

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Лавровская Я.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

*Слизистая оболочка полости рта является местом ранних проявлений клинических признаков при патологии желудочно-кишечного тракта, значительное место в структуре которых занимает заболевание, протекающее со снижением ферментативной функции поджелудочной железы – хронический панкреатит.*

*Цель данной статьи – изучение изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.*

*Проанализировав источники за последние 15 лет, можно сделать вывод, что широкая распространенность хронического панкреатита, его неразрывная связь с поражениями слизистой полости рта свидетельствует об актуальности проблемы изучения особенностей возникновения, течения, своевременной диагностики, дифференцированного лечения и профилактики рецидивов заболеваний слизистой оболочки полости рта.*

**Ключевые слова:** *слизистая оболочка полости рта, элементы поражения, патология желудочно-кишечного тракта, хронический панкреатит.*

Наиболее распространенными поражениями человеческого организма являются стоматологические заболевания. Особое место среди них занимают болезни слизистой оболочки полости рта. Заболевания слизистой оболочки полости рта остаются одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии [1, 2, 3, 21].

В последнее время отмечается рост числа воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта [16]. Это связано как с увеличением количества неблагоприятных факторов, влияющих на организм (ухудшение экологической обстановки, хронический стресс), так и со снижением уровня жизни [9].

Собственно заболевания слизистой оболочки полости рта вызываются различными этиологическими факторами, а особенности строения и функционирования полости рта создают условия для воздействия на слизистую оболочку травматических факторов, болезнетворных микроорганизмов или вирусов [6, 8, 20, 21].

При этом тяжесть и распространенность заболевания обуславливается природой этиологического фактора и интенсивностью агрессии. В том случае, когда агрессивность фактора незначительна, организм реагирует мобилизацией комплекса неспецифических реакций защиты и заболевания не возникает [3, 8, 21, 30]. Несмотря на разнообразие этиологических факторов воздействия, в развитии патологического процесса имеются общие закономерности [18].

В. Я. Скиба [19] выделяет четыре стадии развития патологического процесса в СОПР. Первая стадия - усиление перекисного окисления липидов, вторая - повреждение биомембран, третья – дезорганизация метаболизма и четвертая - патофизиологический синдром воспаления, исходом которого является некробиоз и некроз слизистой.

На первой стадии, которая возникает при ослаблении адаптивных систем организма и воздействии на организм разнообразных этиологических факторов в виде стресса, травм, нейродистрофического процесса и т.д. в организме в целом и в тканях слизистой оболочки полости рта происходит усиление перекисидации.

Под адаптивными системами организма понимается комплекс биохимических и физиологических факторов, которые препятствуют воздействию на

организм вредных агентов. К таким системам, кроме систем иммунной защиты, относят систему тканевых ингибиторов протеаз, глутатионовую антиоксидантную защиту, комплекс ингибиторов процессов свободнорадикального окисления липидов и др.

При нарушениях в адаптивных системах и воздействии этиологических факторов открываются шлюзы для протекания нежелательных процессов. Одним из универсальных в этом ряду является свободнорадикальное окисление. На первой стадии его развитие будет определяться силой и длительностью воздействия этиологических факторов, а также емкостью адаптивной системы. Поэтому только при повышении объема воздействия этиологического фактора над емкостью адаптивной системы организма возможно развитие патологического процесса [18, 19].

В связи с этим становится очевидным, что если нет возможности устранить воздействие этиологического фактора на организм человека или снизить силу этого воздействия, то необходимо повышать емкость адаптивных систем и тем самым предотвращать развитие патологического процесса.

Важнейшим следствием первой стадии патологического процесса является вспышка свободнорадикального окисления, приводящая к деструкции липидного биослоя мембран и нарушению мембранной проницаемости.

Интенсивность повреждения биомембран определяется не только количеством свободнорадикальных агентов, но и состоянием биологических мембран, плотностью их упаковки, а также наличием резервов и сбалансированностью различных звеньев системы антирадикальной защиты.

