

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

**Методическая разработка для студентов 5 курса ТГСИ**

**на тему:**

**ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.**

**Ташкент-2014**

**Камилов Х.П. — заведующий кафедрой Госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического института, доктор медицинских наук, профессор**

**Составитель:**

**Мелькумян Т.В.** — профессор кафедры терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического института, доктор медицинских наук

**Рецензенты:**

**Дусмухамедов М.З.**- директор центра челюстно-лицевой стоматологии ТГСИ, д.м.н., профессор.

**Агзамходжаев С.С.**- заведующий кафедрой стоматологии №2 ТашИУВ, д.м.н., профессор.

Методическая разработка обсуждена на Методическом Совете по стоматологическим наукам ТГСИ и рекомендована на Ученый Совет ТГСИ (протокол № \_\_\_ от \_\_\_ 2014 года).

Методическая разработка утверждена на Ученом Совете ТГСИ и рекомендована на опубликование в печати. (протокол № \_\_\_ от \_\_\_ 2014 года).

## **ЗАНЯТИЕ №19**

### **ТЕМА: ИЗМЕНЕНИЕ СОПР ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.**

#### **МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ, ОСНАЩЕНИЕ**

- Стоматологический кабинет, защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больнич (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта, слайды, видеоматериалы, таблицы, фотографии, атлас заболеваний полости рта, презентация, контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи.

ТСО: слайдоскоп, TV-видео, компьютер.

#### **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ**

Количество часов – 270 минут

#### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Изучить изменения СОПР при сахарном диабете, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

#### **ЗАДАЧИ**

##### **Студент должен знать:**

- Клинические особенности при сахарном диабете
- Гистологические изменения СОПР при сахарном диабете
- Лечение

##### **Студент должен уметь:**

- Характеризовать элементы поражения при сахарном диабете
- Перечислить гистологические изменения при сахарном диабете
- Проводить дифференциальную диагностику

#### **ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Роль эндокринных нарушений в этиологии и патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта настолько велика, что А. И. Рыбаковым выделены при них отдельные нозологические формы поражения языка, десен, губ. По данным разных авторов, частота поражений слизистой оболочки полости рта, языка и губ при эндокринных нарушениях колеблется от 2 до 80%. Наиболее частой формой

проявления в полости рта эндокринных нарушений является катаральный стоматит, при поражении десен — катаральный гингивит. Эта форма заболевания слизистой оболочки полости рта наиболее часто встречается при различных дисфункциях половых желез. Под влиянием эстрогенных гормонов нередко можно отметить изменение эпителия слизистой оболочки полости рта на протяжении всего менструального цикла. Отмечены гингивиты в период полового созревания, при беременности, менопаузе. В литературе встречаются термины, отражающие взаимосвязь гормональных нарушений и состояния слизистой оболочки полости рта. Так, гингивиты при эндокринных нарушениях называются гормональными. Развивающиеся у подростков поражения десен с характерной локализацией в области фронтальных зубов называются ювенильным гингивитом. Известна зависимость состояния слизистой оболочки полости рта от состояния половых желез, особенно при их дисфункции. Индуцированная (хирургическая, лучевая) кастрация часто приводит к воспалительным процессам в слизистой оболочке десны, явлениям ее атрофии, остеопорозу челюстных костей, пародонтозу.

Гиперэстрогенные состояния обуславливают гиперемия и усиление кровообращения, повышение проницаемости сосудистой стенки, чем объясняется клиническое проявление гингивитов катарального типа. У женщин с заболеваниями яичников снижены регуляторные процессы на уровне циркуляторных систем. При падении уровня эстрогенов отмечаются дегенеративные изменения эпителия и соединительно-тканной стромы слизистой оболочки полости рта.

Таким образом, полиморфизм клинических проявлений сочетанных нарушений эндокринной системы и слизистой оболочки полости рта подчеркивает важное значение гормонов в регуляции различных сторон тканевого обмена.

Полноценная деятельность эндокринной системы обеспечивает нормальное течение обменных процессов в организме. Нарушение продукции гормонов вызывает расстройство метаболизма и функции тканей и органов, включая и слизистую оболочку полости рта, независимо от избыточной или недостаточной функции эндокринных желез.

По данным Е. В. Удовицкой (1975), ювенильный гингивит у девочек возникает за 1/2—1 год до появления у них менструации в 8,1—2,1% случаев. Отмечена корреляция развития воспалительных изменений десен с менструацией: активизация воспалительного процесса в деснах перед каждой менструацией отмечается за 2—3 дня, спад ее отмечается на 2—5-й день менструации. Нередко гормональные гингивиты сопровождаются увеличением подвижности зубов, обусловленной остеопорозом костных структур альвеолярного гребня. Известен гингивит беременных, встречающийся, по данным различных авторов, в пределах 10—100% случаев. Гингивит беременных развивается вначале в виде катарального воспаления десен, нередко с явлениями геморрагического характера. В последующем может отмечаться гиперплазия десен, нередко приводящая к полному закрытию коронковой части зубов. Обычно гингивит беременных появляется на 2—4-м месяце беременности и исчезает самопроизвольно после родов.

Катаральный гингивит при климаксе локализуется по десневому краю (маргинальный гормональный гингивит). По данным Е. В. Удовицкой (1975), у женщин с физиологическим климаксом маргинальный катаральный гингивит отмечается у  $5,5 \pm 1,3\%$ . Нередко катаральный гингивит развивается на фоне гипосаливации с потерей рельефа десневых сосочков, явлениями атрофии десны, обнажением шеек зубов, жжением и болезненностью в области десневого края. При гингивите в менопаузе может отмечаться остеопороз челюстных костей, сочетающийся с резорбцией альвеолярных отростков. Подобное поражение десен многие считают физиологическим изменением, обусловленным дефицитом половых гормонов.

Сахарный диабет хроническое заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена в организме. При сахарном диабете повышается содержание сахара в крови и наблюдается его выделение с мочой.

Непосредственные причины, ведущие к возникновению сахарного диабета, могут быть различными: физические травмы, тяжелые нервные потрясения,

переживания и др., инфекционные заболевания, воспалительные процессы, отравления, нарушение питания (особенно злоупотребление сладостями).

Сахарный диабет возникает при инсулиновой недостаточности в организме, что связано с рядом причин: а) недостаточная выработка и выделение инсулина при заболевании поджелудочной железы; б) повышенная потребность в инсулине при некоторых заболеваниях гипофиза, надпочечников и др.; в) повышенное разрушение инсулина ферментом печени — инсулиназой.

