

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛИНИКА.  
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.**

*Учебно-методическое пособие  
для студентов медицинских вузов 5 курса  
стоматологического факультета*

**Ташкент-2015**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»  
Председатель Совета ТГСИ  
Хабилов Н.Л.  
2015 г.



ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛИНИКА.  
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

Учебно-методическое пособие  
для студентов медицинских вузов 5 курса  
стоматологического факультета

Ташкент-2015

**Составитель:**

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

**Рецензенты:**

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

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

Учебно методическое пособие рассмотрено на Центральном Методическом Совете ТГСИ и рекомендовано для утверждения на Ученом Совете ТГСИ. «18» февраля 2015 год, протокол заседания № 4

Учебно методическое пособие утверждено на Ученом Совете ТГСИ и рекомендована на опубликование в печати. «25» февраля 2015 год, протокол заседания № 7

**Ученый секретарь**

**Доктор медицинских наук, профессор Жураев А.Ж.**



*Учебно методическое пособие предназначено для врачей стоматологов, соискателей, для студентов медицинских вузов 5 курса стоматологического факультета*

## **Аннотация**

Расстройство вкусовой чувствительности, может проявляться в его полной потере, понижении, повышении и извращении. Это касается всех видов вкусовой чувствительности (к сладкому, соленому, кислому, горькому) или только некоторых из них. Нарушение вкуса может возникнуть при травмах, поражениях слизистой оболочки рта, авитаминозах, заболеваниях нервной системы, периферических нервов, центральной нервной системы, при неврозах.

Одностороннее нарушение вкуса на передних двух третях языка свидетельствует о поражении периферического нерва — барабанной струны, язычного, лицевого нервов.

## **Ключевые слова**

Вкусовая чувствительность, вкусовые луковицы, dysgeusia, одностороннее нарушение вкуса, двустороннее нарушение вкуса, гиперсаливация (увеличение слюноотделения), гипосаливация (уменьшение слюноотделения), крайняя степень уменьшения саливации - ксеростомия (сухость полости рта).

## ***Цель занятия:***

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

<b><i>Студент должен знать:</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Клинические особенности СОПР при нервных расстройствах,</li> <li>- Лечение заболеваний при нервных расстройствах.</li> </ul>
<b><i>Студент должен уметь:</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Характеризовать элементы поражения при нервных расстройствах;</li> <li>- Перечислить гистологические изменения при нервных расстройствах;</li> <li>- Проводить дифференциальную диагностику</li> <li>-Антисептическую обработку;</li> <li>-Аппликацию антибактериальных средств на элемент поражения;</li> <li>-Аппликацию кератопластических средств на элемент поражения;</li> <li>-При использовании физического метода лечения правильно подключить аппарат.</li> </ul>
<b><i>Методы обучения</i></b>	Лекция, мозговой штурм, рассказ, видеометод, практическое занятие, работа с книгой, диалог, учебные игры, пинборд. органайзер.
<b><i>Формы обучения</i></b>	Групповая работа («Учимся вместе», «Работайте вместе- <i>Меняйтесь идеями</i> »), одиночные
<b><i>Учебные средства</i></b>	Доска-стенд, флипчарт, видеофильмы, писчая доска, модел, муляжи, графики, диаграммы, схема, заметки, контрольный листок, тексты.
<b><i>Учебные условия</i></b>	Специально технологически оборудованные комнаты.
<b><i>Мониторинги оценки</i></b>	Устный опрос :экспресс тест, письменный опрос: тест

## Теоретическая часть

Этот раздел включает в себя повреждения СОПР, развивающееся под воздействием нервных факторов, как стресс и депрессия, психические заболевания.

Глоссодиния (glossodinia) — ларестетический бульбарный феномен, который характеризуется диссоциированными нарушениями чувствительности по сегментарному типу, сегментарными парестезиями, нарушениями слюноотделения и вкусовых ощущений.

Этиология. Глоссодиния развивается при повышении тонуса симпатического отдела нервной системы при общей вегетативной дистонии, климаксе, гипертиреозе, эндогенных гиповитаминозах В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. Больные глоссодинией обычно склонны к излишней болезненной тревожностью чертами характера, страдающие различными фобиями. Очень часто глоссодиния развивается в период дисгормональных расстройств, особенно в климактерическом периоде. Возможно развитие глоссодинии после проводимой лучевой и химиотерапии, а также при гальванозе.

Наиболее частыми этиологическими факторами развития глоссодинии являются заболевания органов системы пищеварения, заболевания эндокринной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы. Факторами риска (местные) выступают заболевания височно-нижнечелюстного сустава, заболевания слизистой оболочки полости рта травматического происхождения, неправильно изготовленные протезы, некачественно наложенные пломбы, гальваноз, а также (общие) гормональные дисфункции, стресс, эмоциональные перегрузки, физические перенапряжения.

Глоссодиния является симптомокомплексом боли и расстройств восприятия в языке при функциональных невротических состояниях, заболеваниях внутренних органов, гормональных расстройств и другой соматической патологии. Глоссодинии относится к трофическим расстройствам, в патогенезе которых значительная роль отводится пограничным нарушениям психо-эмоциональной сферы. Этот фактор объясняет почему это заболевание

встречается в три раза чаще у женщин, чем у мужчин. В связи с этим канцерофобией больше страдают женщины.