Нарушение целостности биомембран приводит к нерегулируемому переходу метаболитов из одного компартмента клетки в другой и даже за пределы клетки.

Дезорганизация метаболизма приводит к четвертой стадии – клинически проявляемой фазе воспаления. В этой фазе на слизистой оболочке полости рта определяется отек и гиперемия, исходом которых является возникновение первичных и вторичных элементов поражения. Именно в этот период пациенты обращаются к врачу-стоматологу за помощью.

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и профилактика их рецидивов представляют значительные трудности и часто бывают малоэффективными [1, 2, 3, 21].

Следует отметить, что увеличение количества рецидивов способствует переходу заболевания в более тяжелые формы, которые впоследствии трудно поддаются лечению. В этой связи профилактика рецидивов заболеваний слизистой оболочки полости рта рассматривается не только как стоматологическая проблема, но и как часть комплексной системы оздоровления человека [5, 6, 20, 21]. Поэтому должны применяться патогенетические подходы к профилактике рецидивов, основанные на глубоком знании механизмов развития патологических процессов [5, 7, 9, 11, 16].

Исходя из данных о механизмах развития патологического процесса в слизистой оболочке полости рта формируются и основные положения стратегии лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для предотвращения или снижения интенсивности течения патологического процесса [11, 30].

С целью воздействия на первую стадию развития патологического процесса необходимо усиливать адаптивные системы организма за счет введения различных адаптогенов как местно в ткани слизистой оболочки полости рта путем фонофореза, аппликаций, ротовых ванночек, так и путем парентерального и энтерального введения.

С целью снижения процессов перекисидации липидов в тканях слизистой оболочки полости рта необходимо применять антиоксиданты.

На поздних стадиях развития патологического процесса и для лечения и профилактики рецидивов необходимо применять мембранотропные препараты, а также ингибиторы протеолитических ферментов.

Применение данной схемы развития патологических процессов патогенетически обосновано и эффективно с целью лечения и профилактики рецидивов заболеваний слизистой оболочки полости рта [19].

Если раньше считалось, что заболевания слизистой оболочки полости рта являются местным процессом и подход к их лечению и профилактике осуществлялся только с локальной точки зрения, то сейчас их рассматривают в неразрывной связи с организмом в целом [6, 8, 14, 20, 23].

Слизистая оболочка полости рта может отражать нарушения обменных процессов, патологию отдельных органов и систем организма. Изменения слизистой оболочки полости рта могут быть строго специфическими, когда уже по внешнему виду слизистой оболочки можно установить диагноз и определить тактику лечения. Однако в большинстве случаев диагностика заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке, затруднена, так как клиническая картина неспецифическая и часто отягощена дополнительными неблагоприятными местными (недостаточный гигиенический уход, травма, вторичная инфекция) и общими (гиповитаминозы, соматическая патология) факторами [2, 3, 5].

Диагностика данных заболеваний осложняется отсутствием четких представлений об их этиологии и патогенезе, значительным клиническим сходством этих заболеваний, а также наличием различных проявлений патологических изменений [1, 2, 3, 21]. Вместе с тем затрудняет диагностику и клиническая картина течения многих заболеваний слизистой оболочки полости рта, которая изменилась за последнее время [9, 16].

Часто появление первичных морфологиче-

ских элементов на слизистой оболочке полости рта может быть первым симптомом, появляющимся задолго до общих клинических симптомов основного заболевания, патологии еще до того, как возникают ее объективные симптомы, и пациенты могут обращаться за помощью в первую очередь в стоматологические учреждения [3, 6, 8, 9, 22].

Такие проявления возникают на слизистой оболочке полости рта при поражении большинства внутренних органов. Особенно часто они обнаруживаются при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, крови, эндокринных нарушениях [13, 26, 27].

Изменения в полости рта при заболеваниях органов пищеварения встречаются наиболее часто. Это объясняется общностью функций и единством всех отделов пищеварительного тракта. Даже небольшие сбои в работе отлаженного механизма желудочно-кишечного тракта проявляются на слизистой оболочке полости рта.

