



АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ

Латышева Светлана Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета, Минск
Будевская Татьяна Валерьяновна, кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета, Минск



Latysheva S.V., Budzeuskaya T.V.
Belarusian State Medical University, Minsk

The analysis of detection of the lesions of oral mucosa on the initial visit of patients

Резюме. Описан анализ выявленных поражений слизистой оболочки рта и их взаимосвязь с факторами риска при первичном приеме пациентов. Обследовали пациентов методом, рекомендованным экспертами Всемирной организации здравоохранения. Результаты оценки слизистой оболочки рта позволили обнаружить ранние поражения, что является особенно важным для профилактики онкозаболеваний и выбора лечебной тактики. Даны практические рекомендации для обнаружения клинических признаков ранних патологических состояний слизистой оболочки полости рта при первичном визите к стоматологу. **Ключевые слова:** ранние поражения, слизистая оболочка, метод обследования, рекомендации ВОЗ, лейкоплакия, герпес губ, профилактика онкозаболеваний.

Современная стоматология. – 2017. – №1. – С. 34–37.

Summary. Article provides the analysis of the early lesions of oral mucosa and association with risk factors (disturbance the rules of hygiene of oral cavity, smoking had habits and other). The inspection of oral mucosa carry out by method recommended by WHO on the initial visit of patients. The result of evolutions of oral mucosa allow to found early lesions is of paramount importance for prevention oncological diseases and to choose right using tactics of treatment planning. Practical recommendation for detection of clinical sign early lesions of oral mucosa are presented.

Keywords: early lesions, oral mucosa, method recommended by WHO, leukoplakia, herpes of lips, prevention of oncological diseases.

Sovremennaya stomatologiya. – 2017. – N1. – P. 34–37.

Д оказано, что несвоевременная диагностика ранних поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) предшествует многочисленным заболеваниям [1–3]. Кроме того, слизистая оболочка рта является индикатором общего состояния организма, и ее изменения нередко служат ранним признаком общей патологии. Многие хронические заболевания СОПР обладают высоким онкогенным потенциалом и могут озлокачиваться [2]. Так, в Беларуси около 60% выявленных случаев рака слизистой оболочки рта и ротоглотки являются местно-распространенными или метастатическими, что свидетельствует о недостаточном внимании при оценке СОПР и несвоевременном выявлении ранних поражений [4]. По данным Белорусского канцер-регистра, плоскоклеточный рак слизистой

оболочки рта в 50–70% случаев выявлен лишь на III–IV стадии заболевания [3]. Также следует обратить внимание, что доля трудоспособных лиц, умерших от злокачественных опухолей ротовой полости и глотки в 2014 году, составила 49,5% [3]. Онкологи считают, что запоздалая диагностика заболеваний СОПР часто связана с «врачебными погрешностями», в частности, при опросе не всегда выясняются факторы риска, способствующие патологии слизистой оболочки, а при внутриоральном осмотре врачи-стоматологи не всегда акцентируют внимание на состоянии мягких тканей и не выявляют ранние признаки патологии. Изучение причин ошибок – одно из условий профессионального совершенствования врача любой специальности.

Цель работы – проанализировать взаимосвязь ранних поражений слизистой обо-

лочки с факторами риска при первичном приеме пациентов.

Материалы и методы

Принято 250 первичных пациентов в возрасте 19–25 лет за 2015 год. Обследование проводили методом, рекомендованным экспертами Всемирной организации здравоохранения [11]. На первом этапе обследования тщательно выясняли у пациентов соблюдение ими правил гигиены ротовой полости; уточняли периодичность посещения кабинета профессиональной гигиены, уровень информированности о причинах стоматологических проблем, учитывали другие факторы риска, такие как курение, вредные привычки (накусывание, прикусывание щек) и др.

На втором этапе обследования оценивали состояния СОПР по анатомо-топографическим зонам [10]. С этой целью просили пациента широко раскрыть

Метод обследования по ВОЗ включает последовательность выполнения этапа осмотра:

1. **Экстраоральный** →
 - Цвет кожных покровов
 - Пальпация лимфоузлов
2. **Периоральный** →
 - Цвет кожных покровов
 - Пальпация лимфоузлов
3. **Внутриоральный по анатомо-топографическим зонам** →
 - Цвет слизистой оболочки
 - Изменение рельефа
 - Нарушение целостности зон

Рис. 1. Алгоритм обследования, рекомендованный экспертами Всемирной организации здравоохранения

В отличие от традиционных подходов обследования ротовой полости внутриоральное обследование мягких тканей по ВОЗ включает следующий алгоритм:

- коммиссуры;
- слизистая оболочка щек (справа и слева);
- мягкое и твердое небо и небные поверхности десны;
- язык (его дорсальная, вентральная и боковые поверхности);
- дно полости рта и язычные поверхности десны;
- прикус;
- преддверие полости рта, уздечки губ
- внутренние и наружные поверхности губ



Рис. 2. Алгоритм внутриорального обследования, рекомендованный экспертами Всемирной организации здравоохранения

полость рта и начинали осмотр с области коммиссур, щек (справа и слева), переходя на область ротоглотки – мягкое и твердое небо, небные поверхности десны на верхней челюсти, затем поверхности языка (дорсальная и вентральная), дно полости рта и язычные поверхности десны на нижней челюсти, а также оценивали характер слюны (исключение сухости). Затем просили пациента сомкнуть зубы для определения прикуса и состояния тканей преддверия рта и губ (рис. 1, 2).

