ларингоспазм, карпопедальный спазм, тонические судороги) или скрытой тетании (положительные симптомы Хвостека, Люста и др.), гипокальциемией. Спазм затрагивает мышцы лица, сопровождается околоротовой парестезией, болью в зубах, онемением языка. Возможно развитие кандидоза. Прорезывание зубов происходит с задержкой или останавливается, типичны аномалии корней зубов, гиподентия.

Для *гиперпаратиреоза* типична мышечная слабость, похудание, полиурия, боли в костях. У маленьких детей может быть недостаток роста, гипотония мышц, развитие умственной отсталости, слепота, нефрокальциноз, остеопороз. Лабораторно определяется гиперкальциемия, гипофосфатемия, гиперфосфатурия. Стоматологическими проявлениями могут быть неправильный прикус, увеличение подвижности и смещение зубов. Происходит кальцификация мягких тканей,

резорбция корней зубов. Уменьшается кортикальная пластинка и общая рентгеноплотность кости.

**Гипо- и гиперфункция надпочечников.** При *гипокортицизме* отмечается слабость, утомляемость, адинамия, значительное снижение аппетита, функциональные нарушения (ЖКТ), снижение мышечной силы, пигментация кожи и слизистых, артериальная гипотония, изменения со стороны ЭКГ, снижение резистентности к инфекциям, затяжное течение простудных заболеваний, гипогликемия, задержка калия и потеря натрия. Видна специфическая пигментация СОПР: диффузно расположенные пятна темно-серого («аспидного»), сине-серого, коричневого, бурого, черного цвета различной формы и размеров.

При *гиперкортицизме* пациентов беспокоят головная боль, мышечная слабость. Типично перераспределение подкожно-жировой клетчатки с преимущественным отложением в области груди, шеи, лица. Кожные покровы гиперемированы с угревидными высыпаниями, отмечается «пунцовый» румянец на щеках. Развивается артериальная гипертензия, миокардиодистрофия, переломы костей в связи с диффузным остеопорозом. Макрогнатия – признак раннего гиперкортицизма у детей с высокой активностью мозгового слоя надпочечников. Сагиттальные размеры челюстей, длина восходящей ветви нижней челюсти увеличены. Отмечается остеопороз костей челюсти и патологические переломы. СОПР отечна, видны отпечатки зубов на языке и щеках, часто – язвы и эрозии, пузыри с геморрагическим содержимым; нередко – кандидоз. Характерно раннее прорезывание зубов, клыки высокие остроконечные. Описана желтая и темно-желтая окраска коронок зубов.

**Гипофункция половых желез.** *Гипогонадизм* – отсутствия появления вторичных половых признаков у девочек в возрасте старше 13 лет, у мальчиков в возрасте старше 14 лет. При гипофункции половых желез, начавшейся с раннего детства, типична измененная форма и уменьшенные размеры

верхних боковых резцов: коническая форма со стертymi очер- таниями («рыбий», «акулый» зуб). При половом инфанти- лизме вследствие раннего прекращения роста челюстей наблюдается скученность и аномалии положения зубов, особенно вторых верхних резцов и вторых премоляров. При гипогонадизме мальчиков у 1/3 пациентов описано уменьше- ние количества зубов из-за отсутствия зачатков или ретенции, чаще на верхней челюсти. Недостаточная эстрогенная функ- ция ведет к увеличению потенциала андрогенов, длительному (до 23–25 лет) росту челюстей. При мужском гипогонадизме у подростков описаны уменьшение сагиттальных размеров нижней челюсти. Гипогонадизм мальчиков замедляет кост- ный рост и формирует женский облик (округлое, с мягкими чертами лица), но в силу длительности роста размеры лицевого скелета всегда больше нормальных. Женский гипо- гонадизм ведет к развитию лицевого скелета по мужскому типу (лицо крупное, с угловыми очертаниями). Дисфункция половых желез сопровождается множественным кариесом, частыми пародонтопатиями.

**Сахарный диабет.** *Сахарный диабет* – группа обменных заболеваний, характеризующихся развитием стойкой гипергликемии вследствие абсолютной или относительной недостаточности инсулина. Наиболее частой формой СД у детей является СД 1-го типа, в основе которого лежит де- струкция  $\beta$ -клеток, приводящая к абсолютной недостаточ- сти инсулина. Типичными симптомами СД 1-го типа являются полиурия, полидипсия, потеря массы тела; хороший аппетит; слабость, утомляемость; сухость кожи, сухость во рту; зуд в области половых органов. При манифестации СД симптомами диабетического кетоацидоза появляются рвота, боли в жи- воте, дыхание Куссмауля, симптомы обезвоживания. Красная кайма губ ярко гиперемирована, сухая, возникают трещины, заеды, корки. Язык обложен налетом; на боковых поверхно- стях видны отпечатки зубов, по всей спинке заметны возвы- шающиеся грибовидные сосочки, отмечается гиперкератоз/

десквамация нитевидных сосочков. Состояние периодонта характеризуется развитием катарального гингивита, хронического периодонтита (проявления микроангиопатии). СОПР сухая, слюна пенистая, вязкая.