В то же время слизистая оболочка полости рта представляет собой мощное рефлексогенное поле, оказывающее влияние на деятельность нижерасположенных отделов желудочно-кишечного тракта [3, 14, 23].

Изменения в полости рта при патологии желудочно-кишечного тракта не специфичны для отдельных нозологических форм и нередко встречаются при других внутренних болезнях, что представляет определенные трудности для диагностики, требует тщательного обследования пациента и консультации гастроэнтеролога, терапевта [6, 20].

Отечность слизистой оболочки полости рта диагностируется по отпечаткам зубов на слизистой щек и языка. Этот признак не является строго специфичным для определенной патологии желудочно-кишечного тракта. В той или иной степени он может наблюдаться при различных расстройствах пищеварительной системы, но наиболее часто (80%) отечность слизистой оболочки полости рта сопутствует хроническим колитам [6, 7, 22].

Обложенность языка обусловлена нарушением процесса отторжения ороговевающих эпителиальных клеток нитевидных сосочков. Обложенность языка может быть следствием как желудочно-кишечной патологии (острый и хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка), так и общих нарушений состояния организма (инфекционные заболевания). Местные условия полости рта, возникающие, например, при недостаточном акте жевания, плохой гигиене полости рта, также способствуют нарушению слущивания эпителиальных клеток нитевидных сосочков и скоплению их на спинке языка [6, 7, 22, 23, 30]. Десквамации на спинке языка обусловлены повышенным слущиванием нитевидных сосочков и часто носят очаговый характер. Очаги десквамации могут появиться при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническом колите и энтероколите, хотя этот признак также не является строго специфичным для данной патологии. При нормализации работы желудочно-кишечного тракта язык приобретает обычный вид, что отличает это состояние от десквамативного глоссита, являющегося самостоятельным заболеванием.

Особую диагностическую ценность изменения внешнего вида языка и слизистой оболочки полости рта приобретают при сочетании их с явлениями парестезии (жжение, покалывание, пощипывание), извращением вкусовой чувствительности. Данная клиническая картина должна побуждать врача-сто-

матолога направлять пациента к гастроэнтерологу для тщательного обследования, выявления и лечения желудочно-кишечной патологии [3, 6, 22, 7].

Изменения слизистой оболочки полости рта отражают не только патологические процессы желудочно-кишечного тракта, но и развившиеся вторично другие нарушения организма, например, гипо- и авитаминозы, дисбактериоз (кандидоз) и др. [6, 22, 7, 4, 10].

На сегодняшний день заболевания, протекающие со снижением ферментативной функции поджелудочной железы и слизистой оболочки тонкого кишечника, занимают значительное место в структуре болезней желудочно-кишечного тракта [15, 26, 29, 32].

К ним относится хронический панкреатит - группа хронических заболеваний поджелудочной железы с различной степенью нарушения экзокринной функции [17, 27, 28, 31, 32].

Термином хронический панкреатит обозначают группу хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными, деструктивными изменениями ее экзокринной части, атрофией железистых элементов (панкреоцитов) и замещением их соединительной (фиброзной) тканью; изменениями в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист и конкрементов, с различной степенью нарушения экзокринной и эндокринной функций [27, 28, 29, 31, 32].

В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта хронический панкреатит составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике - от 0,2 до 0,6%. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости хроническим панкреатитом более чем в 2 раза, первичная инвалидизация достигла 15% [13, 15, 26].

В развитых странах хронический панкреатит заметно «помолодел»: средний возраст пациентов, у которых устанавливают этот диагноз, снизился с 50 до 39 лет, среди пациентов на 30% уве-

личилась доля женщин. Если в 80-е годы частота хронического панкреатита составляла 3,5-4,0 на 100000 населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы, поражающих ежегодно 8,2-10 чел. на 100000 населения Земли. В России распространенность хронического панкреатита среди детей составляет 9-25 случаев, а среди взрослых - 27-50 случаев на 100000 населения [13, 18, 26].

