АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра: Патологической Физиологии Имени В.Г. Корпачева.

**РЕФЕРАТ**

**на тему: Нарушение в тканях полости рта при хронической недостаточности сердечно-сосудистой системы**

г.

**Нарушение в тканях полости рта при хронической недостаточности сердечно-сосудистой системы**

При хронической недостаточности сердечно-сосудистой системы происходит нарушения гемодинамики, и вследствие чего снижается метаболизм различных органов организма человека.

Недостаточность кровообращения - патологическое состояние, при котором минутный объем кровообращения оказывается неадекватным метаболическим потребностям организма. Причинами могут служить анемия, уменьшение ОЦК (Объема циркулируемой крови) и сердечная недостаточность.

Сердечная недостаточность - синдром, возникающий при неспособности сердца обеспечить адекватное кровоснабжение организма, из-за ухудшения его насосной функции.

Обычно сердечно-сосудистая недостаточность развивается медленно. Механизм ее развития включает много этапов. При хронической недостаточности нужно выделять 3 стадии хронической недостаточности кровоснабжения.

В первой стадии проявляется одышка, утомляемость только при физических нагрузках. В покое синдромы исчезают. Гемодинамика не нарушена.

Вторую стадию подразделяют на период А (хроническая сосудистая недостаточность) и период В (хроническая сердечная недостаточность).

В периоде А нарушается гемодинамика в одном из кругов кровообращения, при этом они выражены умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.

В периоде В выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптированное ремоделирование сердца и сосудов.

В третий стадии тяжелые необратимые структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

При наличии сердечно-сосудистой недостаточности, в полости рта слизистая оболочка бледная, а на десневом крае, и в областях небных дужек - с цианотичным оттенком. Частым проявлением заболевания являются трофические расстройства в виде изъязвлений, сопровождающихся резким гнилостным запахом изо рта. Изъявления возникают в участках постоянной травмы (протеза, нависающие пломбы).

При сердечно-сосудистой недостаточности отмечается катаральный гингивит и стоматит. Которые часто переходят в язвенно-некротические поражения слизистой оболочки.

Признаками сердечно-сосудистой недостаточности является «полированный язык», появляющийся в результате десквамации нитевидных сосочков на спинке языка. Больные нередко жалуются на жжение в области языка. Что свойственны расстройствам чувствительных рецепторов : болевых, вкусовых и тактильных.

При нарушении адекватного кровоснабжения снижаются адаптационные способности, что приводит в атрофическим изменениям слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Нарушения слизистой оболочки полости рта при хронической недостаточности ССС.

Стоматит.

Стоматит - общее название для воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Чаще всего стоматит проявляется образованием болезненных эрозий и язвочек во рту.

По типу патологических изменений в полости рта стоматиты подразделяются на:

катаральные;

язвенные;

кандидозные;

афтозные.

При катаральном стоматите воспаление затрагивает только самую поверхностную часть слизистой оболочки.

При язвенном стоматите воспаление распространяется на глубокие отделы слизистой.

Кандидозный стоматит развивается в результате снижения общего иммунитета и местной резистентности ткани, в связи с недостаточностью поступления питательных веществ и агрессивности грибов кандида.

При афтозном стоматите образуется множество мелких округлых дефектов на слизистой оболочке.

Своеобразно протекает рецидивирующий афтозный стоматит у больных с сердечнососудистой недостаточностью. Вследствие снижения реактивных возможностей тканей афты часто трансформируются в язвенно-некротические элементы, развивающиеся на гипо- или ареактивном фоне.

Начальные фазы их развития характеризуются мелкофокусными очагами ишемии. На фоне обескровленной с цианотичным оттенком слизистой оболочки просматриваются участки побеления, на месте которых в течение последующих суток развиваются афты, по виду напоминающие мелкоочаговый некроз.