## **11. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Детский церебральный паралич.** ДЦП – группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребенка. Клиническая картина зависит от формы ДЦП, в 80 % случаев отмечается спастичность. Другими проявлениями заболевания могут быть патологические тонические рефлексy, патологическая синкинетическая активность, нарушение координаторных взаимодействий мышц синергистов и антагонистов, в том числе мышц челюстно-лицевой области, повышение общей рефлекторной возбудимости.

Нейромышечные нарушения, гипертонус жевательных мышц приводит к дисфункции ВНЧС. Характер пищи и отсутствие полноценной жевательной нагрузки приводит к недоразвитию челюсти, формированию патологического прикуса, изменению осанки. Нарушение глотания (дисфагия) является причиной многих стоматологических проблем.

Состояние полости рта у детей с ДЦП характеризуется большей распространенностью и интенсивностью кариеса зубов и поверхностей, низким уровнем гигиены полости рта, сниженной резистентностью эмали.

Особенности неврологического статуса требуют особого подхода к организации стоматологического приема. Лечение может осуществляться непосредственно в инвалидном кресле ребенка или в стоматологическом кресле; необходимо

стабилизировать голову и туловище ребенка, фиксировать руки и ноги в естественном для пациента положении. При наличии дисфагии не следует размещать ребенка горизонтально. Необходимо использовать роторасширители, языкодержатели для предупреждения непровольного закрытия рта; стараться работать быстро, чтобы сократить время пребывания ребенка в кресле и не утомлять его мышцы; при необходимости привлечь других специалистов – невролога, педиатра.

Сложности в ведении стоматологического приема, кажущаяся второстепенность стоматологических проблем обуславливают недостаточный уровень стоматологической помощи детям с ДЦП.

**Нарушения пищевого поведения (НПП).** К расстройствам приема пищи относят 2 синдрома: нервную анорексию и нервную булимию. В табл. 3 представлены основные клинические проявления и критерии диагностики данных состояний.

*Таблица 3*

**Симптомы и критерии диагностики нервной анорексии и булимии**

<b>Нервная анорексия</b>	<b>Нервная булимия</b>
а) масса тела не менее чем на 15 % ниже должной или индекс массы тела равен 17,5 и менее б) потерю массы тела вызывает сама пациентка (пациент) в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-гонады д) при начале нервной анорексии в препубертатном периоде развитие вторичных половых признаков задерживается или не наступает	а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище б) больные пытаются предотвратить ожирение, вызывая рвоту, принимая слабительные, аноректики, диуретики, тиреоидные препараты, практикуя периоды голодания в) психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больные устанавливают для себя критический предел массы тела намного ниже преморбидной

Примерно у 40% больных анорексией имеются и эпизоды булимии. В клинике выделяют три основных типа НПП – ограниченная анорексия / сочетание анорексии с булимией / булимия.

Стоматологические проявления НПП обусловлены прежде всего повторной рвотой. Рвотные массы, содержащие желудочный сок, попадая в ротовую полость, повреждают эмаль зубов, снижая ее защитную функцию. Зубы приобретают желтую окраску, развивается кариес. Вследствие постоянной контаминации ротовой полости бактериями возникает неприятный запах изо рта, увеличиваются слюнные железы (паротит). На СОПР появляются эрозии и язвы, в том числе в результате травматизации пальцами при вызывании рвоты.

## **12. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Эктодермальные дисплазии.** Это группа редких наследственных врожденных пороков развития, различно выраженных фенотипически и характеризующихся остановкой развития, недоразвитием или отклонением от нормального формирования органов и тканей эктодермального происхождения (зубы, эпидермис и его производные, нервная система, органы чувств). Проявления эктодермальных дисплазий разнообразны:

- изменения кожи и ее придатков – кожа тонкая, сухая, мелкоморщинистая, особенно в периорбитальной области и вокруг рта; ладонно-подошвенный гиперкератоз; гипоплазия потовых желез, приводящая к гипо-, реже ангидрозу (отсутствию потоотделения), нарушению терморегуляции, развитию гипертермии; гипотрихоз, алопеция; поражение ногтей (дистрофия, гипоплазия, аплазия), паронихии; гипоплазия, редко отсутствие молочных желез и сосков;

- постоянное образование корок из носового секрета в носовых ходах;

- костные изменения – дисплазия лицевого и мозгового черепа с характерными чертами «лицо старика», встречается «блюдообразная» (с вогнутой средней третью) форма лица; расщелины губы и неба; аномалии кистей и/или стоп (синдактилии, эктродактилии);