При интраоральном обследовании пациента определяли значения показателей ОНI-S, КПИ и КПУ и регистрировали в стоматологической амбулаторной карте. Распознавание патологических состояний слизистой оболочки проводили с учетом таких клинических критериев, как изменение цвета, рельефа, нарушение целостности, локализация поражения в сопоставлении с нормальными окружающими тканями.

Систематизированы данные опроса и осмотра (клинические проявления ранних поражений СОПР, отклонения индексов и т.д.), и установлена их взаимосвязь для планирования комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов клинического обследования первичных пациентов методом, рекомендованным экспертами ВОЗ, включая данные опроса и осмотра, позволил выявить взаимосвязь факторов риска с ранними поражениями СОПР: на первый план выступают отсутствие мотивации, нерегулярность визитов к стоматологу, несвоевременное устранение факторов риска, отсутствие ранней диагностики состояния СОПР.

Среди 250 первичных пациентов были обнаружены патологические состояния слизистой оболочки рта у 48 лиц – 19,2%, представленные в виде диаграммы (рис. 3).

Диагностика ранних поражений слизистой оболочки проводилась визуально на основании обнаруженных клинических признаков, характеризующих определенную нозологическую форму, согласно классификации заболеваний СОПР. При этом у 15 (6%) выявили лейкоплакию в области боковой поверхности языка, щек в виде белых поражений с неровными контурами, не соскабливающихся инструментом (кератотический тип воспаления). В большинстве случаев определена взаимосвязь лейкоплакии с фактором курения и отсутствием чистки языка. В таких ситуациях у 34 пациентов проводили беседу о правилах гигиены полости рта и последствиях пагубной привычки, так как лейкоплакия относится к предраковым состояниям. У 10 (4%) человек обнаружен герпес губ вследствие активации вирусной инфекции под воздействием метеорологических условий (ветер, холод и др.). У 9 (3,6%) – выявлены травматические поражения (стоматит) в области ретромоларного пространства – белесоватые участки поражения, с неопределенными контурами, мягкой консистенцией при пальпации как в результате прикусывания и т.д. В то же время при обследовании у 14 (5,6%) пациентов имелись поражения слизистой оболочки с клиническими проявлениями плоского лишая (типичная форма) и гипертрофическая форма кандидоза языка. В данном случае необходимы результаты микроскопических и бактериологических методов исследований (на грибы рода