Воспалительные изменения окружающих тканей и инфильтрация в основании отсутствуют. На поверхности налет серовато-белого цвета. При усугублении течения основного заболевания афты могут трансформироваться в язвы и, сливаясь в области ретромолярных участков, переходных складок, образуют обширные очаги некроза.

Признаком сердечно - сосудистой недостаточности могут явиться изменения эпителия языка. На спинке языка отмечается десквамация нитевидных сосочков. Остановится гладким и блестящим. Вследствие атрофии нитевидных сосочков и истончения эпителия языка больные нередко отмечают жжение.

Предупреждение сердечно-сосудистой недостаточности состоит в профилактике системных заболеваний, общие профилактические мероприятия касаются в основном режима. Лица, страдающие заболеванием сердца, при отсутствии проявлений сердечной слабости должны активно двигаться, заниматься физическими упражнениями, исключая при этом физические перенапряжения и, следовательно, профессии, связанные с тяжелым физически», трудом. Физическая активность способствует улучшению коронарного кровообращения, улучшает окислительно-восстановительные процессы в тканях.

Большое значение имеет соблюдение режима, исключение перенапряжений нервной системы и отрицательных эмоций. Важен и правильный пищевой режим: запрещается «наедаться», продукты должны быть легко усваиваемыми; жидкость употребляют в количестве, не нарушающем водный баланс организма; пища должна иметь необходимые витамины,. особенно группы В и витамина С; больные периодически должны отдыхать на курортах и в санаториях, должны постоянно находиться под систематическим врачебным контролем.

Медикаментозное лечение необходимо проводить соответственно симптомам сердечно - сосудистой недостаточности. Лечение поражений слизистой оболочки полости рта состоит в антисептической обработке ее 1 % раствором перекиси водорода (1 столовая ложка на 1 стакан воды), 1% раствором йодинола, 0,2% раствором хлоргексидина, показаны теплые орошения полости рта растворами фурацилина, этакридина лактата (риванола). После антисептической обработки следует проводить аппликации синтомициновой эмульсии, линимента алоэ, каротолина, уснината натрия с анестезином, 2-5% мази прополиса на масле или ланолине.

Нарушения пародонта при хронической недостаточности ССС.

Кариес.

Кариес - патологический процесс, характеризующийся прогрессирующей деструкцией твердых тканей (эмали и дентина) с образованием дефекта в виде полости. Основной причиной возникновения кариеса являются микроорганизмы зубного налета, разрушающие твердые ткани зубов. Особое значение придают стрептококкам групп А (Streptococcus mutants). Также имеет значение и эндогенные ( в основном с нарушениями желудочно - кишечного тракта, эндокринной системы и сердечно - сосудистой системы)

При хронической недостаточности сердечно - сосудистой системы происходит снижение неспецифической резистентности эмали зубов к воздействию микроорганизмов, что приводит к ускорению кариозных процессов. Что в дальнейшем приводит к дистрофическим изменениям твердой ткани зуба - пульпы, вследствие чего приводит к пульпиту.

Пародонтит.

Пародонтит - это воспалительное заболевание тканей десны, окружающих и удерживающих зуб (пародонта). Среди причин развития пародонтита выделяют общие (системные) и местные. К общим относят такую соматическую патологию, как сахарный диабет <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9\_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82>, иммунодефициты, заболевания системы крови и т.д., которые имеют так называемый «пародонтальный синдром».

Кроме того, многие хронические заболевания, не обладая специфическим влиянием на пародонт, предрасполагают к возникновению или отягощают течение хронического пародонтита. Наиболее актуальной местной причиной является микробный агент, первичным источником которого служит зубная бляшка. Определены виды микроорганизмов, специфически ответственных за тяжелое течение пародонтита: Porphyromonas gingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Treponema denticola.

Другая доказанная группа причин - травматическая. К ним относятся: травмирующие аномалии прикуса, высокое прикрепление тяжей и уздечек слизистой полости рта, скученность и аномалии положения зубов, гипертонус жевательной мускулатуры.