Патогенез глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома раскрыт Е.С. Яворской (1965) на основании клинических и экспериментальных данных. Установлено, что поражение бульбарного отдела ствола мозга и вагосимпатического отдела нервной системы возникает при заболеваниях внутренних органов. Анатомические и функциональные связи внутренних органов с центральной нервной системой способствуют возникновению висцеро-рефлекторных бульбарных нарушений при заболеваниях печени, желудка и других органов.

При висцеральной патологии между периферическим и центральным отделами нервной системы создаются новые соотношения, изменяющие интеграцию импульсов в общем пути чувствительной информации. В норме висцеральные (интероцептивные) импульсы не могут пробиться в конечный путь ответной реакции, так как они являются тоническими.

Патогенез парестезии и нарушения чувствительности по диссоциированному типу больных глоссодинией обусловлен изменениями в тех отделах бульбарных ядер тройничного нерва, которые связаны со слизистой оболочкой полости рта и центральными сегментами кожи лица. Бульбарные расстройства обусловлены поражением ядер языкоглоточного и блуждающего нервов, ретикулярной формации. Поражение нейронов слюноотделительных и вкусовых ядер приводит к нарушению слюноотделения и вкуса.

Таким образом, патология чувствительных и двигательных ядер каудального отдела ствола головного мозга при заболеваниях внутренних органов клинически проявляются висцеро-рефлекторным стволовым синдромом - глоссодинией.

Клиника. Глоссодинией болеют преимущественно женщины молодого и среднего возраста. Глоссодиния проявляется парестезиями и нарушениями чувствительности слизистой оболочки полости рта и кожи лица, изменениями

функций слюноотделения, вкуса и другими бульбарными расстройствами. Это ощущения жжения, покалывания, жара, ожога, холода, зуда, онемения, ползания мурашек, Сочетание различных парестезий формирует полиморфные ощущения.

В начале болезни парестезии длится минуты, иногда часы, однако могут прекращаться быстро. С развитием болезни интенсивность парестезии значительно повышается. Приступы мучительны, вызывают подавленное состояние, снижают трудоспособность, нарушают сон. В клинической картине выражены зоны возникновения, доминирования и распространения парестезии. В зонах доминирования сосредоточен максимум интенсивности ощущений. Преобладание интенсивности парестезии в языке является патогномичным признаком глоссодинии.

Знание клинических вариантов глоссодинии имеет большое практическое значение для диагностики и дифференциальной диагностики глоссодинии с заболеваниями тканей полости рта. На основании автономности локализации парестезии выделены мукозная и дерматомукозная формы глоссодинии.

При мукозной форме парестезии слизистая оболочка полости рта (тригеминальная форма) иногда охватывают корень языка, глотку, шейный отдел пищевода (глоссофарингеальная форма), Топографически парестезии сосредоточены в области иннервации тройничного, языкоглоточной и блуждающего нервов.

При дерматомукозной форме парестезии сосредоточены и в коже лица, причем локализация патологических ощущений носит сегментарно-стволовой характер, чаще в центральных зонах лица. У большинства больных наблюдается сочетание парестезии с болями в языке ломящего или давящего характера,

Нарушения слюноотделения встречаются у 75% больных и проявляются как повышением, так и снижением секреции слюны, а также нарушением суточного ритма саливации.

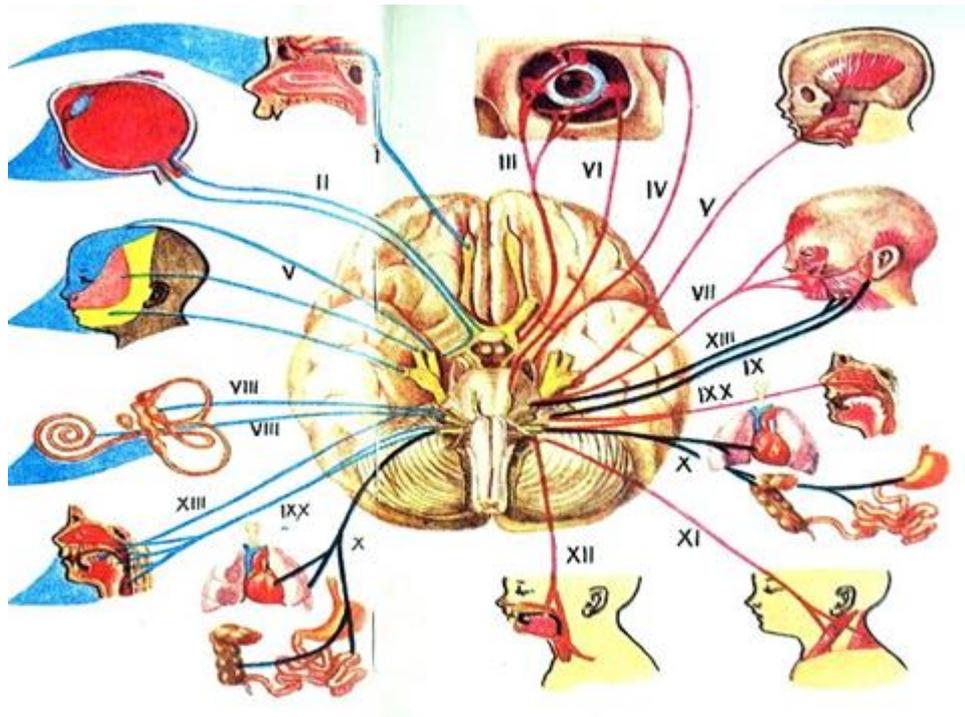
У некоторых больных возникают изменения вкусовой чувствительности, повышение, понижение или диссоциированные нарушения, полная потеря вкуса. Часто больные жалуются на различные привкусы во рту. Элементы бульбарных расстройств при глоссодинии субъективно проявляются в виде затрудненного глотания, чувства кома в горле или инородного тела в глотке.

