**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:**

**Проявления заболеваний желудочно-кишечного тракта**

**в полости рта детей.**

**Особенности оказания стоматологической помощи**

Взаимосвязь болезней полости рта с нарушениями различных отделов желудочно-кишечного тракта обусловлена морфофункциональным единством пищеварительного аппарата. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы и др.) сопровождаются дефицитом витаминов, минеральных веществ, белков, углеводов в организме, что приводит к функциональным и органическим нарушениям в слизистой оболочке полости рта, развитию воспалительных и дистрофических изменений в тканях полости рта, нарушению функции жевательного аппарата. Развитие сочетанных поражений желудочно-кишечного тракта усугубляет тяжесть патологии органов полости рта.

**Хронический гастрит и гастродуоденит**

Данная патология в настоящее время встречается очень часто и составляет 70–80 % по отношению к другим заболеваниям пищеварительного тракта у детей. Среди хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей первостепенная роль отводится хроническому гастродуодениту. Эта патология протекает преимущественно на фоне ослабления реактивности организма сопутствующими соматическими и перенесенными накануне инфекционными заболеваниями. Сочетанное поражение близлежащих органов и систем организма часто предопределяет тяжесть хронического гастродуоденита у детей. Обычно этому заболеванию сопутствуют хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей, вегетососудистая дистония, функциональная кардиопатия, глистные инвазии. Аллергологический анамнез отягощен у 25–50 % детей с хроническим гастродуоденитом. Наряду с понятием «кислотозависимые заболевания» появилась новая патология в гастроэнтерологии — «НР-ассоци-ированные заболевания», т. е. вызванные инфекцией *Helicobacter pylori*.

Для гастрита и гастродуоденита характерны *жалобы* на интенсивные, часто приступообразные боли в животе, локализующиеся в эпигастральной области и правом подреберье (патология гастродуоденальной зоны часто сопровождается поражением желчевыводящей системы), диспепсические расстройства: снижение аппетита, тошнота, рвота, нередко с примесью желчи, изжога, непереносимость жирной и жареной пищи, отрыжка, нарушения стула, склонность к запорам.

Изменения *в полости рта при хроническом гастрите* у детей зависят от состояния секрето- и кислотообразующей функции желудка. Повышение кислотности желудочного сока часто сопровождается усилением саливации, гипертрофией сосочков языка, бледностью и отечностью слизистой оболочки полости рта, катаральным гингивитом. При сниженной кислотности язык обложен, сосочки сглажены, характерны: гипосаливация, сухость губ, ангулярный хейлит.

Около трети детей *с хроническим гастродуоденитом* жалуются на неприятный запах изо рта, привкус кислого, горечь, жжение, сухость, высыпания на губах и в полости рта. Привкус во рту связан с патологией замыкательных (клапанных) структур верхнего отдела пищеварительного тракта: при недостаточности глоточного и кардиального клапанов отмечается кислый, а при недостаточности глоточного, кардиального и пилорического клапанов — горький, так называемый «дуоденогастральный рефлюкс». Дети с хроническим гастродуоденитом чаще болеют рецидивирующими формами стоматита, герпетическим поражением губ, различными формами хейлита, гингивитом. Сухость, шелушение, гиперемия красной каймы губ отмечаются у 53–70 % больных детей. Изменения губ, по-видимому, являются следствием развивающихся полигиповитаминозов на фоне нарушения обмена витаминов, особенно группы В.

Наиболее характерными изменениями слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом являются отечность, петехии, усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки (78–96 % детей). Для подавляющего большинства еще характерна обложенность языка вследствие гиперкератоза нитевидных сосочков, что является проявлением расстройства трофики тканей полости рта, гиперемия и отечность языка (69–84 %), гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков (44–64 %), часто встречаются участки десквамации эпителия («географический язык»).

Выявленные патологические изменения — результат морфологических и функциональных нарушений мягких тканей полости рта и малых слюнных желез, вследствие нарушения трофики слизистой оболочки полости рта, обмена веществ в ней, витаминной недостаточности. Очевидно, это обусловлено тесной взаимосвязью секреции слюнных желез с секрецией и кислотообразующей функцией желудка, функционально напряженным состоянием эпителиальных клеток и выраженными изменениями со стороны сосудов.