Изменения слизистой оболочки полости рта при хроническом панкреатите являются следствием вторичного гиповитаминоза, а также вовлечения в патологический процесс других органов пищеварительной системы [9,13,14]. Поэтому клинические симптомы, проявляющиеся на слизистой оболочке, характеризуются атрофическими изменениями дорсальной поверхности языка, вплоть до глоссита, характерного для В-витаминной недостаточности, преджелтушной окраски дистальных отделов языка. Также может наблюдаться обложенность языка желто-белым налетом. Выражены сухость, нарушение вкусовой чувствительности. Нередко развивается кандидоз слизистой оболочки полости рта [4, 12, 25]. Отмечается истончение красной каймы губ, появление хронических трещин в углах рта [10, 14, 23, 24,].

### Выводы

1. Состояние желудочно-кишечного тракта, функционирование всех его отделов находит отражение на слизистой оболочке полости рта.
2. Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта остаются важной проблемой терапевтической стоматологии.
3. Широкая распространенность заболеваний поджелудочной железы, а также их неразрывная связь с поражениями слизистой полости рта свидетельствует об актуальности проблемы изучения особенностей возникновения, течения, своевременной диагностики, дифференцированного лечения и профилактики рецидивов заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов хроническим панкреатитом.

### Литература

1. Бавыкина, Т.Ю. Полость рта – зеркало заболеваний внутренних органов / Т.Ю. Бавыкина, О.А. Ефремова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – № 10, Т. 14. – С. 236-238.
2. Банченко, Г. В. Язык - "зеркало" организма / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. - М.: ОАО "Стоматология", 2000. – 407 с.
3. Банченко, Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М., Медицина, 1979. – 190 с.
4. Бендас, В. В. Ретроспективний аналіз чутливості виділених штамів *C. Albicans* до антимікотиків у Чернівецькій області / В. В. Бендас, Н. В. Гопко, О. В. Білецька // Клінічна та експериментальна патологія. – Чернівці: Буковинська державна медична академія. – 2011. – Т. 10, № 4. – С.127-128.
5. Гашуров, А.В. Морфология и гистохимия слизистой оболочки полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 20 с.
6. Данилевский, Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, А.Ф. Несин, Ж. И. Рахний.

### Literatura

1. Bavyikina, T.Yu. Polost rta – zerkalo zabojevanij vnutrennih organov / T.Yu. Bavyikina, O.A. Efremova // Nauchnyie vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya. – 2011. – № 10, T. 14. – S. 236-238.
2. Banchenko, G. V. Yazyk - "zerkalo" organizma / G.V. Banchenko, Yu.M. Maksimovskiy, V.M. Grinin. - M.: ОАО "Stomatologiya", 2000. – 407 s.
3. Banchenko, G.V. Sochetannyye zabojevaniya slizistoy obolochki polosti rta i vnu-trennih organov. – M., Meditsina, 1979. – 190 s.
4. Bendas, V. V. Retrospektivnij analiz chutlivosti vidilennyh shtamiv *C. Albicans* do antimikotikiv u Chernivec'kij oblasti / V. V. Bendas, N. V. Gopko, O. V. Bilec'ka // Klinichna ta eksperimental'na patologija. – Chernivci: Bukovins'ka derzhavna medichna akademija. – 2011. – T. 10, № 4. – S.127-128.
5. Gashurov, A.V. Morfologiya i gistohimiya slizistoy obolochki polosti rta v norme i pri nekotoryih patologicheskikh sostoyaniyah: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2002. – 20 s.
6. Danilevskiy, N.F. Zabojevaniya slizistoy obolochki polosti rta / N.F. Danilevskiy, A.F. Nesin, Zh. I. Rahniy. –

– М.: 2001. – 271 с.

7. Дмитриева, Л.А. Терапевтическая стоматология. Учебное пособие. – М. МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.

8. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л.А. Цветкова-Аксамит, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова [и др.]. – М.: МЕДпресс информ, 2009. – 208 с.

9. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. Л.М. Лукиных. – Н. Новгород, 2003. – 210 с.

10. Зеленова, Е.Г. Кандиды: экология, морфофункциональные особенности и факторы патогенности / Е. Г. Зеленова, М. И. Заславская, Т. В. Махрова // Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – № 1. – С. 15-18.

11. Косенко, К.М. Доклінічне вивчення засобів для лікування та профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота: метод. рекомендації / К.М. Косенко, В.Я.Скиба, А.П.Левицький [та ін.]. – К.: Держ. фарм. центр МОЗ Ук-раїни, 2002. —19 с.

12. Латышева, С. В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта / С. В. Латышева // Современная стоматология: международный научно-практический и информационно-аналитический журнал. – Минск – 2007. – № 1. – С.57-61.

13. Маев, И.В. Хронический панкреатит / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый. – М.: Медицина, 2005. – 504 с.

14. Морозова, С.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Атлас / С.И. Морозова, Н.А. Савельева – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 272 с.: ил.

15. Охлобыстин, А.В. Антисекреторные препараты в лечении больных хроническим панкреатитом / А.В. Охлобыстин // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии, 2014. – № 3. – С.13-20.

16. Рабинович, И.М. Опыт клинического применения препарата Имудон при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта / И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович // Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, пародонта и глотки. Научный обзор. – М, 2002. – С. 25-27.

17. Сереброва, С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению / С.Ю. Сереброва // Русский Медицинский Журнал. Болезни органов пищеварения. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 30.

18. Скиба, В.Я. Патогенетичні принципи терапії ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки ротової порожнини: автореф. дис. на соискание уч. степени доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» / В.Я. Скиба. – К., 1996. – 48 с.

19. Современные представления о патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта и пути их коррекции / В.Я. Скиба, А.П. Левицкий, В.Н. Почтарь, А.В. Дзяд // Вісник стоматології. – 2003. – Спец. вып. – С. 25-28.

20. Терапевтична стоматологія. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко [та інш.]. – К., 2010. – 640с.

21. Терапевтическая стоматология / под ред. проф. Е.В. Боровского. – М: МИА, 2004. – 840 с.

22. Терапевтична стоматологія / за ред. проф. А.К. Ніколішина. – Полтава «Дивосвіт», 2007. – Т.2. – 280 с.

23. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки рта / под ред. проф. Г.М. Барера. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.

24. Тимофеев, А.А. Эффективность применения противогрибкового препарата «Фунит» при кандидозах, локализующихся в полости рта / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, В.П.

М.:2001. – 271 с.

7. Dmitrieva, L.A. Terapevticheskaya stomatologiya. Uchebnoe posobie. – М. MEDpress-inform, 2003. – 896 s.

8. Zabolevaniya slizistoy obolochki rta i gub / L.A. Tsvetkova-Aksamit, S.D. Arutyunov, L.V. Petrova [i dr.]. – М.: MEDpress inform, 2009. – 208 s.

9. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta / pod red. L.M. Lukinyih. – N. Novgorod, 2003. – 210 s.

10. Zelenova, E.G. Kandidyi: ekologiya, morfofunktsionalnye osobennosti i faktoryi patogennosti / E. G. Zelenova, M. I. Zaslavskaya, T. V. Mahrova // Nizhnegorodskiy meditsinskiy zhurnal. – 2002. – № 1. – S. 15-18.

11. Kosenko, K.M. Doklinichne vivchennja zasobiv dlja likuvannja ta profilaktiki zahvorjuvan' slizovoї obolonki porozhnini rota: metod. rekomendacii / K.M.

Kosenko, V.Ja.Skiba, A.P.Levic'kij [ta in.]. – K.: Derzh. farm. centr MOZ UkraYini, 2002. —19 s.