Чаще наблюдается повышение болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной. Гиперестезия и гиперпатия преимущественно локализуется симметрично в центральных и средних отделах кожи лица и слизистой оболочки передних отделов языка, губ, альвеолярных отростков, неба. Пальпация проекционных точек ветвей тройничного нерва, вегетативных узлов и сосудистых стволов шеи обычно безболезненна, только у некоторых больных наблюдается болезненность шейного и звездчатого вегетативных узлов.

Лечение назначают после тщательного клинического и лабораторного обследования с учетом факторов, вызвавших заболевание. Комплекс этиотропных, патогенетических и симптоматических общих и местных лечебных воздействий должен быть направлен на восстановление нарушенной функции органов и систем, на устранение клинических проявлений парестезии, изменений чувствительности слизистой оболочки полости рта и кожи лица, нормализации слюноотделения, вкусовых ощущений и других бульбарных расстройств.

### **Нарушение вкуса**

Нарушение вкуса (*dysgeusia*), или расстройство вкусовой чувствительности, может проявляться в его полной потере, понижении, повышении и извращении. Это касается всех видов вкусовой чувствительности (к сладкому, соленому, кислому, горькому) или только некоторых из них. Нарушение вкуса может возникнуть при травмах, поражениях слизистой оболочки рта, авитаминозах, заболеваниях нервной системы, периферических нервов, центральной нервной системы, при неврозах.

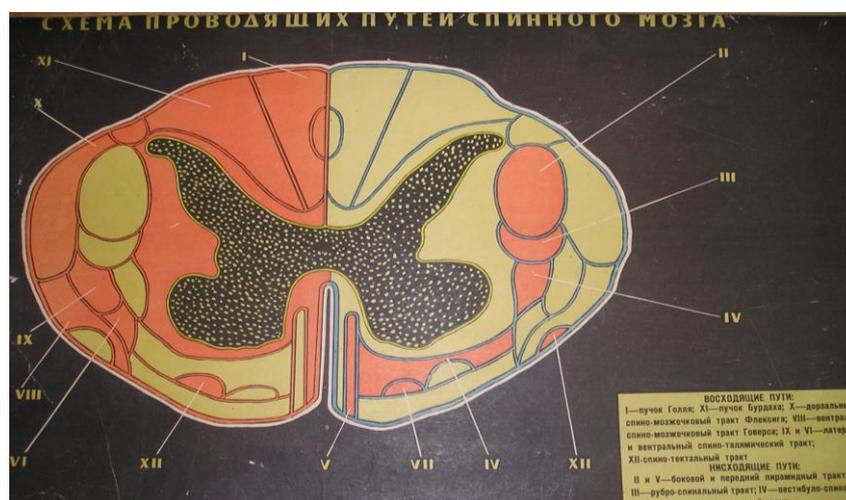


Основные клинические симптомы поражения языка - приступы боли, гиперестезии, расстройства болевой, температурной и специфической (вкусовой) чувствительности. Необходимо помнить, что, вследствие разных источников иннервации языка, расстройства вкусовой чувствительности происходят обычно по сегментарному типу (например, при синдроме Вилларе происходит нарушение вкуса на передних 2/3 языка, при синдроме Берне - в задней трети); сочетанные поражения крайне редки.

Вкусовые луковицы располагаются главным образом в слизистой оболочке языка, поэтому любой процесс (вирусные инфекции, аллергические глосситы, многоформная экссудативная эритема, лучевое поражение, авитаминозы А и В, синдром Шегрена), сопровождающийся усиленным слущиванием или временной потерей эпителия на языке, может привести к понижению или потере вкуса. В таких случаях вкусовая чувствительность восстанавливается по мере регенерации сосочков языка. При сильной обложенности и обширных поражениях языка лейкоплакией вкус также нередко понижается, что связано с затрудненным доступом вкусовых веществ к вкусовым луковицам.

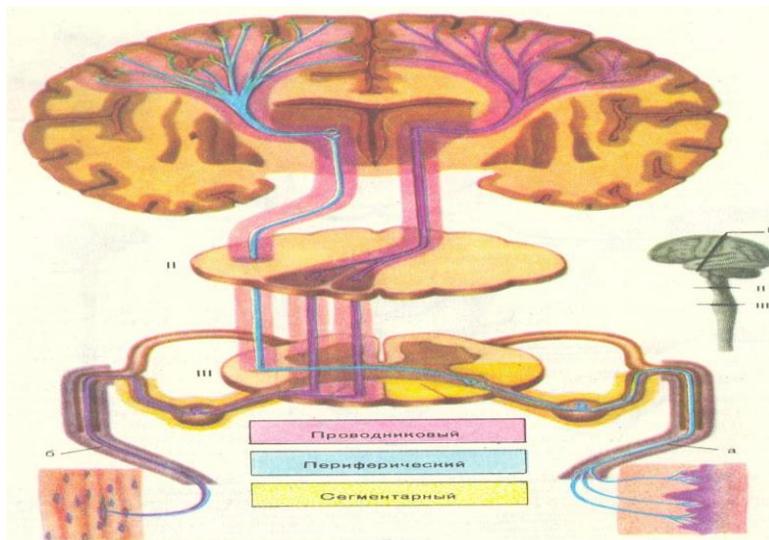
Чувство кислого может возникать у больных с явлениями гальванизма. К появлению неприятного вкуса в полости рта, могут привести гингивиты, пародонтиты, хронические тонзиллиты, периодонтиты. Это ложное извращение вкуса, так как вкусовая чувствительность не меняется, а возникает источник вкуса в полости рта. Чувство горького, кислого может появляться при гепатохолестиститах, гастритах.