В некоторых семьях сахарный диабет встречается на протяжении ряда поколений. Поэтому члены семьи больного сахарным диабетом должны подвергаться обследованию с целью выявления возможного явного или скрытого диабета и своевременного начала лечения. Особое внимание следует уделять лечению женщин, болеющих сахарным диабетом, в период беременности.

Чаще сахарный диабет развивается постепенно, больные вначале могут его не замечать. Первые признаки заболевания: ощущение сухости в полости рта, жажда, обильное и частое мочеиспускание, резкое похудание, несмотря на повышенный аппетит, общая слабость и понижение трудоспособности. Нередко возникают сухость кожных покровов, кожный зуд, экзема кожи, фурункулез. При подозрении на сахарный диабет необходимо исследовать мочу. Вследствие наличия сахара в моче относительная плотность мочи бывает повышенной— 1,030—1,040 (норма около 1,020).

Легкая форма болезни встречается чаще у пожилых и тучных людей и сравнительно легко поддается лечению, если больные соблюдают назначенную диету. При сахарном диабете средней тяжести для усвоения пищи, соответствующей потребностям организма, систематически назначают инсулин.

Особого внимания требует тяжелая форма сахарного диабета, при которой углеводы, принимаемые с пищей, как правило, выделяются с мочой в виде сахара. В этих случаях для усвоения пищи приходится ежедневно вводить большие дозы инсулина. При тяжелом течении сахарного диабета у больных в крови повышается количество продуктов неполного распада жиров — кетоновых тел.

Эти вещества выделяются с мочой и с выдыхаемым воздухом; они оказывают на организм отравляющее действие (потеря аппетита, головные боли, нарастающая слабость), что и может повести к развитию диабетической комы.

При отсутствии лечения состояние больного быстро ухудшается и возникают различные осложнения (поражение кровеносных сосудов, сердца, мозга, конечностей, заболевание почек, глаз с нарушением зрения, развитие диабетического полиневрита, невралгии), часто возникает воспаление желчного пузыря и печени (холецисто-гепатиты).

Наиболее частой формой проявления сахарного диабета является катаральный гингивит, встречающийся, по данным различных авторов, у 10—40,7% больных. Геморрагическая форма гингивита может развиваться у больных с нелеченым сахарным диабетом. У больных сахарным диабетом выявляется отечность и гиперемия языка. Диффузный катаральный стоматит, ярко-красная слизистая оболочка полости рта на фоне гипосаливации отмечены Т. Т. Школяр (1969) у 2/3 больных сахарным диабетом.

Характерным является прямая зависимость тяжести воспалительных изменений слизистой оболочки полости рта от течения сахарного диабета, давности его развития и возраста больного.

По нашим данным, у больных, страдающих сахарным диабетом, отмечается сухость кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, желтоватая окраска кожи ладоней и подошв. Катаральный маргинальный гингивит характеризуется колбообразным вздутием десневых сосочков. На щеках и вестибулярной поверхности губ могут обнаруживаться энантемы, кандидамикоз слизистой оболочки полости рта, который может носить рецидивирующий характер. Интенсивность, а также периоды обострения его находятся в прямой зависимости от интенсивности основного заболевания. При декомпенсированном нарушении углеводного обмена дрожжеподобные грибы рода кандида могут постоянно определяться при посевах и бактериоскопическом исследовании соскобов с поверхности слизистой оболочки полости рта. При хроническом течении кандидамикоза гиперемия может приобретать застойный характер, а

нити мицелия прорасти в подлежащие участки слизистой оболочки, придавая ей сходство с изменениями при лейкокератозах. Кандидамикоз развивается чаще у ослабленных больных, при плохом гигиеническом содержании полости рта. Слизистая оболочка губ, щек, языка, неба становится сухой, истонченной, ярко-красного цвета. В начальных этапах развития кандидамикоза на слизистой оболочке появляются небольшие очажки белого цвета, которые в последующем увеличиваются и достигают больших размеров, образуя скопления рыхлого белого налета. При поскабливании налет можно удалить, и тогда обнажается гиперемизированная, легко кровоточащая слизистая оболочка. В зависимости от локализации плотность налета может варьировать. Кандидамикотический глоссит характеризуется застойной гиперемией, очагами атрофии нитевидных сосочков, чередующихся с плотным серовато-белым налетом на поверхности, который целиком не удаляется при поскабливании. Жалобы больных на жжение, болезненность, сухость во рту обусловлены грибковым поражением языка. Кандидамикотический хейлит выражается в истончении красной каймы губ, в интенсивной гиперемии зоны Клейна. В углах рта, как правило, отмечаются инфильтрация, длительно не заживающие трещины.

Клинические исследования показали, что у больных, страдающих декомпенсированной формой сахарного диабета, возможно развитие декубитальных язв слизистой оболочки полости рта. В окружении язвы слизистая оболочка без выраженных изменений. В начальном периоде развития язвы ее дно покрыто некротическими массами, которые впоследствии отторгаются, оставляя гладкую поверхность. Длительное существование, а также разлитая инфильтрация в основании диктуют необходимость дифференциальной диагностики язв с неопластическими процессами. Анамнез, характер сопутствующей патологии, отсутствие вегетации в области дна и краев, кровоточивости, отрицательные результаты цитологического исследования, положительная динамика при проведении общей и местной терапии свидетельствуют о не специфическом поражении. Довольно часто сахарному диабету сопутствует красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта.

При этом могут наблюдаться все известные клинические формы его: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, инфильтративно-теригландулярная, гиперкератотическая и др. В зависимости от основного заболевания клиническая картина красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта может изменяться, особенно в случаях присоединения грибковой флоры. Эрозивно-язвенные изменения отличаются резистентностью к известным методам лекарственной терапии. Клинический симптомокомплекс—сахарный диабет, гипертоническая болезнь, красный плоский лишай — известен как болезнь Гриншпана. Вот почему выявление красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта должностораживать врача-стоматолога в отношении возможного сахарного диабета и гипертонической болезни. Дискератотические изменения проявляются также по типу лейкоплакии, чаще локализующейся на дорсальной и боковой поверхностях языка.