У детей с хроническим гастродуоденитом выявлена высокая распространенность (94–97 %) и интенсивность кариеса (4,0–5,0), неудовлетворительное состояние гигиены полости рта (ОНI-S от 1,64 до 1,76), часто регистрируется декомпенсированная форма кариеса. Обнаружена прямая связь рН ротовой жидкости с кислотообразующей функцией желудка. Твердые ткани зубов у детей с данным заболеванием являются в большей степени кариесвосприимчивыми вследствие как неудовлетворительной гигиены, так и более агрессивной (кислой) среды полости рта.

У 54–71 % детей с хроническим гастродуоденитом выявляется простой маргинальный гингивит легкой и средней степени тяжести.

Показатели *функционального состояния органов полости рта* у детей с хроническим гастродуоденитом свидетельствуют о значительных отклонениях от нормы: снижение температуры различных отделов слизистой оболочки полости рта, что вызвано глубокими нарушениями микроциркуляции и трофики слизистой оболочки и может приводить к снижению защитной функции, повышению проницаемости сосудов слизистой оболочки. Показатели неспецифической резистентности слизистой оболочки полости рта (РАМ-тест) у детей с хроническим гастродуоденитом снижены, даже после курса лечения основного заболевания, что может быть обусловлено побочным действием ряда лекарств и развитием дисбактериоза.

Диагноз основного заболевания ставят на основании фиброгастродуоденоскопии (выявление визуальных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки); рН-метрии (выявление сохраненной либо повышенной кислотообразующей функции желудка); функциональных методов исследования моторики. НР-ассоциированный гастрит (тип В) устанавливают путем обнаружения признаков инфекции *Н. руlоri* (экспресс-тесты, морфологическое изучение биоптатов).

Терапия основного заболевания должна быть комплексной, индивидуально дифференцированной с учетом этиопатогенеза заболевания, наличия сопутствующей патологии и направлена:

1. на уменьшение избыточного воздействия агрессивных факторов путем их ликвидации (эрадикация *Н. pylori*); нормализацию секреторно-моторной деятельности желудка;
2. повышение защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки путем усиления образования слизи, стимуляции секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка, улучшения трофики слизистой оболочки, нормализации ее репаративных свойств и т. д.;
3. на воздействие на вегетативную нервную систему с целью коррекции нарушенного равновесия между ее симпатическим и парасимпатическим отделами.

**Язвенная болезнь**

Это хроническое рецидивирующее заболевание, основным локальным проявлением которого является язвенный дефект слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки. В структуре патологии ЖКТ язвенная болезнь у детей составляет 5–6 %, и в настоящее время встречается почти в 10 раз чаще, чем в начале 90-х годов.

Инфекция *H. pylori* признана основным этиологическим фактором развития хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Большую роль в формировании болезни играют различные факторы:

1. психосоциальные — психические травмы, устойчивые стрессы, конфликтные ситуации в семье и школе;
2. токсико-аллергические — частый и необоснованный прием лекарственных средств, токсикомании, злоупотребление алкоголем, курение, наркомания;
3. проявления пищевой и лекарственной аллергии;
4. наследственно-конституциональные — генетическая предрасположенность, астеническое телосложение, слабый тип нервной системы и другие факторы риска.

На основании современных взглядов патогенез язвенной болезни и хронического воспалительного процесса слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта сводится к нарушению ряда механизмов в регуляции деятельности ЖКТ со стороны нервной системы и гастроинтестинальных гормонов.

У здорового человека желудочный сок не вызывает переваривания и повреждения собственной слизистой оболочки. Это обусловлено биологическим равновесием между факторами агрессии и защиты.

*Факторы агрессии*: 1) избыточная продукция соляной кислоты и пепсина; 2) дуоденогастральный рефлюкс; 3) нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка; 4) инфекция *Н. pylori*.

*Факторы защиты*: 1) механизм обратной регуляции секреции соляной кислоты; 2) нейтрализующая способность бикарбонатной щелочности; 3) обратная диффузия ионов водорода; 4) слой защитной слизи; 5) регенераторная способность поверхностного слоя слизистой; 6) местное кровообращение; 7) секреция некоторых простагландинов.

Различные функциональные или органические сдвиги приводят к нарушению наблюдающегося в норме равновесия между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, и, в конечном итоге, к воспалительно-деструктивным процессам в слизистой, образованию язвенного дефекта.