Одностороннее нарушение вкуса на передних двух третях языка свидетельствует о поражении периферического нерва — барабанной струны, язычного, лицевого нервов.



Вкусовые волокна почти на всем своем протяжении идут рядом с другими нервными волокнами, поэтому одновременно с поражением периферических вкусовых нервов обычно нарушаются другие виды иннервации, что позволяет определить место поражения (например, при поражении язычного нерва нарушаются все виды поверхностной чувствительности языка). Крайне редко приходится наблюдать изолированное поражение барабанной струны, сопровождаемое понижением или извращением вкуса, например при хронических отитах, эпитимпанитах. Нарушение вкуса на задней трети языка, мягком небе свидетельствует о поражении языкоглоточного нерва.

Полное двустороннее, реже одностороннее, выпадение вкусовой чувствительности возникает при органических поражениях центральной нервной системы (опухолях мозга, нейросифилисе). Извращение вкуса или его потеря нередки при истерии.



Лечение. В зависимости от причины нарушения вкуса лечение проводит стоматолог или врачи других специальностей — невропатолог, терапевт.

### **Нарушение саливации**

Различают два вида нарушения слюноотделения: гиперсаливацию (увеличение слюноотделения) и гипосаливацию (уменьшение слюноотделения) с ее крайней степенью - ксеростомией (сухость полости рта).

#### **Гиперсаливация.**

Это нарушение не влияет на состояние слизистой оболочки рта и в умеренных пределах не замечается больными.

Острые воспалительные процессы слизистой оболочки рта сопровождаются безусловно-рефлекторным увеличением выделения слюны из-за резкого раздражения слизистой оболочки, что следует признать положительной защитной реакцией организма. Гиперсаливация может возникнуть как следствие непосредственного раздражения секреторных клеток слюнных желез ртутью, йодом при попадании этих веществ в организм.

Длительная резкая гиперсаливация (увеличение количества слюны в 2 - 3 раза) наблюдается при некоторых органических поражениях вегетативных

центров — паркинсонизме, псевдобульбарном параличе, постинсультной гемиплегии. При паркинсонизме гиперсаливация может сочетаться с нарушением глотания. Это приводит к истечению слюны из полости рта, постоянному сплевыванию. Повышение тонуса блуждающего нерва (ваготония) различной этиологии, глистная инвазия также приводят к увеличению слюноотделения.

Нередко стоматологу приходится иметь дело с ложной гиперсаливацией, когда больные жалуются на обильное выделение слюны, а при объективном исследовании это не подтверждается. Такое явление встречается при неврозе, сопровождаемом навязчивыми состояниями, а также при нарушении акта глотания в случае органических поражений центральной нервной системы. Больные с гиперсаливацией, помимо стоматолога, должны по показаниям обследоваться невропатологом и терапевтом.

Гиперсаливация при острых воспалительных процессах в полости рта - явление защитное и в лечении не нуждается. Лечение при гиперсаливации другой этиологии должно быть направлено на устранение основного заболевания, вызвавшего это состояние.

Временного снижения выделения слюны можно добиться путем применения препаратов атропина.

### **Гипосаливация.**

Гипосаливация и, особенно, ее крайнее проявление - ксеростомия вызывают у больных ощущение сухости в полости рта, затруднение при приеме пищи и разговоре, боль от острой и твердой пищи, чувство жжения, шероховатости слизистой оболочки. Гипосаливация часто сочетается с сухостью других слизистых оболочек, кожи.

Объективно слизистая оболочка слабо увлажнена или сухая, матовая. Слюны мало, она пенистая или вовсе отсутствует. Активный рост микрофлоры из-за исключения защитного действия слюны приводит к воспалению слизистой оболочки, травмам при приеме пищи, возникновению

эрозий, язв. У больных с длительной гипосаливацией увеличивается зубной налет, возникает множественный кариес зубов.

Слюноотделение понижается в пожилом и старческом возрасте, при диабете, коллагенозах, лучевом поражении, гипо- и авитаминозах А, В, Е, гипосидерозе (синдром Пламмера - Винсона), после хирургического удаления больших слюнных желез при двустороннем хроническом паротите. Наиболее выраженная сухость полости рта бывает у больных с синдромом Шегрена.

Повышение тонуса симпатической нервной системы также может приводить к гипосаливации, например при гипертиреозе, в климактерическом периоде, при невротических состояниях. Как временное явление ксеростомия может возникать при острых инфекционных заболеваниях и при отравлении (ботулизм), после приема некоторых лекарственных средств (например, атропина).

Синдром патологического прикуса также нередко сопровождается понижением саливации.

