

Н. Д. Чернышева, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии УГМА
 Г. И. Ронь, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, декан стоматологического факультета УГМА
 Н. Н. Костромская, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии УГМА
 Уральская государственная медицинская академия
 Екатеринбург

Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

Одной из актуальных проблем стоматологии являются заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ, так как их диагностика представляет значительные трудности. Известно, что эти заболевания могут проявляться и в сочетании с поражением других слизистых оболочек (глаз, носа, половых органов) и кожи. Ряд заболеваний (красный плоский лишай, красная волчанка, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, синдром Бехчета, многоформная экссудативная эритема, хронический кандидоз, хейлит) характеризуется упорным рецидивирующим течением на фоне патологии внутренних органов и систем.

Кроме того, в настоящее время возрастает распространенность среди населения вирусных заболеваний, таких как герпес-вирусная инфекция, опоясывающий лишай, ВИЧ-инфекция, цитомегаловирусная инфекция. Наличие вируса в организме приводит к снижению иммунитета, что осложняет течение заболеваний полости рта [4–6]. Диагностические ошибки стоматолога часто связаны со «стертостью», бессимптомностью клинического течения данных заболеваний, поздним обращением пациентов к врачу.

В настоящей работе обобщен опыт комплексного обследования пациентов, обратившихся за консультативной и лечебной помощью на кафедру терапевтической стоматологии Уральской государственной медицинской академии. Сотрудниками кафедры в 2000–2005 гг. обследован 1601 пациент с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, а также пародонта и слюнных желез.

Больные были направлены лечебными учреждениями г. Екатеринбурга, Свердловской области, Курганской и Тюменской областей. Часть пациентов обратились на кафедру самостоятельно.

Анализ данных о лечебно-консультативной помощи показал, что болезни распределились по нозологическим формам в следующем порядке.

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ выявлены в 69,9 % случаев.

2. Заболевания слюнных желез, включая болезнь и синдром Шегрена, наблюдались в 15,3 % случаев (ретенционная киста была обнаружена в 1,6 % случаев).

3. Заболевания пародонта диагностированы в 14,8 % случаев.

В отношении заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ прослеживается определенная закономерность: наибольшую долю в их структуре (32,3 %) составили поражения, протекающие с нарушением микробного пейзажа ротовой полости (дисбактериоз, кандидоз), входящие в группу ин-

фекционных заболеваний (при этом вирусные поражения наблюдались в 2,8 % случаев).

Вторую позицию занимают дерматозы (красный плоский лишай, красная волчанка, пузырчатка, герпетический дерматит Дюринга) – 17,3 %.

Синдром жжения полости рта и языка (глосситы, стомалгия, глоссалгия) отмечен в 10,3 % случаев. В эту подгруппу мы включили нейропатию тройничного и лицевого нервов, что составило 3 %.

Аллергические заболевания (многоформная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий стоматит, медикаментозный стоматит, глоссит, хейлит) обнаружены в 9,8 % случаев.

Предраковые заболевания и опухоли (доброкачественные и злокачественные) выявлены в 8,0 % случаев.

Травматические поражения СОПР и лейкоплакия диагностированы в 7 % случаев, травматический хейлит – в 4,1 % случаев, аномалии и самостоятельные заболевания языка – в 3,6 % случаев.

Исключить ошибки в диагностике и получить положительный результат лечения нам позволил разработанный алгоритм, определяющий последовательность диагностических манипуляций и их объем.

При обследовании пациентов с заболеваниями СОПР использовались клинические и лабораторные методы.

Клиническое обследование включало опрос больного с выяснением:

– жалоб (боли, жжение, зуд, покалывание, ощущение стягивания, онемение, нарушение вкусовой чувствительности, наличие сухости);

– анамнеза заболевания (появление первых симптомов заболевания, длительность его течения, склонность к рецидивам, длительность ремиссии, связь с приемом лекарственных препаратов, повышенной инсоляцией, переохлаждением, со стрессом);

– анамнеза жизни (условия быта, работы, учебы, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек, непереносимость лекарственных средств и продуктов питания, наличие сопутствующих заболеваний).

Осмотр слизистой оболочки полости рта, языка, губ проводили по схеме ВОЗ.

Последовательно осматривали внутренние поверхности щек по линии смыкания зубов, твердое и мягкое небо, ретромолярные, сублингвальные области дна полости рта, внутренние поверхности губ, углы рта, красную кайму губ.

При осмотре языка оценивали цвет, размер, отпечатки зубов, наличие и характер налета, состояние со-

сочков, десквамацию, гипертрофию, наличие борозд и складок, эрозий, язв.

При осмотре губ обращали внимание на их рельеф, влажность, наличие патологических элементов, на цвет красной каймы, на состояние кожи вокруг губ.

