

УДК 616.31-002.2

Д.М. Сулейменова¹, К.Ч. Дюсембаев², А.П. Никитина², М.А. Туткушева³¹Государственный медицинский университет города Семей;²Катон-Карагайская межрайонная больница;³Медицинский центр РГП наПХВ Государственного медицинского университета города Семей

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Аннотация

Среди стоматологических заболеваний патология слизистой полости рта занимает особое место, поскольку возникновение и клинические проявления его зачастую связаны с влиянием многочисленных местных и общих причин. Отличительными особенностями появления афтозного стоматита у жителей Семипалатинского региона явились наличие ярко выраженного болевого симптома, вялотекущее медленно прогрессирующее перманентное течение, затяжной период восстановительных процессов, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

Ключевые слова: афта, рецидив, стоматит, язва, заболевания слизистой оболочки рта.

Актуальность. Среди стоматологических заболеваний патология слизистой полости рта занимает особое место, поскольку возникновение и клинические проявления его зачастую связаны с влиянием многочисленных местных и общих причин. Широкая палитра антропогенных факторов, возникших в результате многолетнего функционирования Семипалатинского ядерного полгона, способствовала формированию в этом регионе зоны экологического бедствия. Следствием этого явилось снижение адаптационно-компенсаторных реакций организма, рост заболеваемости среди постоянно проживающего населения региона, особенно вялотекущими соматическими заболеваниями. Совокупность этих факторов накладывает отпечаток на распространенность и интенсивность стоматологической патологии, особенно слизистой оболочки полости рта. Зачастую заболевания слизистой оболочки приобретают стертую клиническую картину, осложняются вторичной инфекцией, что затрудняет своевременную качественную диагностику и полноценную терапию.

Целью исследования являлось изучение клинических проявлений хронического рецидивирующего афтозного стоматита у жителей Семипалатинского региона.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 338 больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, проживающих в разных по степени экологической напряженности районах: 230 – в неблагоприятных, 108 – в относительно благоприятных. Женщин было несколько больше (56,8%), чем мужчин. Возраст курируемых больных был в пределах от 18 до 67 лет. Но наибольший удельный вес составляли лица в возрасте 50 лет и старше (74,4%).

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза было установлено, что большинство обследованных нами больных имели отягощенную наследственность, причем у жителей неблагоприятной зоны их частота была большей, чем у лиц из относительно благоприятного района. Если такие заболевания, как патология сердечно-сосудистой системы, аллергические состояния, эндокринные нарушения родителей, отмечались почти с одинаковой частотой, то онкологические, желудочно-кишечные заболевания, болезни крови усугубляли семейный анамнез у лиц из неблагоприятной зоны почти в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. Следует отметить, что и ХРАС у родителей, обследованных из относительно благоприятного района, был в 1,5 раза реже,

чем среди лиц из неблагоприятной зоны. При этом семейственность в течении ХРАС наблюдалась как по линии матери, так и отца, независимо от региона проживания.

Несанированная полость рта, прогрессирующие воспалительно-деструктивные заболевания пародонта, отсутствие необходимых ортопедических конструкций, замещающих дефекты зубных рядов, обеспечивающих полноценную механическую обработку пищи, создавал благоприятную ситуацию в полости рта для возникновения хронической механической травмы, дополнительного вторичного инфицирования и осложнения кандидозом разной локализации. Этому способствовал низкий уровень гигиены полости рта – 2,8 (по Green-Vermillion).

В свою очередь, недостаточно обработанная пища в полости рта вследствие функциональной неполноценности зубочелюстной системы вызывала заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ в организме. Такая ситуация, безусловно, усугубляла течение ХРАС, способствовала частому рецидивированию и развитию устойчивости к терапии.