При введении собакам флоридзина, дитизона, аллоксана в различные сроки от начала эксперимента на слизистой оболочке полости рта можно было заметить трофические язвы, особенно в участках травмы ее зубами, на щеках по линии смыкания зубов в некоторых случаях развивались явления веррукозного дискератоза, напоминающие веррукозную лейкоплакию, что впоследствии подтвердилось и патогистологическим анализом. В случае осложнения экспериментального сахарного диабета участки гиперкератоза отторгались и на их месте образовывались большие язвы. Эти язвы характеризовались гладким дном, развитым инфильтратом в основании и отсутствием реактивного воспаления в окружающих тканях.

При лечении сахарного диабета назначают рациональное питание с необходимым для правильного обмена веществ соотношением основных пищевых продуктов (белки, жиры, углеводы).

Соблюдение индивидуального подхода к режиму питания обязательно при назначении рациональной диеты. Врач не только подбирает индивидуальную калорийность диеты, но и видоизменяет и ее состав, учитывая особенности

заболевания. Так, при появлении у больного в моче ацетона жиры временно исключают и прибавляют углеводы, соответственно увеличивают дозу вводимого инсулина. Когда сахарный диабет сопровождается увеличением печени и повышением в крови кетоновых тел, назначают диету с творогом и овсянкой, так как эти продукты способствуют нормализации жирового обмена, назначают липокаин.

При лечении инсулином больной должен получать только такую дозу инсулина, которая способствует наиболее полному усвоению назначенной ему диеты. Передозировка инсулина вызывает резкое снижение количества сахара в крови и приступ гипогликемии, характеризующейся чувством голода, общей слабостью, ощущением жара в теле, потливостью, сердцебиением, дрожанием рук и всего тела, общим беспокойством. Если вовремя не принять соответствующие меры, состояние больного резко ухудшается. Появляются судороги, спутанность и помрачение сознания. В тяжелых случаях может наступить смерть. Для ликвидации приступа иногда достаточно съесть один или два кусочка сахара или выпить стакан сладкого чая. В тяжелых случаях прибегают к помощи врача: больному внутривенно вводят глюкозу, адреналин, применяют сердечные средства и др.

Тиреотоксикоз — заболевание организма, обусловленное поражением щитовидной железы, сопровождающимся избыточной продукцией гормона этой железы—тироксина.

Клиницистам известно сходство признаков тиреотоксикоза с явлениями, наблюдаемыми при волнениях и испуге: сердцебиение, расширение глазных щелей и выпячивание глазных яблок, пульсация сосудов шеи, дрожание рук и др. Часто у больных тиреотоксикозом развитию заболевания предшествуют психическая травма, переутомление, беременность, лактация и климакс, инфекционные заболевания, некоторые эндокринные расстройства, заболевания отдельных органов и систем, органические заболевания центральной нервной системы и др. На фоне ослабления деятельности коры больших полушарий возможно развитие тиреотоксикоза даже под влиянием факторов, которые в

обычных условиях существенно не отражаются на состоянии больного, что подтверждает теорию центрального происхождения тиреотоксикоза. Существует точка зрения о детерминированной конституциональной диспозиции по отношению к тиреотоксикозу.

Больные обычно жалуются на вспыльчивость, раздражительность, легкую возбудимость, повышенную суетливость, торопливость, рассеянность, снижение памяти. Как правило, нарушается сон, который становится беспокойным, с множеством сновидений. Трудоспособность снижается в связи с появлением мышечной слабости, быстрой утомляемости, дрожания рук и всего тела. Сердцебиение резко усиливается при физической нагрузке. Одышка, потливость, субфебрильная температура, повышение аппетита, поносы, жажда, значительное похудание, экзофтальм являются симптомами тиреотоксикоза.

У подавляющего большинства больных уже при внешнем осмотре определяется увеличение щитовидной железы. Щитовидная железа мягкая или умеренно плотная, подвижная, не спаяна с окружающими тканями. При ощупывании щитовидной железы удается обнаружить пульсацию ее сосудов. У больных наблюдается выраженный в той или иной степени экзофтальм, придающий больным испуганный вид; появление экзофтальма заставляет больных впервые обратиться к врачу. Экзофтальм может варьировать от едва заметного пучеглазия до почти полного выпячивания глазного яблока. Экзофтальм при тиреотоксикозе бывает симметричным, двусторонним. Нередко за экзофтальм принимают явление лагофтальма (несмыкание век).

Глазные щели при тиреотоксикозе расширены (симптом Дальримпля), наблюдается редкое мигание (симптом Штельвага) и блеск глаз. Отмечается нарушение конвергенции с одной или обеих сторон (симптом Мёбиуса). Положителен симптом Грефе, обусловленный расстройством координации мышц глазного яблока и верхнего века.

При тиреотоксикозе развиваются изменения в сердечно-сосудистой системе как результат действия избытка тиреоидного гормона на центральную нервную систему и непосредственно на сердце. При этом отмечаются нарушения ритма

сердца в виде экстрасистол, трепетание и мерцание предсердий, тахикардия. Тахикардия не исчезает в покое, но увеличивается под влиянием физической нагрузки. Тахикардия сопровождается нарушениями ритма, проявляющимися в виде экстрасистолии, сменяющейся мерцательной аритмией. Изменения артериального давления в сторону повышения максимального давления (150—170 мм рт. ст.), а иногда снижение минимального давления (40—20—0 мм рт. ст.) повышают пульсовое и венозное давление.

Изменения желудочно-кишечного тракта сводятся главным образом к повышению моторной его функции; отмечаются поносы, рвота, а иногда и приступы болей в животе. Кожа больных влажная. Отмечается меланодермия кожных покровов. Нередко возникает дрожание кистей, век, языка и нижних конечностей.

При тиреотоксикозе наблюдаются расстройства терморегуляции. Множественный кариес при тиреотоксикозе описан М. А. Малыгиной (1957), Т. Н. Шершакова (1957) у 92,2% больных обнаружила кариес, по мере тяжести тиреотоксикоза индекс кариеса увеличивается и достигает порой до 21,2. По данным автора, специфическая клиника кариеса проявляется его пришеечной локализацией на фронтальных зубах; меловые пятна начального кариеса быстро трансформируются в последующие стадии, что приводит к разрушению зубов. Отмечено два механизма, объясняющих острое течение кариеса при гипертиреозах. При дистериозах отмечаются дисминерализация зубов, а также изменение активности слюнных желез.