12. Latyisheva, S. V. Sovremennyye aspektyi patogeneza i diagnostiki kandidoza polosti rta / S. V. Latyisheva // Sovremennaya stomatologiya: mezhdunarodnyiy nauchno-prakticheskiy i informatsionno-analiticheskiy zhurnal. – Minsk – 2007. – № 1. – S.57-61.

13. Maev, I.V. Hronicheskiy pankreatit / I.V. Maev, A.N. Kazyulin, Yu.A. Ku-cheryavyiy. – М.: Meditsina, 2005. – 504 s.

14. Morozova, S.I. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta: Atlas / S.I. Moro-zova, N.A. Saveleva – М.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2012. – 272 s.: il.

15. Ohlobyistin, A.V. Antisekretornyye preparatyi v lechenii bolnyih hronicheskim pankreatitom / A.V. Ohlobyistin // Klinicheskie perspektivy v gastroenterologii, gepatologii, 2014. – # 3. – S.13-20.

16. Rabinovich, I.M. Opyit klinicheskogo primeneniya preparata Imudon pri lechenii zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta / I.M. Rabinovich, O.F. Rabinovich // Vospalitelnyye zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta, parodonta i glotki. Nauchnyiy obzor. – М, 2002. – S. 25-27.

17. Serebrova, S.Yu. Hronicheskiy pankreatit: sovremennyy podhod k diagnostike i lecheniyu / S.Yu. Serebrova // Russkiy Meditsinskiy Zhurnal. Bolezni organov pischevareniya. – 2008. – Т. 10. – № 1. – S. 30.

18. Skiba, V.Ya. Patogenetichni printsipi terapiyi erozivno-virazkovih urazhen slizovoYi obolonki rotovoYi porozhnini: avtoref. dis. na soiskanie uch. stepeni doktora med. nauk: spets. 14.01.22 «Stomatologiya» / V.Ya.Skiba. – К., 1996. – 48 s.

19. Sovremennyye predstavleniya o patogeneze zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta i puti ih korrektsii / V.Ya. Skiba, A.P. Levitskiy, V.N. Pochtar, A.V.Dzyad // Visnik stomatologiYi. – 2003. – Spets. vyip. – С. 25-28.

20. Terapevtichna stomatologIya. Zahvoryuvannya slizovoYi obolonki porozhnini rota / M.F. Danilevskiy, A.V. Borisenko, M.Yu. Antonenko [ta Insh.]. – К., 2010. – 640s.

21. Terapevticheskaya stomatologiya / pod red. prof. E.V. Borovskogo. – М: MIA, 2004. – 840 s.

22. Terapevtichna stomatologIya / za red. prof. A.K. Nikollshina. – Poltava «Divosvit», 2007. – Т.2. – 280 s.

23. Terapevticheskaya stomatologiya. Zabolevaniya slizistoy obolochki rta / pod red. prof. G.M. Barera. – GEOTAR-Media, 2010. – 256 s.

24. Timofeev, A.A. Effektivnost primeneniya protivogribovogo preparata «Funit» pri kandidozah, lokalizuyuschihya v polosti rta / A.A. Timofeev, N.A. Ushko, V.P. Blinova / Sovremennaya stomatologiya.–1(41) 2008. – S.81-88.