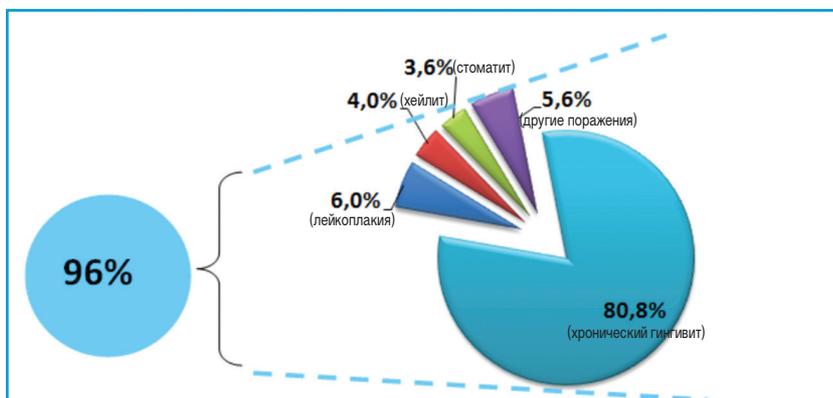


Рис. 3. Результаты внутриорального осмотра при первичном обследовании пациента

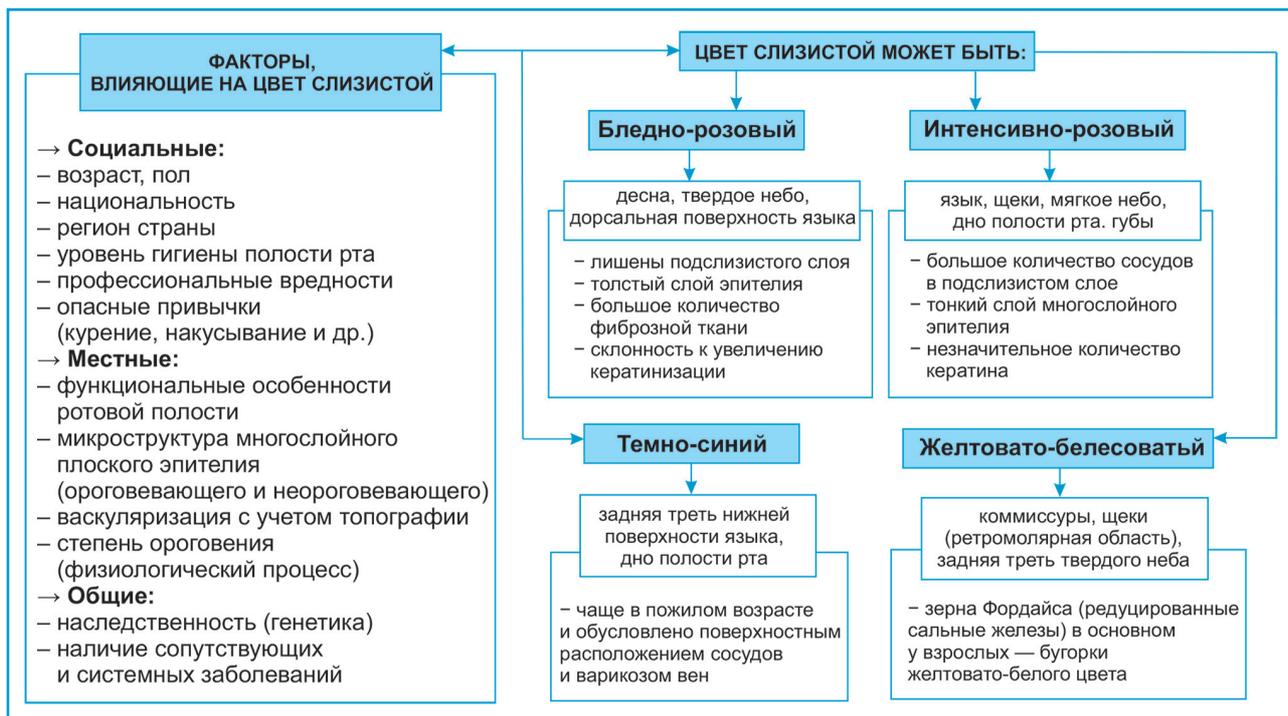


Рис. 4. Цветовые оттенки слизистой оболочки рта в норме

Candida). В 96% случаев были клинически определены проявления воспаления десны – гингивит, который подтверждается данными опроса и отклонениями показателей оценочных индексов ротовой полости (ОНИ-S, КПИ).

Как распознать патологические изменения СОПР?

Своевременная диагностика ранних форм стоматологических заболеваний – залог успешного лечения и прогноза. С этих позиций практически важно правильно оценить цвет слизистой оболочки рта, который неодинаково выражен в различных ее участках в связи с микроструктурными особенностями их строения (рис. 4).

Как известно, микроструктура тканей слизистой оболочки рта отличается по топографическим зонам, что и определяет ее клинические критерии в норме – цвет, рельеф, архитектура и др. Именно эти критерии служат специалистам-стоматологам ключевым звеном при оценке состояния мягких тканей ротовой полости. В местах расположения многослойного неороговевающего эпителия наличие подслизистого слоя придает интенсивно розовый цвет слизистой оболочке со свойственным ему рельефом и мягкой консистенцией при пальпации [8]. Там,

где слизистая оболочка покрыта многослойным ороговевающим эпителием, а рыхлая соединительная ткань отсутствует, поверхностные слои имеют плотную структуру и бледноватый цвет [5, 8]. Эти данные необходимо учитывать при клиническом обследовании для правильной оценки консистенции здоровых тканей при пальпации: мягкая, где имеется рыхлая соединительная ткань; плотная – где преобладает фиброзная ткань, мышечная или хрящевая; твердая – выражена костная или хрящевая ткань [8, 9]. Таким образом, при обследовании каждого пациента на этапе осмотра следует оценивать состояние мягких тканей по топографическим зонам слизистой оболочки полости рта, отличающимся различной цветовой гаммой и характеризовать в целом ее архитектуру в норме, что имеет практически важное значение для распознавания патологических процессов [8, 9].