Различные авторы находили несколько отличающиеся изменения слизистой оболочки при гипертиреозе: кровенаполнение десен, хронический катаральный гингивит, геморрагии, катаральный глоссит, катаральный стоматит. По данным М. А. Ефремова (1970), указанные изменения обусловлены гиповитаминозом С, сопутствующим гипертиреозу.

С. А. Кутин (1970) обнаружил тиреотоксикоз у 82% больных экссудативной формой эксфолиативного хейлита и у 26% больных при сухой его форме.

Частыми симптомами тиреотоксикоза, проявляющимися в полости рта

вследствие вегетоневротических расстройств, являются жжение слизистой оболочки, снижение вкусовой чувствительности. По линии смыкания зубов в области щек нередко можно отметить помутнение слизистой оболочки. Нитевидные сосочки языка чаще сглажены. Очаги десквамации эпителия могут локализоваться не только на спинке языка, но и на его боковых и нижней поверхностях, а также на щеках и слизистой оболочке преддверия полости рта, что соответствует клинической картине географического стоматита. Участки десквамации овальных, округлых очертаний, размером от 0,1 до 1 см. Их окружает белесоватый ободок. Изменения красной каймы губ характеризуются сухостью, наличием белесоватых, обычно скусываемых больными чешуек, после чего обнаруживается гиперемизированная, с явлениями мацерации, поверхность; реже наблюдается картина экссудативной формы эксфолиативного хейлита

В дифференциальной диагностике следует учитывать сходство клинической картины в полости рта при тиреотоксикозе (географический стоматит) с типичной или экссудативно-гиперемической формой красного плоского лишая, проявлениями папулезного сифилида.

При нарушении углеводного обмена в слизистой оболочке полости рта происходят изменения, выраженность которых зависит от тяжести и продолжительности диабета. Эти изменения иногда являются первыми признаками диабета. Связь сахарного диабета с изменениями в полости рта впервые была отмечена в 1862 г. Seifert.

Наиболее ранним симптомом является сухость во рту, как следствие дегидратации. Нередко сухость сочетается с повышенной жаждой. Уменьшение слюноотделения приводит к катаральному воспалению слизистой оболочки: она становится отечной, гиперемизированной, блестящей, клейкой.

В местах незначительной механической травмы наблюдаются повреждения слизистой оболочки в виде кровоизлияний, а иногда и эрозий. При этом больные жалуются на боли, возникающие во время еды, особенно при приеме горячей, острой и сухой пищи. При высоком содержании сахара в крови часто изменяется спинка языка: она покрывается белым налетом, высыхает, на ней образуются

болезненные трещины. Наряду с этим при сахарном диабете могут наблюдаться парестезии. Жжение слизистой оболочки может сочетаться с зудом кожи и в области гениталий.

Л. Д. Резцова (1969) указывает, что у больных декомпенсированным сахарным диабетом возможно снижение вкусовой чувствительности к сладкому, соленому, кислому, а у некоторых больных и к горькому, которое по данным автора, находится в обратной зависимости от длительности и тяжести заболевания.

Наряду с указанными изменениями при сахарном диабете часто происходит воспаление краевого пародонта. Вначале отмечаются катаральные изменения и отек десневых сосочков, затем образуются патологические зубодесневые карманы, наблюдаются разрастание грануляционной ткани и деструкция альвеолярной кости, часто возникают абсцессы. Установлена прямая зависимость между тяжестью гингивита и давностью и тяжестью сахарного диабета. Больные в этот период жалуются на кровоточивость десен, болезненность при приеме пищи, подвижность зубов, в запущенном состоянии - на их выпадение. Е. Е. Платонов (1968) полагал, что при сахарном диабете изменения альвеолярного отростка носят специфический характер, однако в настоящее время это не подтверждается.

При диагностике диабетического гингивита важное значение имеют наличие общих симптомов диабета, сахара в моче, увеличение содержания сахара в периферической крови. При сахарном диабете как осложнение на слизистой оболочке полости рта может развиваться кандидоз. У больных декомпенсированным диабетом на слизистой оболочке полости рта возникают декубитальные язвы, отличающиеся длительным течением.

Проводят лечение сахарного диабета, назначают средства, уменьшающие сухость слизистой оболочки полости рта и катаральное воспаление. Больным сахарным диабетом необходимо регулярно проводить санацию полости рта, в связи с чем они должны находиться на диспансерном учете у стоматолога.

### **Этиология и патогенез**

Наибольшее значение в этиологии заболеваний пародонта играют состояние и продукты обмена в зубной бляшке и зубном налете; механизмы полости рта,

способные усиливать или ослаблять патогенетический потенциал микроорганизмов и продуктов их обмена, а также общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта, от которых зависит реакция на патогенные воздействия.

В последнее время оформилась концепция, согласно которой полость рта рассматривается как сбалансированная биологическая система, а заболевания пародонта - в большинстве случаев как результат нарушения равновесия между бактериальным симбиозом и тканями полости рта.

Развитие воспаления в пародонте объясняется влиянием зубной бляшки, максимальная скорость роста которой отмечается при поступлении сахарозы, в меньшей степени глюкозы и фруктозы. Зубная бляшка, продвигаясь по мере роста под десневой край, вызывает раздражение тканей за счет микроорганизмов и их токсинов, что в дальнейшем приводит к повреждению эпителия десневого кармана и воспалению прилежащих тканей.

Нарушение целостности эпителия - наиболее важная деталь в развитии воспаления десны. В результате действия ферментов - производных нескольких видов микроорганизмов полости рта - отмечается деполимеризация гликозаминогликанов основного вещества, вследствие чего возможны инвазия эндотоксинов в ткани и разрушение коллагена под действием ферментов.

В патогенезе заболеваний пародонта большую роль отводят иммунологическим аспектам воспаления. Длительный контакт между микробами зубной бляшки и тканями пародонта ведет к возникновению аутоиммунных процессов, которые могут обуславливать цепную реакцию, сопровождающуюся прогрессирующими изменениями тканей пародонта.

У больных сахарным диабетом развиваются парестезии, извращение вкуса.

Парестезия слизистой оболочки при диабете возникает рано наряду с ее сухостью.

Клинические проявления парестезии сходны с таковой при других заболеваниях, например нервной системы, желудочно-кишечного тракта и др. При диабете жжение слизистой оболочки обычно сопровождается зудом кожи в области гениталий и других отделов тела. Вкусовая чувствительность у больных сахарным диабетом снижена к сладкому, соленому и в меньшей степени к кислому. Нарушения

вкусовой чувствительности носят функциональный характер и после проведенного лечения нормализуются.