Наблюдаемые нами больные отмечали давность заболевания от нескольких месяцев до 15 и больше лет. В неблагоприятной зоне преобладали лица с большей длительностью заболевания: 142 человека (61,7%) страдали этим заболеванием более 10 лет, тогда как лица, проживающие в относительно благоприятном районе, с такой длительностью ХРАС составил менее половины (48,1%).

Среди обследованных из неблагоприятной зоны проживания у 44,8% пациентов частота рецидивов ХРАС была наибольшей – 6 и более раз в год. Более чем у трети больных, они составили 3-5 раз. Наблюдаемые больные из относительно благоприятного района указывали на сравнительно малую частоту рецидивов в 38,0% случаев, хотя процент лиц с очень частыми обострениями (6 и более раз в течение года) был также высок, составляя 31,5%. Аналогичная ситуация была выявлена при анализе анамнестических данных по средней продолжительности рецидива.

Некоторые больные отмечали перманентное течение заболевания. Как правило, это были пациенты с высокой частотой рецидивов, значительной их продолжительностью до 3-3,5 месяцев, в результате чего период ремиссии был настолько коротким, что пациент не фиксировал его в памяти. Чаше обострения наступали

еще до полной эпителизации элементов предыдущего рецидива. Больные с непрерывным течением ХРАС наблюдались в обеих зонах проживания.

В ряде случаев, преимущественно у лиц молодого возраста без хронической соматической патологии, обострения ХРАС протекали без симптомов общей интоксикации организма. Чаще больные жаловались на недомогание, общую слабость, головную боль, появление сухости во рту, потерю аппетита, повышенную раздражительность. Обследование больных выявило реакцию регионарных лимфатических узлов, изменения в картине периферической крови.

Разными были и клинические проявления обострения ХРАС в полости рта. У части больных это были мелкие одиночные, малоблезненные афты, которые иногда самопроизвольно заживали в течение 7-10 дней.

У других пациентов появлению афтозных элементов предшествовало чувство напряжения, жжения. Множественные (от 5 до 10) очень болезненные крупные афты (1,5-1,8 см) с неровными краями располагались на инфильтрированном фоне. Такие афты часто изъязвлялись, эпителизация их была медленной, достигая 3-4 недель.

Довольно часто обострение заболевания начиналось с появления в подслизистой основе инфильтрата, возвышающегося над окружающей слизистой. Через некоторое время элемент изъязвлялся и покрывался фиброзным серовато-белым налетом. Афта была очень болезненной, мягкой при пальпации. Некротические массы на ее поверхности образовывали довольно мощный слой серовато-белого налета, основание афт было инфильтрировано, вследствие чего они слегка возвышались над уровнем слизистой оболочки полости рта, были значительных размеров (до 2 см в диаметре и более), зачастую сливались, трансформировались в язвы, образующие обширные участки некроза. Язвы имели кратерообразную форму с небольшой гиперемией вокруг. Иногда они увеличивались в размере. При их заживлении (8-12 недель) оставались рубцы, иногда настолько грубые, что изменяли топографию слизистой оболочки полости рта.

Полученные данные позволили нам сделать вывод о разной степени тяжести заболевания и выделить признаки, их определяющие. Так, для легкой степени тяжести ХРАС были характерны отсутствие признаков общей интоксикации, продолжительность рецидива в пределах 7-10 дней, а частота обострений составляла не более 2 раз в год. Клиническими проявлениями на слизистой оболочке были единичные мелкие малоблезненные афты. Как правило, это были пациенты с длительностью заболевания до 3 лет.

При средне-тяжелом течении заболевание начиналось с ухудшения общего состояния: появлялись общая слабость, недомогание, головная боль, чувство жжения на ограниченных участках слизистой. Через 2-3 дня именно на этом месте появлялись болезненные крупные (до 1,8 см) афты, склонные к изъязвлению. Продолжительность рецидива составляла 11-29 дней, а частота их составляла 3-5 в течение года. Давность заболевания у больных с таким течением ХРАС была, как правило, большей, находясь в пределах от 4 до 9 лет.