Зарубежные авторы рассматривают патологию слизистой оболочки с позиции причинно-следственной взаимосвязи со структурными отличиями СОПР, выясненными факторами риска и оценкой состояния организма в целом [6–8, 10]. Заболевания слизистой оболочки с учетом воздействующих причин характеризуются

определенными типами воспаления и клиническими проявлениями в виде поражений красного, белесоватого оттенков и их сочетаний. Эти поражения могут быть идентичными при различных заболеваниях СОПР, а причины их развития многофакторными. Так, нарушением процесса ороговения слизистой оболочки рта может быть вызвано следующими причинами: нарушение режима гигиены ротовой полости (микробный фактор), прием антибиотиков, чрезмерное употреблением углеводов, вредные привычки (накусывание, прикусывание, курение и др.), стоматологические проблемы (гальваноз, контактная аллергия на металл, дефекты протезирования), системные заболевания организма с проявлениями на слизистой оболочке, иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция и др.). Все вышеперечисленные факторы могут способствовать усилению процесса кератинизации в виде белесоватых поражений с утолщением и уплотнением слизистой оболочки полости рта – кератотический тип воспаления [9]. При различных клинических ситуациях в зависимости от стадии ороговения белые поражения могут быть в виде пятен, полос, колец с шероховатой поверхностью, определенными контурами, различной



Рис. 5. Лейкоплакия веррукозной формы



Рис. 6. Герпес губ – пузырьки на фоне эритемы

протяженностью, возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки и не соскабливающиеся инструментом. Такие белые поражения слизистой оболочки могут отличаться формой, размерами, консистенцией, локализацией (губы, твердое небо, щеки, язык и др.). К нозологическим формам заболеваний слизистой оболочки, при которых характерны белые кератотические поражения, относят лейкоплакию (рис. 5), лейкодему, плоский лишай, кандидоз, хронические травмы слизистой оболочки и другие [6, 10].

Именно на основании таких клинических признаков, как белесоватый цвет, слегка возвышающиеся над уровнем рельефа поражения, шероховатая поверхность, не соскабливающаяся инструментом, мягкая при пальпации консистенция в области щек и боковой поверхности языка, у 15 (6%) пациентов диагностирована лейкоплакия.

При клиническом обследовании у 10 (4%) человек обнаружены возвышающиеся пузырьки на фоне эритемы в области губ, содержащие серозный экссудат, придающий им белесоватый цвет, что позволило диагностировать герпес губ вследствие герпетической инфекции на фоне снижения иммунологической резистентности слизистой оболочки, в том числе и метеорологических факторов (рис. 6) [6, 10].

В целом, диагностика заболеваний СОГР базируется на систематизации данных опроса, детализированной оценке состояния мягких тканей ротовой полости, с учетом индексных значений ОН-С, КПИ и проведения лабораторных тестов по показаниям для предполагаемого диагноза (рис. 7).

Таким образом, следует отметить, что обнаружение ранних клинических проявлений патологии СОГР при соблюдении этапов обследования является

практической аксиомой профилактики онкозаболеваний.

Практические рекомендации

Для результативной профилактики заболеваний СОГР рекомендуются соблюдать следующие положения при первичном приеме пациентов:

- практически уметь использовать метод обследования, рекомендованный экспертами Всемирной организации здравоохранения, позволяющий не только выявить факторы риска, но и оценить состояние всех тканей полости рта по анатомо-топографическим зонам, выявить ранние признаки заболеваний слизистой оболочки, болезней пародонта и предупредить развитие онкозаболевания;
- метод обследования, рекомендованный экспертами Всемирной организации здравоохранения, включая визуальную оценку состояния слизистой оболочки рта при первичном приеме, пациента требует от врача-стоматолога 30–40 секунд;
- систематизация данных опроса во взаимосвязи с выявленными клиническими критериями и детализированной диагностикой поражений слизистой оболочки позволяет своевременно проводить комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патько Д. // Мед. вестник. – 2015. – №53. – С.9.
2. Тилева О.С., Либик Т.В. // Проблемы стоматологии. – 2013. – №2. – С.3–9.
3. Алиновска О. // Мед. вестник. – 2015. – №39 (1238). – С.1.
4. Нейман О.И. // Онкологич. журнал. – 2010. – Т.4, №2 (14) – С.76–79.
5. Латышева С.В. Фундаментальные основы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта: Учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева. – М., 2004. – 62 с.
6. Greenspan D. AIDS and the dental team / D. Greenspan, J. Greenspan, J. Pindborg. – Copenhagen, 1987. – 96 p.
7. Bouquot J., Schroeder K. // Presentation to Annual Meeting of the American academy of Oral pathology. – Portland, Maine. – May 14–19, 1993. – P.580–589.
8. Norman K. Differential diagnosis of Oral lesions and Maxillofacial lesions / K. Norman, N. Wood, N. Paul, P. Gooz. – London, 1997. – P.14–125.
9. Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М., 1991. – 306 с.
10. WHO, National dental tobacco free steering Copenhagen, Meeting report for June, 1994. – 25 p.

Поступила 09.12.2016



Рис. 7. Структура диагностики заболеваний СОГР