С нашей точки зрения, имеет большое значение коррекция иммунологических и биохимических показателей крови и ротовой жидкости, ведущая к клинко-рентгенологической эффективности и благоприятно влияющая на результаты местного лечения. В качестве средства общего воздействия мы считаем целесообразным использовать препарат нормазе, корректирующий иммунологические и биохимические показатели крови и ротовой жидкости больного сахарным диабетом и способствующий на этом фоне повышению эффективности местного консервативного лечения.

## **НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:**

**1. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ «КРУГЛЫЙ СТОЛ»**

**2. СОСТАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗЕРОВ-КЛАССТЕРА И РЫБИЙ СКЕЛЕТ**

### **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ «КРУГЛЫЙ СТОЛ»**

*Для работы необходимо:*

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах.
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе.
3. Чистые листы бумаги, ручки.

*Ход работы:*

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппы садиться за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф.И. студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).

4. Один из участников каждой подгруппы берет из конверта вопрос. Уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается этот лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечению времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут.
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия.
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. Работы резидентов сохраняются преподавателями
15. Проводится анализ ответов.

#### **Варианты вопросов:**

#### **1. Морфологические изменения слизистой оболочки у больных сахарным диабетом.**

Ответ: Они носят неспецифический характер, хотя более выражены поражения сосудов по типу ангиопатий с атрофией, склерозом и воспалением. Наличие гнездного и диффузного воспалительного инфильтрата с примесью плазматических и тучных клеток, по мнению ряда авторов, свидетельствует о том, что при сахарном диабете эти процессы носят аутоиммунный характер. Постоянный морфологический признак - диффузная или очаговая атрофия эпителия с явлениями паракератоза или кератоза, участки гиперплазии эпителия и образования акантолитических выростов, глубоко погружающихся в подлежащую ткань

#### **2. Клинические особенности при сахарном диабете?**

У больных сахарным диабетом развиваются парестезии, извращение вкуса. Ответ: Парестезия слизистой оболочки при диабете возникает рано наряду с ее сухостью. Клинические проявления парестезии сходны с таковой при других заболеваниях, например нервной системы, желудочно-кишечного тракта и др. При диабете жжение слизистой оболочки обычно сопровождается зудом кожи в области гениталий и других отделов тела. Вкусовая чувствительность у больных сахарным диабетом снижена к сладкому, соленому и в меньшей степени к кислому. Нарушения вкусовой чувствительности носят функциональный характер и после проведенного лечения нормализуются.

### **3. Изменение сосудов при сахарном диабете.**

**Ответ:** просвет сосуда полностью, как правило, не закрывается, но стенка сосуда поражается всегда. В основе диабетической микроангиопатии лежат процессы плазморрагии. Они сводятся к первичному плазматическому повреждению базальной мембраны микроциркуляторного русла, а затем вызывают склероз и гиалиноз стенок сосудов.

### **4. Причинами заболеваний пародонта.**

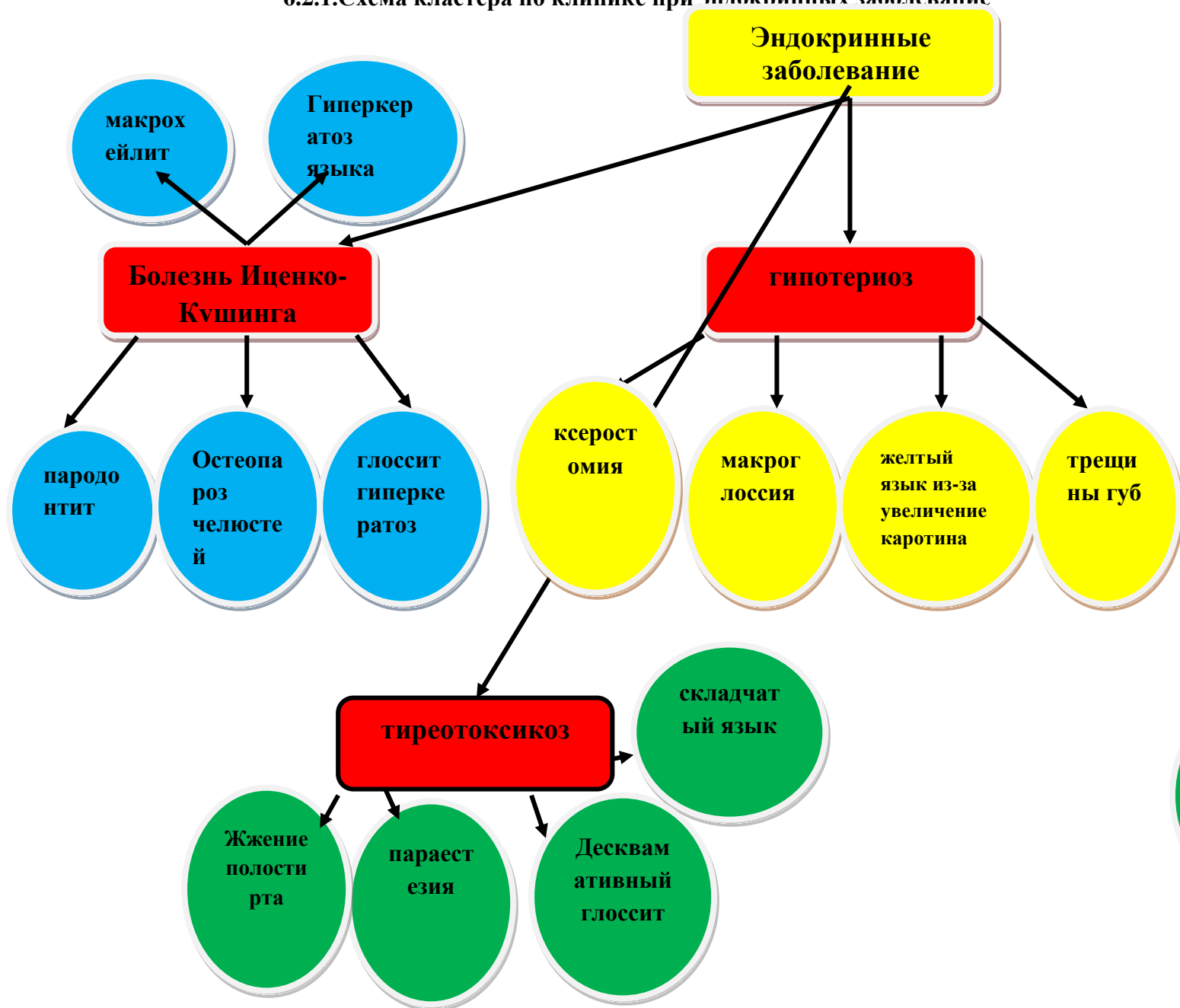
**Ответ:** Функциональная недостаточность жевания и недогрузка группы зубов или отдельных зубов, аномалии прикуса, положения зубов, ранняя потеря моляров и премоляров. Из общих факторов в патогенезе заболеваний пародонта большое значение имеет дефицит витаминов С, В1, А, Е; атеросклеротическое поражение сосудов, понижение реактивности организма при общесоматических заболеваниях (крови и кроветворных органов, желудочно-кишечного тракта).