При тяжелом течении ХРАС обострение протекало на фоне выраженных изменений общего состояния: больные были раздражительны, у 22% из них выявлен невротический статус, обусловленный постоянными болевыми ощущениями, затрудняющими полноценное питание и речь. В 70,3% наблюдений с тяжелым течением ХРАС отмечалась потеря аппетита, а в 40,7% -

нарушение сна. Постоянными симптомами были общая слабость, недомогание.

Обширными и глубокими были поражения слизистой оболочки полости рта. Появившееся в начале обострения ХРАС ограниченное болезненное уплотнение довольно быстро переходило в поверхностную, а затем глубокую, напоминающую кратер язву, покрытую фибринозным налетом, с небольшой гиперемией вокруг. Довольно часто язвы увеличивались в размерах. Эпителизация их была длительной, в ряде случаев достигала 2,5-3 месяца. Как правило, эти пациенты болели в течение 10 и более лет, а повторяемость рецидивов достигала 5-8 раз в год. Иными словами, заболевание приобретало непрерывно рецидивирующий характер, а ремиссия ограничивалась 2-5 днями. У некоторых больных таковой не было вообще: появление свежих элементов поражения опережало полную эпителизацию прежних язв.

Детальное изучение клинических ситуаций позволило вынести суждение о том, что на тяжесть ХРАС большое влияние оказывал характер сопутствующей соматической патологии. Так, из 228 больных со средне-тяжелым и тяжелым течением стоматита у 152 (66,7%) выявлены хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, болезни печени и поджелудочной железы). Высокий процент патологии органов пищеварения мог быть обусловлен не только несостоятельностью жевательного аппарата, но и влиянием экологических факторов: в первую очередь - хроническим воздействием малых доз радиации, так как в структуре слизистой желудочно-кишечного тракта содержится наибольшее число молодых, быстро обновляющихся клеток, обуславливающих значительную степень радиочувствительности тканей.

По данным литературы, в патогенезе ХРАС значительная роль принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта. Наши наблюдения согласуются с ними, так как в большинстве своем фоновые заболевания органов пищеварения вызывали стоматиты со среднетяжелым и тяжелым течением. Немалую роль в этом играли заболевания крови, почек, пищевая и лекарственная аллергия.

Оценка клинической симптоматики ХРАС по тяжести течения показала, что из 338 больных рубцующая форма выявлена в 34,9% наблюдений. Типичная афтозная форма констатировалась реже (29,6%). Наиболее часто (35,5%) отмечалась афтозно-язвенная форма. В неблагоприятной зоне статистика была несколько иной: рубцующая форма доминировала по частоте (39,1%), тогда как типичная афтозная выявлена в 25,2% наблюдений. В относительно благоприятной зоне больше всего было пациентов с типичной афтозной формой (38,9%), несколько меньше - с афтозно-язвенной (35,2%). Минимальной группой были больные с рубцующей формой стоматита (25,9%).

Лабораторные исследования периферической крови и ротовой жидкости больных ХРАС позволили выявить ряд отклонений. Так, анализ гемограмм показал, что у 80,0% обследованных была эритропения, у 77,0% - выраженное снижение гемоглобина. Изменения белой крови были представлены лейкоцитозом (24,0%), лейкопенией (40,0%), причем у 69,0% больных было выявлено увеличение относительного и абсолютного числа лимфоцитов и эозинофилов. Более чем у половины больных, было уменьшено количество моноцитов. При качественном анализе популяции моноцитов перифери-

ческой крови установлено увеличение количества про- моноцитов и моноцитов, отмечено повышение числового значения индекса пролиферации моноцитов.