*Жалобы* ребенка с язвенной болезнью аналогичны таковым при хроническом гастродуодените. Однако они носят более стойкий и упорный характер. Боли локализуются в эпигастральной, пилородуоденальной зоне. У старших школьников типичным становится мойнигановский ритм болей (по имени врача B. Moynihan, охарактеризовавшего такой ритм болей: «голод – боль – прием пищи – облегчение – голод – боль – …»).

В *полости рта* при язвенной болезни повышается температурная и тактильная чувствительность, увеличивается степень гидрофилии мягких тканей. Характерна обильная обложенность, гиперемия и отечность языка, налеты желто-коричневого цвета, гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков, часто встречаются участки десквамации эпителия, встречается так называемый «волосатый» язык, катаральный стоматит и простой маргинальный гингивит.

Диагностика язвенной болезни основана на данныхфиброгастродуоденоскопии, рН-метрии желудка, функциональных методов исследования моторики, обнаружении признаков инфекции *Н. руlоri*, гастро- и дуоденобиопсии.

Терапия язвенной болезни аналогична терапии хронического гастрита (гастродуоденита).

**Функциональные расстройства желчевыводящих путей**

Данная патология непременно сопутствует большинству заболеваний органов пищеварения. В настоящее время первичность дискинезий желчевыводящих путей (ДЖВП) исключается; считается, что они — одно из клинических проявлений той или иной более серьезной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта. Нарушения моторной функции и деятельности сфинктерного аппарата желчевыводящих путей лежат в основе развития холестаза. ДЖВП формируются также на фоне вегетативной дискоординации. Наблюдаются у детей чаще в виде гипертонической и смешанной форм, реже — гипотонической.

Наиболее характерны *жалобы* на приступообразную, колющую боль в правом подреберье, спровоцированную быстрым бегом или ходьбой, горечь во рту (первые признаки несостоятельности сфинктерного аппарата верхнего отдела пищеварительного тракта), иногда на металлический привкус. Характерна диспепсия: тошнота, снижение аппетита, непереносимость жирной пищи, рвота, неустойчивый стул.

В *полости рта* часто выявляются заболевания маргинального периодонта различной степени тяжести, отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, налеты на языке имеют желто-коричневатый оттенок (дуоденогастральный рефлюкс).

Диагностика ДЖВП основана на данныхультразвукового исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей, ФГДС, дуоденального зондирования, посева желчи на микрофлору, холецистографии, биохимического исследования желчи.

Терапия ДЖВП должна быть системной, комплексной: санация хронических очагов инфекции, противопаразитарная терапия, нормализация защитных сил организма путем коррекции общережимных мероприятий, питания, снижения аллергической настроенности организма, ликвидации полигиповитаминоза, проявлений дисбактериоза кишечника.

**Хронический холецистит**

Обычно проявляется у детей старшего возраста. В формировании хронической патологии желчевыводящей системы особое значение придается стойким функциональным расстройствам и аномалиям желчного пузыря, которые способствуют холестазу. При нарушениях оттока желчи, изменениях ее коллоидного и бактерицидного состояния, изменениях иммунологического гомеостаза инфицирование билиарной системы осуществляется за счет условно-патогенной аутофлоры из кишечного отдела пищеварительного тракта, хронических очагов инфекции (кариес зубов, ЛОР-патология и др.)

*Жалобы:* приступы болей в правом подреберье, упорная тошнота, редко рвота, отрыжка, снижение аппетита, расстройства стула. Выражены симптомы общей интоксикации: головная боль, расстройство сна, повышенная утомляемость, эмоциональная нестабильность, субфебрильная температура.

В *полости рта* у детей с данной патологией отмечается высокая интенсивность кариеса зубов, преобладают декомпенсированные его формы и атипичная локализация кариозного процесса, поражаются кариесиммунные зоны, развивается генерализованный процесс, приводящий к быстрому разрушению и раннему удалению постоянных зубов. Характерна высокая частота гингивита и катарального стоматита, отмечается складчатость и увеличение размеров языка вследствие стойкого отека.

*Обследование и терапия* (см. функциональные расстройства желчевыводящих путей).