## **Аналитическая часть**

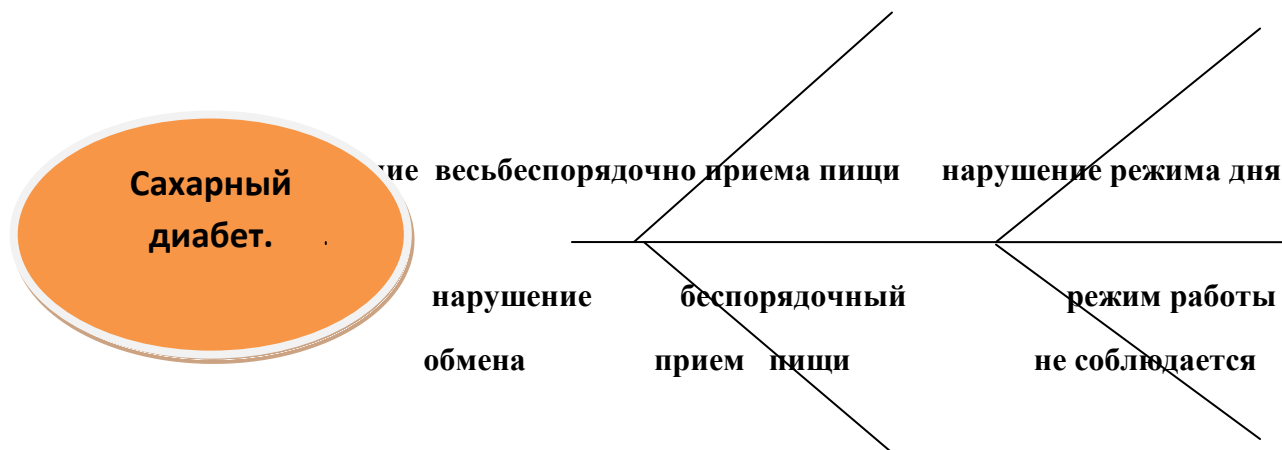
**Кластер,**

**“Рыбий скелет”**

6.2.1.Схема кластера по клинике при эндокринных заболеваниях



## СХЕМА «РЫБИЙ СКЕЛЕТ»



Одна группа проверяет другую группу. При полном выполнении каждого требования ставится— 15 баллов

Группа №	Ответ понятный, правильный (5)	Презентабельность (5)	Придерживание регламента (2,5)	Активность группы (2,5)	Всего баллов
1.					
2.					

### Комплекс ситуационных задач

#### *Ситуационная задача №1*

Больная В, 40 лет, обратилась с жалобами на необычный вид десны, увеличение языка и губ. Объективно : в полости рта множественный кариес преимущественно в прешеечной области, слизистая оболочка десен блестящая, набухшая, разросшаяся, но без признаков воспаления. СОПР бледная, пастозная. Язык уплотнен, утолщен, губы увеличены, пастозные, при пальпации безболезненные. Больная вяло реагирует на окружающих, голос сиплый. Из анамнеза выявлено нарушения функции щитовидной железы.

1. Поставьте предварительный диагноз. Ответ: Тиреотоксикоз.
2. Ваша тактика. Ответ: Направление больного к эндокринологу.

### ***Ситуационная задача №2***

Больной 52 лет с декомпенсированным сахарным диабетом жалуется на снижение вкусовой чувствительности к сладкому, соленому, кислому.

При объективном осмотре при сахарном диабете определяется воспаление краевого пародонта. Отмечаются катаральные изменения и отек десневых сосочков, с образованием патологических зубодесневых карманов глубиной более 5 мм, наблюдается разрастание грануляционной ткани и деструкция альвеолярной кости, часто процесс абсцедирует.

1. Какое заболевание СОПР часто развивается при сахарном диабете как осложнение. Ответ: кандидоз.

2. Тактика стоматолога. Ответ: Больным сахарным диабетом необходимо регулярно проводить санацию полости рта, в связи с чем они должны находиться на диспансерном учете у стоматолога.

### ***Ситуационная задача №3***

Больной 63 лет жалуется на вспыльчивость, раздражительность, легкую возбудимость, повышенную суетливость, торопливость, рассеянность, снижение памяти, нарушен сон, который становится беспокойным, с множеством сновидений. Трудоспособность снижена в связи с появлением мышечной слабости, быстрой утомляемости, дрожания рук и всего тела. Сердцебиение резко усиливается при физической нагрузке. Одышка, потливость, субфебрильная температура, повышение аппетита, поносы, жажда, значительное похудание, экзофтальм.

При внешнем осмотре определяется увеличение щитовидной железы. Щитовидная железа мягкая или умеренно плотная, подвижная, не спаяна с окружающими тканями. При ощупывании щитовидной железы удается обнаружить пульсацию ее сосудов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

Ответ: Тиреотоксикоз

2. Какие изменения могут быть у больного со стороны ЖКТ.

Ответ: Изменения желудочно-кишечного тракта сводятся главным образом к

повышению моторной его функции; отмечаются поносы, рвота, а иногда и приступы болей в животе.

#### ***Ситуационная задача №4***

Больной 37 лет, жалобы: на подвижность зубов запах изо рта гноетечение из десен.

Страдает тяжелой формой сахарного диабета.

1. Проведите основные методы обследования

а. определение глубины патологического зубного кармана.\*

б. подвижность зубов\*

в. ЭКГ

г. флюорографию

2. Проведите дополнительные исследования.