- гипоплазия слизистых желез респираторного и желудочно-кишечного трактов;

- орган зрения – гипоплазия слезных желез, большие плачут без слез; кератиты, конъюнктивиты, блефариты, фотофобия; помутнение роговицы, тяжелые формы миопии;

- тугоухость;

- задержка психосоматического развития, часто снижение интеллекта до уровня пограничной умственной отсталости, редко олигофрения; замкнутость и социальная дезориентация; проблемы с речью вследствие врожденной адентии и постоянной заложенности носа;

- высокая предрасположенность к острым респираторным заболеваниям, ринитам, гайморитам, носовым кровотечениям, бронхитам, заболеваниям ЖКТ, иммунодефицит;

- в крови – низкие показатели гемоглобина, цветного показателя, снижение содержания белковых фракций, альбумина и увеличение гамма фракций, пониженное содержание Са, Р, Fe;

Выражены стоматологические изменения:

- губы полные вывернутые, с нечетко отграниченной красной каймой, хейлиты; уздечка верхней губы низко прикреплена, щечные тяжи резко выражены, мелкое преддверие полости рта;

- позднее прорезывание зубов (в возрасте 1–3 лет), нарушение последовательности прорезывания зубов;

- гиподентия, олигодентия, редко – полная временная и/или постоянная адентия; гипоплазия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов;

- изменение формы зубов: коническая (шиповидная) форма фронтальных зубов, с острым (клыкообразным) окончанием режущего края; атипичная форма жевательных зубов, с уменьшенным количеством слабовыраженных бугорков и мелкими фиссурами;

- нарушение окклюзионных контактов зубных рядов, снижение высоты прикуса, нередко зубы подвижны;

- щели между зубами (диастемы и тремы);

- гипоплазия слизистых желез полости рта, приводящая к гипосаливации, ксеростомии;

- предрасположенность к кандидозному стоматиту;

- рентгенологически – укорочение корней зубов, расширение их периодонтальных щелей, мышечковые отростки нижней челюсти уплощены (лопатообразные);

Симптомы могут встречаться в разных сочетаниях в зависимости от конкретной формы заболевания.

**Синдром Блоха–Сульцбергера (недержание пигмента).** Это редкий генетически детерминированный дерматоз, при котором аномалии кожи и ее придатков сочетаются с повреждением других органов и систем эктодермального происхождения (зубов, глаз, нервной системы). При постановке диагноза используют большие (поражения кожи, которое проходит 4 стадии буллезную, или везикулезную, гипертрофическую, пигментную и атрофическую) и малые (повреждения зубов, волос, ногтей, сетчатки, неврологические нарушения) критерии. Небо высокое дугообразное. Характерна задержка прорезывания и смены молочных зубов на постоянные, частичное или полное отсутствие зубов, микродонтия, коническая форма зубов, плотно расположенные зубы/диастема, неправильный прикус (рис. 25).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Никишина И.П. и др. Системная красная волчанка: клинические рекомендации. Часть 1 // Вопросы современной педиатрии. 2018. Т. 17, № 1. С. 19–37.
2. Арзумян А.Г., Фомина А.В. Изучение распространенности и структуры зубочелюстных аномалий среди детей и подростков (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2019. Т. 26, № 1. С. 14–18.
3. Вейнберг С., Проуз Н., Кристал Л. Детская дерматология / пер. с англ. под ред. Н.Н. Потекаева, А.Н. Львова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 336 с.
4. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. СПб.: Фолиант, 2009. 1008 с.
5. Гажва С.И., Загайнов В.Е., Иголкина Н.А. и др. Влияние хронической болезни почек на состояние слизистой оболочки полости рта // Научное обозрение. Медицинские науки. 2014. № 1. С. 74.
6. Газданова А.А., Пономаренко Т.М., Соловьева С.А. и др. Стоматологические проявления соматических заболеваний // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 1. С. 104–110.
7. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Шушакова А.А., Тумшевиц В.О. Эктодермальная дисплазия: характерные клинические признаки и методы стоматологической реабилитации // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26, № 2. С. 21–27.
8. Гематология/онкология детского возраста / под ред. А.Г. Румянцева и Е.В. Самочатовой. М.: ИД Медпрактика-М, 2004. 792 с.
9. Гилл Д., О’Брайан Н. Осмотр ребенка: просто о важном. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 352 с.
10. Детский церебральный паралич у детей. Клинические рекомендации. М., 2016. 36 с. URL: <https://www.pediatr-russia.ru> (дата обращения 12.07.2023).

11. Затурофф М. Симптомы внутренних болезней. цветной атлас / пер. с англ. М.: Mosby-Wolfe – Практика (совместное издание), 1997. 436 с.