**Хронический панкреатит**

Достаточно редкое заболевание у детей. Наиболее значимую роль в его возникновении играют воспалительно-деструктивные заболевания двенадцатиперстной кишки, перенесенные вирусные и бактериальные заболевания, алиментарные причины, проявления пищевой аллергии, наличие хронических очагов инфекции, злоупотребление алкоголем, токсикомания. Важная роль в возникновении и обострении заболеваний поджелудочной железы отводится инфекционным очагам в зубочелюстной системе. Так, выявлено нейрогуморальное влияние хронического апикального периодонтита на состояние желудка и поджелудочной железы.

*Жалобы* на приступообразную боль в верхней половине живота колющего характера, боль может быть постоянной, тупой и ноющей. Опоясывающая боль отмечается довольно редко. Диспепсические расстройства выражены постоянно: мучительная тошнота, рвота, не приносящая облегчения больному, отрыжка, метеоризм, изменения стула (чередование поносов с запорами), отмечается потеря массы тела из-за нарушения переваривания пищи. Выражены симптомы общей интоксикации: головная боль, расстройство сна, повышенная утомляемость, эмоциональная нестабильность, субфебрильная температура. При обострении заболевания повышается активность амилазы, липазы, трипсина, антитрипсина в крови, а также амилазы и липазы в моче. Выявляются патологические типы углеводной кривой.

В *полости рта:* обильная саливация, сухость губ, ангулярный хейлит, высокая интенсивность кариеса зубов, преобладают декомпенсированные и осложненные его формы, атипичная локализация кариозного процесса.

Диагнозхронического панкреатита ставится на основании данных общего и биохимического анализа крови, дуоденального зондирования, ультразвукового и рентгенологического исследования поджелудочной железы.

*Терапия* направлена на максимальное щажение железы, ликвидацию воспалительного процесса и ферментативного аутолиза ее ткани, восстановление нарушенного функционального состояния железы.

**Хронические гепатиты и циррозы**

Достаточно редкая группа заболеваний. По современной классификации, принятой Конгрессом гепатологов (Лос-Анжелес,1994),этиологическими составляющими хронических гепатитов являются:

1. Аутоиммунный гепатит.
2. Хронический вирусный гепатит (с указанием вызвавшего его вируса: В, С, D).
3. Хронический вирусный гепатит (не идентифицируемый).
4. Хронический гепатит (не идентифицируемый ни как аутоиммунный, ни как вирусный).
5. Хронический медикаментозный, лекарственно-индуцированный гепатит.
6. Первичный билиарный цирроз.
7. Первичный склерозирующий холангит.
8. Болезнь Вильсона–Коновалова.
9. Болезнь недостаточности α1-антитрипсина.

*Клиническая симптоматика* хронических гепатитов вариабельна — от бессимптомного течения до целого комплекса проявлений. При легких формах заболевания жалоб нет, аппетит сохранен, желтуха отсутствует. Однако может наблюдаться диспепсия в виде снижения аппетита, непереносимости жирной пищи, боли или ощущения тяжести в правом подреберье. Отмечается повышенная утомляемость, слабость, ухудшение памяти, нарушение сна, головные боли. В случае выраженной активности процесса у детей ярко выражены диспепсические расстройства — тошнота, редко рвота, снижение и избирательность аппетита, метеоризм, неустойчивый стул. Боли носят разлитой характер либо локализуются в правом подреберье.

При *объективном осмотре* ребенка выражены проявления хронической интоксикации и полигиповитаминоза. Часто отмечается иктеричность кожи и склер. Кожа сухая, бледная; на лице, шее, кистях рук, верхней половине туловища — сосудистые «звездочки», пальмарная эритема и другие печеночные знаки. Могут быть проявления геморрагического синдрома (экхимозы, петехии, положительный симптом «жгута», носовые кровотечения), возможны артралгии. Обязательный симптом — гепатоспленомегалия. При холестатических болезнях печени ведущими симптомами являются желтуха и изнуряющий зуд, ксантомы, яркие диспепсические проявления.

В *полости рта* отмечаетсяжелтушность слизистой оболочки, особенно мягкого неба, поражение маргинального периодонта различной степени тяжести, трофические изменения языка — атрофия нитевидных сосочков, десквамация эпителия, так называемый «глоссит Глесснера», характерно острое течение кариеса. У подавляющего числа больных — атопический хейлит*.* При длительном течении болезни наряду с изменениями слизистой оболочки полости рта в виде отека, гиперемии и сухости наблюдается задержка физиологического процесса прорезывания зубов.