У людей с нарушенным носовым дыханием (полипы, искривление носовой перегородки), вынужденных постоянно дышать ртом, сухость в полости рта обычно обусловлена не понижением слюноотделения, а усиленным испарением жидкости из полости рта (ложная гипосаливация). Сухость в полости рта только ночью может быть следствием сна с открытым ртом из-за слабости мышц, поднимающих нижнюю челюсть, что бывает чаще в пожилом возрасте.

Если причина гипосаливации выявлена, лечение заключается в устранении этой причины или смягчении ее действия. Необходима санация полости рта, включая протезирование. Рекомендуются витаминотерапия (витамины А, Вх, В2, В6, В12, С, Е), по показаниям - половые гормоны.

Хороший эффект дает гальванизация области больших слюнных желез. В качестве симпатических средств с успехом применяют 0,5 - 1 % раствор галантамина гидробромида подкожно, внутрь или методом электрофореза

ежедневно в течение месяца, 1 % раствор пилокарпина гидрохлорида (по 4 капли 1 - 2 раза в день), витамин А и препараты йода внутрь.

Местно рекомендуется применение противовоспалительных и смягчающих средств (бура на глицерине, лизоцим, персиковое, подсолнечное масло и др.).

### ***Невралгии и невриты.***

Возникают вследствие хронической инфекции или интоксикации, длительного раздражения языка протезом, острым краем зуба, травматического повреждения нервных стволов.

#### ***Невралгия язычного нерва***

Приступы острых болей в области передней трети языка. Часто боли сопровождаются расстройствами чувствительности типа гиперестезии на соответствующей половине языка, что приводит к нарушению болевой и вкусовой чувствительности. Приступ боли могут спровоцировать любые движения языка.

#### ***Неврит язычного нерва***

Боли и парестезии в передних 2/3 соответствующей половины языка, снижение тактильной и болевой чувствительности в этой области.

#### ***Невралгия и неврит языкоглоточного и блуждающего нервов***

Причины: нарушения обмена веществ, атеросклероз, инфекция, интоксикация, травма, опухоль мостомозжечкового узла, аневризма сонной артерии, рак гортани и др. Односторонние болевые пароксизмы, начинающиеся в корне языка или миндалине и распространяющиеся на нёбную занавеску, горло, ухо. Длительность приступа 1-3 минуты. Боли провоцируются движениями языка (триггерная зона - в области корня языка). Приступы сопровождаются болью и сухостью в горле, после них наблюдается гиперсаливация. Иногда во время приступа бывает тошнота, головокружение, потеря сознания, гипотензивный синдром. Неврит проявляется постоянными болями в корне языка с иррадиацией в зев, верхний отдел глотки, ухо, периодически усиливающимися

(всего длятся несколько часов), гиперестезией в задней трети языка, области миндалины, нёбной занавески, верхней части глотки; нарушением вкуса в корне языка (появляется чувство горечи), снижением слюноотделения соответствующей околоушной слюнной железы. Невралгия языкоглоточного нерва носит название **синдрома Сикара**.

#### *Неврит подъязычного нерва.*

Причины те же - опухоли и кисты дна полости рта. При изолированном неврите - двигательные расстройства мышц языка, иногда боли в корне языка, головная боль. Шов языка имеет форму дуги, вытянутой в здоровую сторону, корневая часть языка на поражённой стороне приподнята из-за паралича. При высовывании язык отклоняется в больную сторону. В первые дни возможна нерезко выраженная дизартрия без признаков дисфонии, которая, впрочем, быстро проходит. В последующем развивается атрофия мышц языка. При двустороннем поражении резко нарушается речь, перемещение пищи в полости рта и глотание.

Длительные сильные невралгические боли в языке описаны при **синдроме Троттера** (описан в 1911 году). Из-за опухоли в носоглотке возникает боль в нижней челюсти с одной стороны, в языке; ухудшается подвижность мягкого нёба; развивается тризм. Ухудшается слух.

Боль и жжение в языке - частые признаки **синдрома Костена** - синдром понижения межокклюзионной высоты за счёт стираемости зубных рядов и инволютивных изменений в височно-нижнечелюстном суставе. Описан в 1934 году.

**Белла синдром**. Описан в 1830 году. Встречается при поражении 7 пары черепно-мозговых нервов. Развивается чаще всего при охлаждении организма. Возникают односторонние парезы мышц лица. На поражённой стороне сглаживаются кожные складки лба, носогубные складки. На стороне поражения возникает птоз угла рта. Ослабляется вкус на передних 2/3 языка.

**Богорадовой синдром** (синдром "крокодиловых" слёз). Описан в 1928 году. Поражение 7 пары черепно-мозговых нервов. Синдром сопровождается

изменением физиологического вкусо-слюнного рефлекса и замещением патологическим рефлексом. При механическом раздражении жевательных мышц и слизистой оболочки полости рта вкусовые ощущения отсутствуют. Этиология - травма мозга.

**Синдром Ромберга.** Описан в 1946 году. Врождённое заболевание. Вначале на одной стороне лица появляются голубовато-бурые пятна с одновременными невралгическими болями и клоническими мышечными судорогами. Затем развивается рубцовая атрофия кожи лица, глазных, нёбных и языковых мышц. На больной стороне расшатываются и выпадают зубы, ресницы.

**Гальванизм.** Жжение, саднение, металлический привкус во рту, вкус соли, горечи, кислоты, разлитые парестезии. При осмотре отмечают гиперемии, гиперкератоз, отёчность языка с отпечатками зубов на боковых поверхностях, гипо- и гипертрофию нитевидных сосочков, частичную десквамацию эпителия, ксеросто-мию. В тяжёлых случаях слюна становится вязкой, густой, тягучей, пенистой.