12. Исамулаева А.З., Данилина Т.Ф., Башкина О.А., Сергиенко Д.Ф. Стоматологический статус и показатели цитокинового спектра в секрете полости рта у детей с бронхиальной астмой // Астраханский медицинский журнал. 2010. Т. 5, № 4. С. 33–37.

13. Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю., Киселева Н.М. Детские инфекционные болезни. М.: Академия, 2009. 528 с.

14. Лосик И.М, Терехова Т.Н. Состояние полости рта у детей с детским церебральным параличом // Современная стоматология. 2011. № 1. С. 112–115.

15. Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Инамова О.В. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и твердых тканей зубов как проявление целиакии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2022. Т. 6, № 8. С. 451–457.

16. Манджони С. Секреты клинической диагностики. М.: БИНОМ, 2014. 864 с.

17. Медведев В.П., Лоскучерявая Т.Д. Нервная анорексия и нервная булимия у детей и подростков: диагностика и лечение // Российский семейный врач. 2013. Т. 1. С. 4–15.

18. Муковисцидоз / под ред. Н.Ю. Каширской, Н.И. Капранова, Е.И. Кондратьевой. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2021. С. 680.

19. Педиатрия: учебник: в 5 т. / под ред. Д.Ю. Овсянникова. Т. 2. Оториноларингология, пульмонология, гематология, иммунология. М.: РУДН, 2021. 592 с.

20. Педиатрия: учебник: в 5 т. / под ред. Д.Ю. Овсянникова. Т. 3. Аллергология, онкогематология, дерматология и неврология. М.: РУДН, 2021. 522 с.

21. Петросян Э.К., Шумилов П.В. IgG4 -ассоциированная болезнь – малоизвестное состояние в педиатрии // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2016. Т. 95, № 5. С. 99–109.

22. Плюхина Т.П., Островская И.Г., Маланчук И.И., Ковальчук М.А. Стоматологическая заболеваемость детей

Москвы по данным детского отделения Клинического центра стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова // Российская стоматология. 2016. Т. 9, № 1. С. 67–67.

23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (с изменениями и дополнениями).

24. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 464 с.

25. Терехова Т.Н., Белик Л.П., Горбачева К.А. и др. Проявления в полости рта соматических заболеваний у детей. Роль врача стоматолога. Минск: БГМУ, 2011. 88 с.

26. Стулков Н.И., Козинец Г.И., Тюрина Н.Г. Учебник по гематологии. М.: Практическая медицина, 2018. 336 с.

27. Форбс Ч.Д., Джексон У.Ф. Клиническая медицина: цветной атлас и учебник Пер. с англ. М.: Логосфера, 2009. 544 с.

28. Харитоновна М.П., Мосейчук О.А. Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей и подростков. Екатеринбург: Знак качества», 2019. 24 с.

29. Хэбиф Т.П., Кэмпбелл Дж.Л., Чэпман М.Ш. и др. Дерматология. Справочник по дифференциальной диагностике / пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 350 с.

30. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. Инфекционные болезни / пер. с англ. М.: Mosby-Wolfe – Практика (совместное издание), 1998. 439 с.

31. Klenke D., Quast A., Prelog M. et al. TMJ pathomorphology in patients with JIA-radiographic parameters for early diagnosis // Head & Face Medicine. 2018. No. 14. P. 15.

32. Leffler D., Green P., Fasano A. Extraintestinal manifestations of coeliac disease // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015. No. 12. P. 561–571.

33. Marcadante K.J., Kliegman R.M. Nelson Essentials of Pediatrics. 8 ed. Elsevier, 2019. 754 p.

34. Sampson H.A., Muñoz-Furlong A., Campbell R.L. et al. Second symposium on the definition and management of

anaphylaxis: summary report-Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2006. Vol. 117, no. 2. P. 391–397.

35. Villemur Moreau L., Dicky O., Mas E., et al. Oral manifestations of celiac disease in French children. *Arch Pediatr.* 2021. Vol. 28, no. 2. P. 105–110.

36. Welbury R.R., Thomason J.M., Fitzgerald J.L. et al. Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis // *Rheumatology (Oxford)*. 2003. Vol. 42, no. 12. P. 1445–1451.

37. Zou J., Meng M., Law C.S., et al. Common dental diseases in children and malocclusion // *Int. J. Oral. Sci.* 2018. Vol. 10, no. 1. P. 7.

*Учебное издание*

Кршенинская Ирина Владимировна  
Овсянников Дмитрий Юрьевич  
Новикова Валерия Павловна  
Макаренко Елена Витальевна

# **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*

Тематический план изданий  
учебно-методической литературы 2023 г., № 61

Подписано в печать 20.09.2023 г. Формат 60×84/16. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 3,49. Тираж 150 экз. Заказ 1179

---

Российский университет дружбы народов  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

---

Типография РУДН  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3.  
Тел.: 8 (495) 955-08-74. E-mail: publishing@rudn.ru