Диагноз ставится на основании серологических исследований; биохимических тестов; исследований мочи и кала (билирубин, уробилиноген); УЗИ брюшной полости; ФГДС; дуоденального зондирования.

*Лечение* (см. функциональные расстройства желчевыводящих путей).

**Вирусные гепатиты**

Подразделяются на 2 группы: с энтеральным (гепатиты А и Е) и парентеральным (гепатиты В, С, D, G) механизмом заражения. Для диагностики крайне важно выявление маркеров вирусного гепатита. Они помогают установить этиологию заболевания печени, а также персистенцию и репликацию вируса.

В *полости рта* при вирусном гепатите у детей в период разгара болезни отмечаются катаральный стоматит и десквамативный глоссит, иктеричность альвеолярной десны и мягкого неба, геморрагические явления, сосудистые «звездочки» на слизистой полости рта, повышается порог чувствительности нервных окончаний пульпы. В периодах угасания и реконвалесценции наряду с обратным развитием выявленных изменений появляются грибковый и афтозный стоматиты, ангулярный хейлит (М.Х. Ташходжаева, 1987).

Диагностика вирусного гепатита включает в себя тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, выявление наличия продромального периода, физикальное исследование, исследование мочи и кала (билирубин- и уробилиногенурия, обесцвечивание кала, умеренная стеаторея), биохимические тесты (повышение уровня билирубина, сывороточных трансфераз, железа, ферритина, IgG и IgM).

**Хронический колит, энтероколит**

Достаточно частая патология у детей. Среди причин заболевания имеет большое значение перенесенная острая кишечная инфекция (дизентерия, сальмонеллез, коли-инфекция), а также гельминтозы (трихоцефалез, аскаридоз и др.), лямблиоз. Кишечный дисбактериоз, особенно возникший в грудном и раннем детском возрасте, наряду с нерациональным использованием антибиотиков, глистными инвазиями, неправильным вскармливанием и пищевой аллергией считается одним из важнейших факторов в формировании колита.

Отмечаются *жалобы* на повышенную утомляемость, слабость, ухудшение успеваемости, расстройства сна, нередки вегетативные нарушения. На первый план выступают кишечные расстройства: запор, понос, неустойчивый стул. Характерен синдром неполного опорожнения кишечника. Достаточно постоянны жалобы ребенка на боли в животе, обычно в нижней его части, левом боку. Возможны метеоризм, шум плеска в кишечнике, шумное урчание.

При *объективном осмотре* выявляются симптомы хронической интоксикации и полигиповитаминоза.

В *полости рта*: слизистая оболочка языка в период обострения покрыта белым налетом, имеет по краям отпечатки зубов. При *явлениях дисбактериоза пищеварительного тракта* — неприятный запах изо рта, отрыжка, металлический привкус во рту. При *энтеритах* у детей наблюдается отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, десквамативный глоссит, катаральный гингивит; при *энтероколитах* — выраженная сухость губ, десквамативный глоссит. При *дизентерии* наблюдается катаральный и афтозный стоматит, десквамативный глоссит, обложенность языка, кандидозный стоматит.

Диагнозставится на основании копрологических исследований, выявления кишечных паразитов, ректороманоскопии, фиброколоноскопии, исследования на дисбактериоз, биопсии, рентгенологического исследования.

Лечение должно быть направлено на нормализацию кишечной микрофлоры, подавление условно-патогенной флоры, заместительную терапию биопрепаратами. В план лечения должна входить элиминационная диета, гипосенсибилизирующая терапия. При энтероколитах, вызванных паразитарной инвазией, необходимо антигельминтное лечение. Строгое соблюдение диеты, исключение стрессовых ситуаций, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

**Неспецифический язвенный колит**

Это системное заболевание с преимущественным поражением толстой кишки, у детей встречается редко. В большинстве случаев диагностируется поздно и в течение 2–3 лет наблюдения расценивается как «хроническая дизентерия».

В основе патогенеза лежит синдром нарушения иммунологической реактивности организма с развитием реакции аутоагрессии против энтероцитов. Заболевание носит ярко выраженный системный характер с поражением большинства органов и систем. Непосредственным толчком к развитию заболевания может служить психическая травма, та или иная инфекционная патология (скарлатина, ветряная оспа), ОРВИ, острая кишечная инфекция (дизентерия, сальмонеллез, колиэнтерит).