а. панорамный рентген снимок\*

б. проба на наличие гноя\*

в. определение индексов\*

г. опрос больного

3. Поставьте диагноз

а. гингивит язвенный

б. пародонтоз

в. пародонтит средней степени\*

г. фиброматоз десен

4. укажите кратность диспансеризации.

а. 1 раз в год

б. 1 раз в 3 месяца

в. 1 раз в 6 месяцев

#### **ТЕСТЫ с одним правильным ответом:**

1. Для болезни Иценго-Кушинга характерно:

А. остеопороз костной ткани челюстей\*

В. петехии на коже

- C. понижение гемоглобина в крови
- D. сухость полости рта
- E. абсцессы в полости рта

2. Для микседемы характерно:

- A. нарушение вкуса\*
- B. кандидоз
- C. макрохейлит
- D. ожог слизистой оболочки полости рта
- E. абсцессы в полости рта

3. При аддисоновой болезни отмечается:

- A. пигментация открытых участков кожи\*
- B. на коже изменений нет
- C. слизистая оболочка полости рта без изменений
- D. кандидоз
- E. гиперсаливация

4. Лечение слизистой полости рта при эндокринных заболеваниях:

- A. санация полости рта\*
- B. диета
- C. криохирургия
- D. аппликация витамин B5
- E. аппликация кератолитиков

5. Изменения в полости рта при кандидозе на фоне сахарного диабета:

- A. сухость полости рта\*
- B. ожог слизистой оболочки полости рта
- C. боль в слизистой оболочке полости рта
- D. изменений на слизистой не отмечается

Е. гиперсаливация

6. Молочница встречается у:

- А. детей грудного возраста\*
- В. анемичных
- С. гипертоников
- Д. домохозяек
- Е. гипотоников

7. При болезни Иценго-Кушинга кандидоз дифференцируют с:

- А. ВИЧ-инфекцией\*
- В. неврит язычного нерва
- С. красный плоский лишай
- Д. аллергия
- Е. многоформной экссудативной эритемой

8. Кандидоз при сахарном диабете дифференцируют с:

- А. лейкоплакией\*
- В. аллергия
- С. химической травмой
- Д. твёрдым шанкром
- Е. гуммозным сифилисом

9. При болезни Иценго-Кушинга больные жалуются на:

- А. отек слизистой оболочки полости рта \*
- В. запоздалое прорезывание зубов
- С. отек век
- Д. прибавлений в весе
- Е. отсутствие жалоб

10. Жалобы больных при сахарном диабете:

- A. жжение при приёме кислой пищи\*
- B. ожог слизистой оболочки полости рта
- C. головные боли
- D. безболезненно
- E. отсутствие жалоб

11. При лечении кандидоза на фоне сахарного диабета используют:

- A. леворин\*
- B. аспирин
- C. нафтизин
- D. аналгин
- E. санорин

12. При повышении уровня сахара при сахарном диабете в полости рта отмечается:

- A. трещины на поверхности языка\*
- B. ожог языка
- C. серая кайма на языке
- D. глубокая десквамация нитевидных сосочков языка
- E. лучевое поражение

**ТЕСТЫ с тремя правильными ответами:**

13. Гипофункция надпочечников при болезни Иценго-Кушинга может вызвать:

- A. остеопороз челюстной кости\*
- B. отёк слизистой оболочки полости рта\*
- C. макрохейлит\*
- D. петехии на коже
- E. сухость полости рта
- F. снижение гемоглобина в крови

14. Для микседемы характерно картина:

- A. извращение вкуса\*
- B. цветущий кариес в пришеечной области \*
- C. снижение высоты подбородка\*
- D. кандидоз
- E. макрохейлит
- F. ожог слизистой оболочки полости рта

15. При Аддисоновой болезни отмечается:

- A. пигментация открытых частей тела \*
- B. кожа становится бронзовой\*
- C. слизистая оболочка полости рта красно синего-цвета \*
- D. изменений на коже не отмечается
- E. слизистая оболочка полости рта без изменений
- F. кандидоз

16. Тактика врача при эндокринных заболеваниях:

- A. санация полости рта\*
- B. обучение гигиене полости рта\*
- C. диета\*
- D. применение кератолитиков
- E. устранение от работы
- F. аппликация витамина B5

17. Больные сахарным диабетом при кандидозе СОПР отмечают:

- A. сухость полости рта\*
- B. белый налёт\*
- C. эрозия после снятия налёта\*
- D. ожог слизистой

- Е. пузыри
- Ф. полость рта без изменений

18. Кандидоз при сахарном диабете чаще встречается у:

- А. детей грудного возраста\*
- В. пожилых\*
- С. людей, которые неконтрольно принимают антибиотики\*
- Д. анемиях
- Е. гипертоников
- Ф. домохозяек

19. Кандидоз при заболевании Иценго-Кушинга дифференцируют с:

- А. ВИЧ-инфекцией\*
- В. красным плоским лишаем\*
- С. лейкоплакией\*
- Д. невритом язычного нерва
- Е. аллергией
- Ф. глоссалгией

20. Кандидоз при сахарном диабете дифференцируют с:

- А. лейкоплакией\*
- В. глосситом\*
- С. красным плоским лишаем\*
- Д. аллергией
- Е. химической травмой
- Ф. твёрдым шанкром

21. Больные при заболевании Иценго-Кушинга жалуются на:

- А. отёк слизистой оболочки полости рта \*
- В. длительность процесса\*

- C. изменение цвета дёсен \*
- D. позднее прорезывание зубов
- E. отёк век
- F. прибавление в весе

22. Больные при сахарном диабете жалуются на:

- A. жжение в полости рта при приёме кислой пищи\*
- B. сухость полости рта\*
- C. подвижность зубов\*
- D. позднее прорезывание зубов
- E. отек век
- F. прибавление в весе

23. Местное лечение кандидоза при сахарном диабете:

- A. нистатин\*
- B. леворин\*
- C. декамин\*
- D. аспирин
- E. нафтизин
- F. аналгин

24. При сахарном диабете вследствие повышения сахара в крови на языке отмечается:

- A. трещины\*
- B. сухость \*
- C. язык покрыт серым налетом\*
- D. ожог языка
- E. серая кайма на языке
- F. глубокая десквамация эпителия языка

### **ТЕСТЫ с двумя правильными ответами:**

25.Изменение слизистой оболочки полости рта при болезни Иценко Кушинга:

- A. отёк слизистой оболочки полости рта \*
- B. гиперкратоз языка\*
- C. жжение языка
- D. ожог слизистой