При осмотре слизистой оболочки глаз и носа оценивали цвет склер и конъюнктивы, отмечали отечность или сухость слизистых, наличие экссудата и его характер.

При необходимости проводили осмотр кожных покровов лица, век, кожи кистей рук, голеней, туловища. Оценивали их цвет, наличие отека, сухости, шелушения, патологических элементов.

Далее следовала пальпация подчелюстных, подбородочных и шейных лимфатических узлов. При этом обращали внимание на их размер, подвижность, болезненность, консистенцию, спаянность с подлежащими тканями.

При такой последовательности осмотра можно своевременно выявить патологические изменения слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

Следует отметить, что клиническое обследование без применения дополнительных методов в ряде случаев позволяет правильно поставить диагноз. Чаще всего при клиническом осмотре выявляются такие заболевания, как травматическое поражение, лейкоплакия (плоская, курильщиков Тапейнера), псевдомембранозная форма кандидоза (молочница), красный плоский лишай (типичная и экссудативно-гиперемическая формы), многоформная экссудативная эритема с поражением кожи, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, лабиальный герпес, опоясывающий лишай.

В остальных случаях мы прибегали к дополнительным методам обследования. При подозрении на заболевания крови, сахарный диабет проводили лабораторные исследования крови (общий клинический анализ, анализ на содержание сывороточного железа, глюкозы). С целью дифференциальной диагностики заболеваний, передаваемых половым путем (сифилис, гонорея), использовали реакцию Вассермана, РИБТ. Для подтверждения гонорейного стоматита применяли бактериоскопический метод (нахождение в отделяемом с поверхности язв экссудате гонококков).

При диагностике дисбиоза оценивали результаты бактериоскопического и бактериологического исследований патологического материала со слизистой языка и других отделов полости рта и красной каймы губ. При упорном хроническом течении кандидоза полости рта выявляли наличие дисбиоза кишечника, состояние иммунитета при данном заболевании определяли по результатам иммунологического обследования.

При эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая проводили исследование на присутствие Хеликобактера Пилори (Хелик-тест).

Для определения вирусной инфекции (вируса простого герпеса, цитомегаловируса, вируса опоясывающего лишая, вируса Эпштейна–Барра, ВИЧ) использовали метод электронной микроскопии, цитологическое исследование, серологические исследования (иммуноферментный анализ, реакция связывания компле-

мента), молекулярно-биологический метод ПЦР (полимеразной цепной реакции).

При диагностике пузырных заболеваний, особенно злокачественной пузырчатки, важной особенностью которой является симптом Никольского, выражающийся в механической отслойке эпителия или эпидермиса, обязательно проводили цитологическое исследование для обнаружения акантолитических клеток или клеток Тцанка, так как симптом Никольского в начальной стадии заболевания обнаруживается не всегда. Кроме того, необходимо помнить, что этот симптом не является строго патогномоничным для данного заболевания.

Аллергологические тесты применяли с целью выявления аллергена при многоформной экссудативной эритеме, хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, дерматите Дюринга. При непереносимости стоматологических материалов использовали методику Фоля.

Поскольку некоторые заболевания полости рта и красной каймы губ могут озлокачествляться, мы учитывали следующие клинические признаки, позволяющие нам заподозрить озлокачествление заболевания:

- длительное, вялотекущее течение процесса;
- отсутствие склонности к эпителизации на фоне консервативной терапии;
- уплотнение тканей в основании и вокруг очага поражения;
- изъязвление очага поражения;
- исчезновение у очага поражения четкости границ;
- увеличение площади очага поражения;
- усиление процессов ороговения;
- присоединение болевого симптома, появление подвижности зубов.

В этих случаях больного направляли к врачу-онкологу.

По мере необходимости с целью выявления этиологических факторов развития заболеваний слизистой оболочки полости рта больного направляли на консультацию к терапевту, гастроэнтерологу, инфекционисту, клиническому иммунологу, эндокринологу, дерматовенерологу.

Таким образом, наш опыт позволяет рекомендовать учитывать при приеме больного с заболеванием слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ предлагаемый алгоритм обследования. Это позволит правильно и своевременно диагностировать заболевание и назначить этиопатогенетическое лечение.

Список использованной литературы

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. М., 2004. С. 320.
2. Банченко Г. В. Язык – «зеркало» организма. М., 2004. С. 404.
3. Вагнер В. Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. М., 2002. С. 10–11.
4. Каримова И. М. Герпес-вирусная инфекция. Диагностика, клиника, лечение. М., 2004. С. 78–83.
5. Робинovich О. Ф., Робинovich И. М., Ржавина Н. В. Рецидивирующий герпетический стоматит. М., 2005. С. 5–6.
6. Самгин М. А., Халдин А. А. Простой герпес (дерматологические аспекты) М., 2002. С. 88–89.