**Другие нарушения чувствительности языка.** Расстройства вкусовой и других видов чувствительности задней трети языка наблюдаются при синдроме Берне (альтернирующий паралич, развивающийся в результате повреждения пирамидного пути в области продолговатого мозга - контралатеральный спастический гемипарез, гомолатеральный паралич нёба и глотательной мускулатуры). При синдроме Вилларе может быть полное нарушение чувствительности языка (симптомокомплекс при одностороннем поражении 9,10,11,12 пар черепных нервов в результате ранения, повреждения или опухоли; развиваются паралич мышц глотки, мягкого нёба, паралич голосовых связок). Атрофия языка на стороне поражения вследствие пареза подъязычного нерва наблюдается при синдроме Джексона (альтернирующий симптомокомплекс поражения ствола мозга у больных с расстройствами кровообращения в верхних отделах продолговатого мозга). Парез подъязычного нерва с развитием атрофии языка может развиваться также у

больных с распадом двух верхних шейных позвонков (туберкулёз, опухоль), носящем название синдрома Руста.

### **Дискинезии языка**

К ним относятся тремор, миоклонии, миастения, миоплегия и миотония.

*Тремор* является результатом поражения подкорковых ганглиев при болезни Паркинсона, атеросклерозе сосудов головного мозга, отравлениях, травмах.

Дрожание языка происходит на фоне изменений мышечного тонуса и может приводить к дизартрии. Как указывает Topaloglu H. с соавт. (1990), тремор языка и дизартрия являются первыми признаками развития болезни Вильсона.

*Миоклонии* характеризуются асинхронными, асинергичными, частыми (от 50 до 180 в минуту) судорогами (Wang V. с соавт., 1993) и также приводят к дизартрии.

Основным симптомом миастении является повышенная мышечная утомляемость при движении или мышечном напряжении. Мышечная слабость резко нарастает при повторении активных движений, особенно в быстром темпе; после отдыха функция мышц восстанавливается. В дальнейшем развивается атрофия мышц (Kida E. с соавт, 1984). Таким образом, если во время еды или разговора больному становится все труднее жевать или говорить, то можно с уверенностью диагностировать миастению.

Основным симптомом миотонии (*болезни Томсена*) является необычайно медленное затруднённое расслабление мышц после их сокращения; период расслабления затягивается на несколько секунд (от 5 до 30). Повторные движения совершаются более легко и спустя некоторое время становятся нормальными. Поражение языка и окружающих мышц проявляются в своеобразной дизартрии: в течение нескольких секунд больной не может произнести ни слова, затем произносит с напряжением несколько слов, после чего его речь становится свободной. Если больной помолчит несколько минут, то все повторяется сначала. Основным условием появления миотонических явлений оказывается значительное мышечное сокращение. Если больной спокойно разговаривает, то языку него движется свободно. В тех случаях, когда

он напрягает мышцы лица или с напряжением высовывает язык, вновь возникают миотонии.

Довольно часто тремор, миоклонии и другие дискинезии языка являются начальными признаками болезни Вильсона, амиотрофического бокового склероза. Описан изолированный миоклонус языка при заболевании. Миоклонии вместе с мышечными деформациями (искривлениями) языка и уменьшением ротовой полости - нередкие симптомы мышечной дистрофии Дюшена. Описано развитие парезов мышц языка и миоклоний при инфекционном мононуклеозе, приведшем к обструкции верхних дыхательных путей и множественным парезам черепных нервов.

Большие нство судорожных синдромов могут приводить к травмам языка вследствие прикусывания в бессознательном состоянии (в момент приступа). В связи с этим в литературе встречаются описания "опухолевых" узлов языка вероятной травматической природы (Webb D.J. с соавт, 1986). Щёчно-язычно-лицевую апраксию с поражением лицевого и язычного нервов описывает Assal G. с соавт. (1993). Контралатеральный спастический паралич мышц языка может отмечаться при синдроме Вернике, носящем характер гемиплегии.

**Патомимия (болезнь Мюнхгаузена)** - группа искусственно вызываемых повреждений кожи и слизистых оболочек, вызываемых самим больным, преследующим самые разнообразные цели (эмоциональная разрядка, снятие или ослабление неприятных ощущений, имитация какого-либо известного ему дерматоза, для аггравации предшествующего патологического процесса). Патомимия встречается также при тяжёлых психопатиях, эндогенных и органических психозах, сенестезиях (тягостные ощущения типа парестезии) и т.д. Клиника патомимии чрезвычайно разнообразна: от банальных повреждений (ожоги, порезы и т.д.) до глубоких язвенно-некротических поражений.

В полости рта нередко встречаются следы искусственных ожогов кислотами и щелочами, травмы (прикусывание) щёк и языка. Последнее нередко имеет характер obsессии (навязчивости) или патологической фиксации (привычки)

и может свидетельствовать о неврозе или психозе. Привычка сосать кончик и боковые поверхности языка нередко приводит к утолщению эпителия беловатого цвета типа мозоли или лейкоплакии. Развивающиеся на этом фоне травмы вследствие прикусывания могут имитировать эрозивную лейкоплакию.