При хронической недостаточности сердечно - сосудистой системы, происходит нарушение кровотока пародонта, и вследствие чего снижается его адаптационные возможности.

Также за счет экзогенного воздействия микроорганизмов зубного налета и зубных бляшек, происходит дистрофические изменения пародонта (Пародонтоз). Что в дальнейшем приводит к тромбозу сосудов кости, и ее резорбции.

Гингивит.

Гингивит - заболевание, которое характеризуется воспалительным процессом слизистой оболочки десен. Различают следующие виды гингивита:

язвенно-некротический;

гипертрофический;

атрофический;

катаральный.

Если заболевание поражает десны в области всех зубов одной или обеих челюстей, то говорят о генерализованном (распространенном) гингивите, локализованный же характеризуется воспалительным процессом на отдельных участках десны в области одного или нескольких зубов.

Язвенно-некротический гингивит характеризуется возникновением на слизистой оболочке десен язв и некротизированных участков. Его клинические симптомы следующие: галитоз (неприятный запах <http://health.mail.ru/disease/nepriyatnyi\_zapah\_ot\_tela/> изо рта), сильная болезненность десен; общее состояние организма также ухудшается больной чувствует общую слабость, возможно повышение температуры тела до 39є, увеличение лимфатических узлов.

При гипертрофическом гингивите происходит увеличение десневых сосочков, которые начинают покрывать собою часть зуба. На начальных стадиях заболевание не проявляется какими-либо клиническими симптомами и неприятными ощущениями, на более поздних возникают кровоточивость и болезненность десен при дотрагивании и во время приема пищи.

При атрофическом гингивите, наоборот, происходит атрофия (уменьшение объема) тканей десны, постепенно уровень десны снижается и она обнажает корень зуба. Субъективно для человека атрофический гингивит проявляется болью на холодное или горячее.

Катаральный гингивит - это воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Катаральный гингивит проявляется периодически появляющимся чувством дискомфорта в деснах, неприятным запахом изо рта, кровоточивостью десне во время еды и чистки зубов <http://www.stomport.ru/article\_show\_id\_42>. Межзубные десневые сосочки могут приобретать синюшный цвет, а сама десна может отекать, увеличиваясь в объеме.

Лечение гингивита заключается в воздействии на зубные бляшки, устранении местных и общих предрасполагающих факторов. В некоторых случаях необходимо хирургическое вмешательство (кюретаж).

Важно то, что гингивит довольно часто является лишь признаком пародонтита (воспаления тканей, окружающих корень зуба, костной ткани альвеолы и десны) или пародонтоза <http://health.mail.ru/disease/parodontoz\_i\_parodontit/> (при этом воспаление выражено слабее, чем деструктивные процессы).

**Заключение**

сердечный сосудистый кровоснабжение стоматит

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из первых мест среди заболеваний человека. Имеется теснейшая функциональная взаимосвязь сердечно - сосудистой системы с органами дыхания, желудочно-кишечного тракта, почками. При нарушении сердечно - сосудистой системы могут наблюдаться изменения и в органах полости рта: некроз мягких тканей, развитие долго не заживающих язв, кровотечения и т.д.

Однако в этих условиях могут отмечаться обострения хронических стоматитов и перманентный характер их течения, особенно у больных с несанированной полостью рта и страдающих хроническим тонзиллитом. В то же время сердечно - сосудистая недостаточность с явлениями декомпенсации имеет четкие клинические проявления в полости рта.

**Литература**

1. Кардиология. Классификации синдромов и заболеваний. А.А. Горяйнов 2007 г.

2. Болезни полости рта. Конспект лекций. М.А. Грачева 2008 г.

. Заболевания слизистой оболочки полости рта. И.К. Луцкая 2006 г.

. Стоматологические заболевания и их профилактика. Ж.Г. Муравянникова 2007 г.

. Патологическая физиология. Н.Н. Зайко 1996 г.