*Жалобы*: характерен учащенный стул, болевой синдром непостоянен. Ярко выражены проявления интоксикации и астении: быстрая утомляемость, общая слабость, головные боли, субфебрильная температура, снижение аппетита, похудание и др. Поражение суставов при неспецифическом язвенном колите обусловлено системностью поражения органов, деформация суставов отсутствует.

При *объективном осмотре* ярко выражены симптомы полигиповитаминоза и хронической интоксикации: серовато-зеленоватый, бледный оттенок кожи лица, признаки анемизации организма, «тени» или «синева» под глазами, сухость губ, заеды, повышенная ломкость ногтей, пониженное питание. Диагностируются отклонения в нервно-психической и вегетативной сфере, со стороны сердечно-сосудистой системы*.*

В *полости рта* выявляется катаральный стоматит с выраженным цианозом, десквамативный глоссит, различные формы хронических стоматитов, кандидоз слизистой оболочки полости рта. Иногда наблюдаются геморрагические высыпания.

Диагнозставится на основании копрологических исследований; выявления кишечных паразитов; ректороманоскопии; фиброколоноскопии с биопсией слизистой оболочки; исследования на дисбактериоз; рентгенологического исследования (ирригографии); биохимических и иммунологических тестов.

*Терапия* (см. хронический колит, энтероколит).

**Роль стоматолога в комплексном лечении детей с патологией желудочно-кишечного тракта на этапах медицинской реабилитации**

Значительные изменения стоматологического статуса, выявляемые у детей с патологией желудочно-кишечного тракта, и подлежащие коррекции, подтверждают обоснованность комплексной лечебно-профилактической стоматологической помощи с учетом процессов, происходящих в организме и полости рта. Необходимо оказание высококвалифицированной, систематической, целенаправленной стоматологической помощи с ежегодной трехразовой санацией полости рта и выделением детей с патологией желудочно-кишечного тракта в отдельную группу.

*Стоматологическое лечение и профилактика.* План лечебно-профилактических мероприятий у больных с гастродуоденальной патологией составляется с учетом факторов риска развития стоматологических заболеваний, а также с целью снизить риск усугубления течения основного заболевания вследствие прогрессирования стоматологической патологии. У больных с гастродуоденальной патологией часто наблюдается поражение слизистой оболочки полости рта и десен в виде гингивитов и стоматитов, что требует адекватной гигиены полости рта с использованием зубных паст с фтором и антисептическими добавками.

Следует отметить, что прием антихолинэргических препаратов приводит к снижению количества и, следовательно, качества слюны, что повышает вероятность риска развития кариеса, делая профессиональную профилактику довольно значимой процедурой. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта довольно часто рекомендуются дробные и частые приемы пищи, что значительно повышает вероятность прогрессирования кариеса и требует тщательной гигиены после каждого приема пищи. Наличие у больных с желудочно-кишеч-ной патологией гастроэзофагального рефлюкса (заброс кислого содержимого желудка в пищевод, полость рта и возможная рвота на этом фоне) может привести к повышению риска развития эрозий эмали, поэтому будет целесообразно пациенту назначить щелочные полоскания, необходимо щадящее, но тщательное очищение зубов, интенсивное местное использование препаратов фтора и кальция.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Изменения в полости рта детей при общесоматических заболеваниях / Т.Е. Бойченко [и др.]. М., 1982. 33 с.
2. Виноградова, Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т. Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко. М.: Медицина, 1983. С. 75–85.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. М.: МЕДпресс, 2001. С. 147–155.
4. Изменения в полости рта у детей при общесоматических заболеваниях : учеб. пособ. / под ред. Е.В. Удовицкой. М.: ЦИУВ, 1982. 33 с.
5. Справочник по детской стоматологии / под ред. А. Камерона, Р. Уидмена. М., 2003. С. 190.
6. Стоматология детей и подростков / под ред. Р. МакДональда, Д. Эйвери. Изд. 7-е. М., 2003. С. 570.
7. Шугля, Л.В. Состояние и функциональная характеристика органов полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом : автореф. дис. … канд. мед. наук / Л.В. Шугля. Мн., 1994. 18 с.