У стоматологических больных заболеваний нередко заключается в наслаивании на стоматологическое заболевание (преимущественно хирургическое) психических симптомов: различные вызванные нарушения и ситуационные реакции невротического уровня. Синдром наблюдается у наркоманов, когда они для получения наркотиков усиливают симптомы стоматологического заболевания. У них появляются психические, физические изменения личности и изменённая реактивность организма. Так, Tyler M.T. с соавт. (1995) описывает характерный пример синдрома Мюнхгаузена: искусственное развитие атипичного мигрирующего глоссита у пациента с периорбитальным экхимозом и переломом обеих челюстей.

Необходимо помнить, что симуляция и аггравация патологического процесса нередко не приносит никакой выгоды и может даже оказаться опасной для больного.

### **Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.**

Проведение интерактивной игры “Паутина”.

**Составление органайзеров на тему:** Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях нервной системы. Изменения вкуса. Гипер- и гипосаливация.

1. Категориальная таблица
2. «Рыбий скелет»

Метод "Паутина".

1. Студентам предоставляется время для подготовки ответов на вопросы предыдущих уроков.
2. Игроки садятся в круг.

3. Игрок передает мяч пряжи тому, кто подготовил ответ на вопрос.

4. Студент, который принял мяч отвечает на вопрос и спрашивает другого игрока. Этот конкурс продолжается, пока все игроки не запутались в паутине.

5. Всем студентам были заданы вопросы, последний игрок задаёт вопрос первому игроку и передает мяч, и так далее, это действие продолжается до тех пор паутина не распутается.

6. При задавании вопроса от студента требуется внимание, потому что неизвестно, кто получит мяч.

### ***Вопросы и ответы:***

1. Изменение полости рта при гипосаливации :

Ответ: Слизистая оболочка полости рта немного помутневшая, сухая, слюны мало или нет, множественный кариес .

2. Когда встречается гипосаливация.

Ответ: Гипосаливация наблюдается при коллагенозах, диабете, облучении, гиповитаминозах А, В, Е , после удалении больших слюнных желез, двустороннем хроническом паротите, гипосидероза( синдром Пламмер – Винсона), синдроме Шегрена, у пожилых, при невротических состояний, климакс, ботулизм, после применения атропина .

3. Изменение вкуса наблюдается при .

Ответ: Изменение вкусовой чувствительности (dysgeusia) может быть полным неполным и измененный. Встречается при патологии СОПР, авитаминозах, заболеваниях ЖКТ, неврозах, заболеваниях центральной и периферической нервной системы, повреждениях лицевого

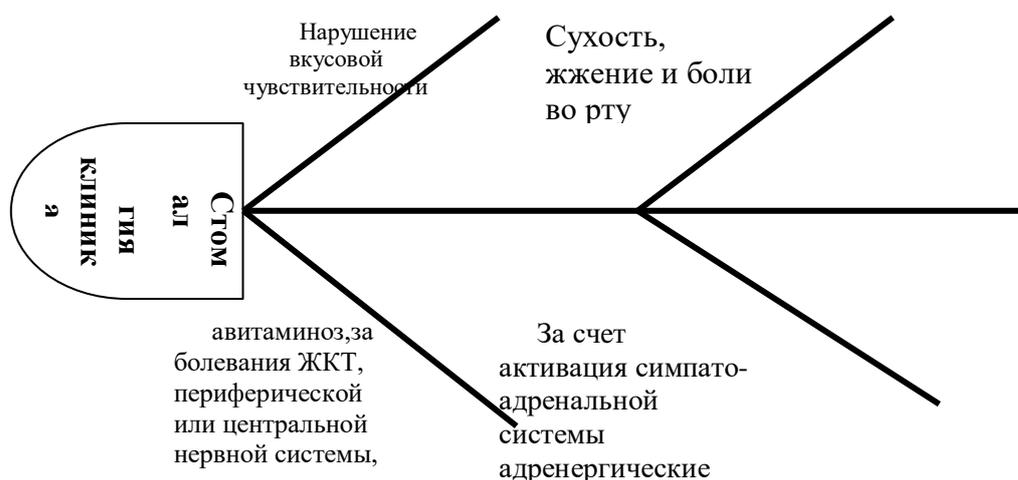
4. Как вы понимаете термин стомалгия .

Ответ: Стомалгия это хроническая болезнь сопровождающаяся орофациальными болями.

5. В чем заключается этиология стомалгии.

Ответ: В основном этиологическими факторами являются механические-протезы, вредные привычки , гальванические токи , химические и ответные реакции на лекарственные аллергены

### Оргайзер «Рыбий скелеты»



### Категориальная таблица по методам обследования пациентов с заболеваниями нервной системы

	<b>Опрос:</b>	<b>Осмотр:</b>	<b>Пальпация:</b>
<b>Основные методы обследования</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жалобы</li> <li>• Анамнез vitae</li> <li>• Рабочая среда</li> <li>• Перенесенные заболевания</li> <li>• Анамнез morbi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внешний осмотр</li> <li>• Преддверия рта</li> <li>• Собственная ротовая полость</li> <li>• Прикус</li> <li>• Язык</li> <li>• Дно</li> <li>• Состояние десен</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Припухлость ткани</li> <li>• упругость</li> <li>• подвижность</li> <li>• болезненность</li> <li>• Спаянность</li> </ul>