25. Faktoryi patogennosti gribov roda Candida / O. V. Golubka, E. M. Savinova, G. A. Loshko, I. V. Zhuravleva [i dr.]

- Блинова / Современная стоматология.–1(41) 2008. – С.81-88.
25. Факторы патогенности грибов рода *Candida* / О. В. Голубка, Е. М. Савинова, Г. А. Лошко, И. В. Журавлева [и др.] // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 109-112.
26. Христинич, Т.Н. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / Т.Н. Христинич, В.П. Пишак, Т.Б. Кендзерская. – Черновцы, 2006. – 280 с.
27. Шалимов, А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалимов, В.В. Грубник, А.И. Зайчук – К.: Здоров'я, 2000. – 166 с.
28. Banks, P.A. The management of acute and chronic pancreatitis / P.A. Banks, D.L. Conwell, P.P. Toskes // Gastroenterol. Hepatol. (NY). – 2010. - Vol. 6, №2, Suppl. 3. – P. 1-16.
29. Nair, R.J. Chronic Pancreatitis / R.J. Nair, L. Lawler, M.R. Miller // Am Fam Physician. – 2007. – Vol. 76, № 11. – P.1679–1688.
30. Ohgami, K. Scanning electron microscopic study on the surface ultrastructure of normal and pathologic oral mucosa // Tsurumi. Shigaku.– 2002.–Vol. 35.–P. 959-962.
31. Sah, R.P. Prevalence, diagnosis and profile of autoimmune pancreatitis presenting with features of acute or chronic pancreatitis / R.P. Sah, R. Pannala, S.T. Chari et al. // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. - Vol. 8, №1. – P.91-96.
32. Schibli, S. Proper usage of pancreatic enzymes / S. Schibli, P.R. Durie, E.D. Tullis // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2002. – Vol.8, №6. – P. 542–546.
- // Kлінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, # 4. – С. 109-112.
26. Hristich, T.N. Hronicheskiy pankreatit: nereshennyye problemy / T.N. Hristich, V.P. Pishak, T.B. Kendzerskaya. – Chernovtsy, 2006. – 280 s.
27. Shalimov, A.A. Hronicheskiy pankreatit. Sovremennyye kontseptsii patogeneza, diagnostiki i lecheniya / A.A. Shalimov, V.V. Grubnik, A.I. Zaychuk – K.: Zdo-rov'ya. –2000. – 166 s.
28. Banks, P.A. The management of acute and chronic pancreatitis / P.A. Banks, D.L. Conwell, P.P. Toskes // Gastroenterol. Hepatol. (NY). – 2010. - Vol. 6, №2, Suppl. 3. – P. 1-16.
29. Nair, R.J. Chronic Pancreatitis / R.J. Nair, L. Lawler, M.R. Miller // Am Fam Physician. – 2007. – Vol. 76, № 11. – P.1679–1688.
30. Ohgami, K. Scanning electron microscopic study on the surface ultrastructure of normal and pathologic oral mucosa // Tsurumi. Shigaku.– 2002.–Vol. 35.–P. 959-962.
31. Sah, R.P. Prevalence, diagnosis and profile of autoimmune pancreatitis present-ing with features of acute or chronic pancreatitis / R.P. Sah, R. Pannala, S.T. Cha-ri et al. // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. - Vol. 8, №1. – P.91-96.
32. Schibli, S. Proper usage of pancreatic enzymes / S. Schibli, P.R. Durie, E.D. Tullis // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2002. – Vol.8, №6. – P. 542–546.

## CHARACTERISTICS OF THE DISEASE OF THE ORAL MUCOSA ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS (LITERATURE REVIEW)

*Lavrovskaya Ya. A.*

Federal State Autonomous Institution of Higher Education "Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky "

Medical Academy named after S.I. Georgievsky, Simferopol

---

*Oral mucosa is the site of the earliest manifestations of clinical signs in the pathology of the gastrointestinal tract. Significant part among these belong to a disease that is accompanied by a decrease in the enzymatic function of the pancreas – chronic pancreatitis.*

*The purpose of this article is to study changes in the oral mucosa in diseases of the gastrointestinal tract. After analyzing the sources of the past 15 years, we can conclude that high prevalence of pancreatic diseases, their association with lesions of the oral mucosa shows the urgency of the problem of studying the characteristics of occurrence, course, timely diagnosis, treatment and prevention of recurrence of diseases of the oral mucosa in patients with chronic pancreatitis.*

**Key words:** oral mucosa, elements of lesion, pathology of the gastrointestinal tract, chronic pancreatitis.

---

Адрес для корреспонденции: e-mail: [yana.lavrovskaya@mail.ru](mailto:yana.lavrovskaya@mail.ru).

Поступила 22.04.2015