Выводы: Таким образом, отличительными особенностями появления афтозного стоматита у жителей Семипалатинского региона явились наличие ярко выраженного болевого симптома, вялотекущее медленно прогрессирующее перманентное течение, затяжной период восстановительных процессов, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, что объясняется, по-видимому, слиянием элементов, крупными, глубокими афтами, множественными их высыпаниями с последующим вторичным инфицированием. При диагностике хронического рецидивирующего афтозного стоматита следует учитывать степень тяже-

сти заболевания для выбора комплекса мер, способных обеспечить адекватность и эффективность терапии больного.

Литература:

1. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия воздействия ионизирующих излучений, М.: Медицина, 1991, - 463с.
2. Копбаева М.Т. Особенности течения, лечения и профилактики заболеваний пародонта и СОПР: Дис.... д-ра мед. наук, - 1998, - С.8-12.
3. Сулейменова Д.М. Особенности проявления хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Разработка мер реабилитации: Автореф. дис.... кан. мед. наук, 2004, - 38 с.

Тұжырым

СОЗЫЛМАЛЫ РЕЦЕДИВТІ АФТОЗДЫ СТОМАТИТТІҢ КЛИНИКАСЫ

Д.М. Сулейменова¹, К.Ч. Дюсембаев², А.П. Никитина², М.А. Туткушева³

¹ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті; ² Катон-Карагай ауданаралық ауруханасы;

³ Семей қ. Мемлекеттік медициналық университетінің МО РММ ШЗҚ

Стоматологиялық аурулардың ішінде ауыз қуысының шырышты қабатының аурулары ерекше орын алады, себебі олардың пайда болу себептері мен клиникалық көріністері көптеген жергілікті және жалпы факторларымен тығыз байланысты. Семей өңірі тұрғындарында афтозды стоматиттің ерекшелігі болып, анық айқын ақ симптомның бар болуы, тұтқыр ағымды баяу үдей түсіп перманентті өтуі, қалпына келу үрдісінің ұзаққа созылуы, аймақтық лимфа түйіндерінің үлкеюі және ауырсынуымен жүреді.

Негізгі сөздер: афта, ауызуылу, рецидив, жара, ауыз қуысының шырышты қабатының аурулары.

Summary

THE CLINICAL PICTURE OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

D.M. Suleimeneva¹, K.Ch. Dusembayev², A.P. Nikitina², M.A. Tutkusheva³

¹ Semey State Medical University; ² Katon-Karagay's interdistrict hospital;

³ MC RSC on the rights of the owner's possession of Medical State University

Among dental disease pathology of the oral mucosa occupies a special place, because emergence and clinical manifestations associated with influence of numerous factors and common causes. Residents of Semey region have the distinctive features of appearance of aphthous stomatitis: the presence of a pronounced pain symptoms, creeping slowly progressive permanent flow, the protracted period of recovery, increased and morbidity of regional lymph nodes.

Keywords: aphtha, recurrent, stomatitis, ulcer, diseases of the oral mucosa.

УДК 616.31-002.2-071

Д.М. Сулейменова¹, М.А. Туткушева², К.Ч. Дюсембаев³, А.П. Никитина³

¹Государственный медицинский университет города Семей;

²Медицинский центр РГП наПХВ Государственного медицинского университета города Семей;

³Катон-Карагайская межрайонная больница

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Аннотация

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит у жителей экологически неблагоприятной зоны характеризуется перманентным течением и затяжным периодом восстановительных процессов. Исследования показали, что афтозный стоматит у жителей Семипалатинского региона протекал на фоне изменения функции местных защитных факторов ротовой полости / концентрация лизоцима, иммуноглобулинов ротовой жидкости. Установлено, что на поверхности афт, язв определяется крайне разнообразная флора.

Ключевые слова: афтозный стоматит, рецидив, ротовая жидкость, защитные факторы, микрофлора.

Актуальность. Полость рта является местом первого контакта с окружающей средой, вследствие чего она снабжена сложной многокомпонентной системой

барьеров, обеспечивающих защиту организма от воздействия чужеродных субстанций.

Своеобразие слизистой полости рта состоит в том, что она постоянно находится в контакте с окружающей