<p><b>Дополнительные методы обследования</b></p>	<p><b>Рентгенологически:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутриротовое</li> <li>• С наружи</li> <li>• панорама</li> <li>• ортопантомография</li> <li>• сиалогграфия</li> </ul>	<p><b>Функциональные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Проба волдирь</li> <li>• Гистаминовая проба</li> <li>• Люминесцентная проба</li> <li>• фотоплетизмография</li> <li>• реография</li> <li>• полярография</li> </ul>	<p><b>Лабораторные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Микроскопическая</li> <li>• цитологическая</li> <li>• биопсия</li> <li>• бактериологическая</li> <li>• серологическая</li> <li>• кожные пробы</li> <li>• Аллергологическая проба</li> <li>• Гистологическое обследование</li> <li>• Обследования диуреза</li> </ul>
--	---	--	--

### Комплекс ситуационных задач

Пациент 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на ощущение сухости в полости рта, затруднение при приеме пищи и разговоре, боль от острой и твердой пищи, чувство жжения, шероховатости слизистой оболочки. При осмотре Объективно слизистая оболочка слабо увлажнена или сухая, матовая. Слюны мало, она пенистая или вовсе отсутствует.

А. поставьте диагноз: а)термический ожог б)гипосаливация в)лучевая болезнь, г)гальванизм, д)химический ожог;

Б. причиной гипосаливации может быть: а) горячая пища б)электрокоагуляция в)употребление НАСА г) гипертиреозе д)работа на химическом заводе;

#### Тесты

1.Причиной гипосаливации может быть:

- А)гипертиреоз
- Б)горячая пища
- В)электрокоагуляция
- Г)употребление наса

Д) работа на химическом заводе

2. Синдром патологического прикуса сопровождается:

- А) понижением саливации
- Б) повышением саливации
- В) понижением вкусовой чувствительности
- Г) повышением вкусовой чувствительности
- Д) потерей вкуса

3. Нарушение вкуса на задней трети языка, мягком нёбе свидетельствует о поражении:

- А) языкоглоточного нерва
- Б) лицевого нерва
- В) язычного нерва
- Г) поражении барабанной струны
- Д) мандибулярного нерва

4. Чувство кислого может возникать у больных:

- А) с явлениями гальванизма
- Б) при периодонтитах
- В) при стомалгии
- Г) при ваготонии
- Д) при неврозах

5. При гипосаливации хороший эффект даёт:

- А) гальванизация области больших слюнных желез
- Б) дарсонвализация
- В) ультразвук
- Г) УВЧ-терапия
- Д) электрофорез

6. Гипосидероз это:

- А) синдром Пламмера – Винсона
- Б) синдром Шегрена
- В) понижение гемоглобина
- Г) апластическая анемия
- Д) состояние после кровотечения

7. Вкусовые луковицы располагаются:

- А) в слизистой оболочке языка
- Б) в слизистой оболочке щеки
- В) подязычной области
- Г) подчелюстных лимфоузлах
- Д) в мышечном слое

8. Ложная гипосаливация это:

- А) усиленное испарение жидкости из полости рта
- Б) вытекание жидкости из полости рта
- В) нарушение клеток слюнных желез
- Г) раздражения секреторных клеток слюнных желез
- Д) нарушение вкусовых луковиц

9. При гипосаливации 1 % раствор пилокарпина гидрохлорида назначают:

- А) по 4 капли 1 - 2 раза в день
- Б) по 4 капли 3-4 раза в день
- В) по 2 капли 3 раза в день
- Г) по 5 капель 2 раза в день
- Д) по 3 капли 2-3 раза в день

10. Сухость в полости рта только ночью может быть следствием:

- А) сна с открытым ртом из-за слабости мышц
- Б) беременности
- В) плохого сна
- Г) неврозного состояния
- Д) искривление носовой перегородки

11. Крайнее проявление гипосаливации:

- А) ксеростомия
- Б) ваготония
- В) повышение тонуса симпатической нервной системы
- Г) понижение тонуса симпатической нервной системы
- Д) некротические процессы

12. Для временного снижения выделения слюны применяется:

- А) атропин
- Б) галаскорбин
- В) аскорутин
- Г) пилокарпин
- Д) аналгин

## Практическая часть

### Мануальный навык: Обработка зубов при гиперестезии.

**Цель:** Научить студентов лечению гиперестезии

**Показание.** Устранение гиперестезии зубов

**Оснащение:** Стоматологические инструменты, флюор протектор, кисточка, ватные валики, щетки для удаления зубных налетов.

### Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы
1. Определение зубов с гиперестезией	0	5
2 Снятие налёта с поверхности зуба щеткой	0	10
3. Изолировать зуб от слюны ватными валиками, высушить	0	5
4. С помощью специальной кисточки покрыть все поверхности зубов с гиперестезией флюор протектором	0	10
5. Высушить зубы с помощью воздуха	0	5
6. Дать совет	0	5
<b>Итого:</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

### Методы проверки знаний, опыта и навыков

- устно
- письменно;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрацию практических навыков;

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Причины гиперсаливации в полости рта.
2. Причины хронических физических повреждений СОПР.
3. Клинические проявления гиперсаливации .
4. Клинические проявления гипосаливации.
4. Факторы , вызывающие гипосаливацию.
5. Нарушение вкуса.
6. Лечение нарушений саливации.

## 7. Причины возникновения ксеростомии.

### **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. Камиллов Х.П., Ибрагимов 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. cohrane.com](http://www.cohrane.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. stomatologiya.ru](http://www.stomatologiya.ru)