26.Для микседемы характерно:

- A. отек языка\*
- B. нарушается развитие лицевого скелета\*
- C. кандидоз
- D. снижение гемоглобина в крови

27.Пигментация при болезни аддисона в виде:

- A. округлых пятен\*
- B. полосатых пятен\*
- C. звездчатые
- D. остроконечные

28.Характерные черты аддисоновой болезни:

- A. сухость кожи\*
- B. пигментация слизистой оболочки полости рта\*
- C. микотическая заеда
- D. трещины углов рта

### **ТЕСТЫ с четырьмя правильными ответами:**

29.При болезни Иценго Кушинга развивается:

- A. отек слизистой оболочки полости рта \*

- В. пузырек с геморрагическим содержимым\*
- С. макрохейлит\*
- Д. генерализованный пародонтоз\*
- Е. парестезия
- Ф. нарушение вкуса
- Г. повышение гемоглобина в крови
- Н. абцессы

30. При гипотериозе наблюдается:

- А. безразличная внешность\*
- В. тупой взгляд\*
- С. отек век\*
- Д. одутловатое лицо\*
- Е. кандидоз
- Ф. адентия
- Г. расщелина губ
- Н. твердый шанкр

31. Слизистая оболочка полости рта при Аддисоновой болезни:

- А. слизистая оболочка полости рта от коричневого до красно синего цвета\*
- В. пигментация языка\*
- С. пигментация слизистой оболочки полости рта \*
- Д. зависит от степени тяжести\*
- Е. изменений нет
- Ф. слизистая оболочка полости рта бледно розового цвета
- Г. ожог слизистой оболочки
- Н. не проявляется в полости рта

32. Для лечения кандидоза применяется:

- А. нистатин\*

- В. леворин\*
- С. натрий тетраборат\*
- Д. карамель декамина\*
- Е. облепиха
- Ф. солкосерил
- Г. тиамин
- Н. лидокаин

**ТЕСТЫ с пятью правильными ответами :**

33. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

- А. остеопороз челюстных костей\*
- В. кератоз языка\*
- С. пузыри с геморрагическим содержанием\*
- Д. эрозии\*
- Е. язвы\*
- Ф. микотические заеды
- Г. подвижность зубов
- Н. деструкция альвеолярной кости
- І. парестезия
- Ј. сухость во рту

34. Характерно для гипотериоза:

- А. кровоточивость десен\*
- В. запоздалое прорезывание зубов\*
- С. сиплость голоса\*
- Д. увеличение губ и носа\*
- Е. увеличение языка\*
- Ф. воронкообразные костные карманы
- Г. парестезия
- Н. образование грануляционной ткани
- І. катаральное воспаление десен

Ж. грибковые поражения

35. При Аддисоновой болезни характерно:

- А. кандидоз\*
- В. хронический рецидивирующий афтозный стоматит\*
- С. цвет слизистой оболочки полости рта коричневый\*
- Д. цвет слизистой оболочки полости рта темно красный\*
- Е. пигментация кожи\*
- Ф. абцессы
- Г. нарушение вкуса
- Н. пузырьчатка
- И. отсутствие боли
- Ж. туберкулез

36. Лечение эндокринных заболеваний состоит из:

- А. комплексное лечение\*
- В. санация полости рта\*
- С. индивидуальная гигиена полости рта \*
- Д. иммуностимулирующие препараты\*
- Е. применение противогрибковых препаратов\*
- Ф. ферменты
- Г. противовирусные препараты
- Н. фурациллин
- И. раствор перекиси водорода
- Ж. стрептомицин

**ПРОЧИЕ ТЕСТЫ (на отрицание, соответствие и другие) :**

37. При болезни Иценко-Кушинга не наблюдается :

- А. абцесс\*
- В. остеопороз
- С. отек слизистой полости рта

Д. кандидоз

Е. ожог слизистой полости рта

### ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Цель:** Научить студента **Местному лечению СОПР при сахарном диабете**

**Показания:** диагностика заболеваний СОПР.

**Оснащение:** защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

**Мануальный навык :** Местное лечение СОПР при сахарном диабете

**Перечень мануальных навыков:**

1. Надевание защитных очков, резиновые перчатки ,марлевые маски
2. Аппликационная анестезия области поражения.
3. Антисептическая обработка
4. Аппликация ферментами, удаления фибринозной пленки
5. Наложение противовоспалительных мазей (кератопластиков )

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надевание защитных очков, резиновые перчатки, марлевые маски	0	8
2	Аппликационная анестезия области поражения.	0	8
3.	Антисептическая обработка.	0	8
4.	Аппликация ферментами, удаления фибринозной пленки	0	8
5.	Наложение противовоспалительных мазей (кератопластиков)	0	8
	Итого		40

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

1. К какой группе заболеваний относится тиреотоксикоз?

- 2.Этиология сахарного диабета.
- 3.Клиника сахарного диабета.
- 4.Дифференциальная диагностика сахарного диабета.
- 5.Лечение сахарного диабета.
- 6.Профилактика сахарного диабета.

### **Литература**

#### **Основная:**

1. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
2. Абдуллаходжаева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. 1983
- 3.Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.- Москва «Медицина» 1981.
- 4.Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина»1991.- 320 с.
- 5.Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.

#### **Дополнительная:**

1. Банченко Г.В., Максимов ЮМ. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. *(библиотека кафедры)*
- 2.Боровский Е.В. « Биология полости рта», М. 2001. *(электронный)*
- 3.Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. *(электронный)*
- 4.Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. *(библиотека кафедры)*
- 5.Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Вышэйшая школа» 1998. *(электронный)*
- 6.Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. *(библиотека кафедры)*

- 7.Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. *(электронный)*
- 8.Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. *(библиотека кафедры)*
- 9.Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. *(библиотека кафедры)*
- 10.Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. *(библиотека кафедры)*
- 11.Стефан Т.Сонис. Секреты стоматологии. 2002. *(библиотека кафедры)*
- 12.Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. *(электронный)*

**Электронные сведения получены со следующих сайтов:**

1. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
2. [www. medline. ru](http://www. medline. ru)
3. [www. cochrane.com](http://www. cochrane.com)
4. [www. zdorove.ru](http://www. zdorove.ru)
5. [www. med.ru](http://www. med.ru)
6. [www. stom.ru](http://www. stom.ru)
7. [www. stomatologya.ru](http://www. stomatologya.ru)