

УДК 616.31-002.035.7-07

**П.Н. Скрипников, Т.П. Скрипникова, Л.Я. Богашова, Н.В. Розколупа,
В.В. Ищенко**

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНЦЕПЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

Актуальность. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ связаны с рядом проблем в диагностике и лечении. Они могут проявляться самостоятельно и в сочетании с поражением слизистых оболочек других органов (нос, глаза, половые органы), кожи, внутренних органов, тканей и систем [1, 2, 3, 4, 5, 6].

В литературе есть указания на расхождения диагнозов в 44-58% случаев при направлении пациентов на консультации, клиническими диагнозами, после клинико-лабораторного исследования [7, 8, 9].

Клинические затруднения связаны с многочисленными факторами. К ним относятся индивидуальные и возрастные различия в особенностях строения слизистой оболочки полости рта, особенности субъективного, объективного и дополнительных методов исследования, их возможностей [10, 11, 12]. Так, слизистая оболочка полости рта в отличие от других слизистых оболочек человека устойчива к воздействию физических, термических и химических раздражителей, к внедрению инфекций, у нее высокая регенеративная способность. Эти свойства предопределены ее строением, в каждом отделе разным. Развитию заболеваний способствуют индивидуальные различия в ее строении. Например, имеет значение складчатое строение языка, особенности его сосочков, наличие лимфоидной ткани у корня, глубокие боковые складки губ. В ряде случаев

для красной каймы губ характерны выраженная центральная борозда, комиссуры, т.е. факторы, составляющие архитектонику. На слизистой щек и губ может быть обильное скопление жировых железок Фордайса. Значительная роль в возникновении патологии принадлежит наличию пунктов ретенции для микрофлоры (межзубные промежутки, складки языка, зубодесневые карманы, края пломб, протезное ложе и т.д.). Также имеют значение местные неблагоприятные факторы. К ним относятся нарушение физиологии губ (неполное смыкание, ослабление мышечного тонуса), ротовой тип дыхания, механическая травма (острые края зубов, некачественные пломбы, протезы, ортодонтические аппараты, наличие металлических конструкций, обуславливающих гальваноз, аномалии прикуса, вредные привычки (облизывание губ, кусание слизистой щек, губ, курение, употребление алкоголя). Значительная роль отводится гигиеническому уходу за органами полости рта, особенностями питания, характеру пищи.

Диагностика нозологических форм патологии слизистой оболочки полости рта представляет затруднения в связи со многими обстоятельствами [13]. Так, больные не всегда могут указать на начало заболевания в силу бессимптомности его течения, увязать болезнь с этиологическими факторами, конкретно изложить симптомы, охарактеризовать элементы поражения. Затруднения обусловлены тем, что на слизистой оболочке полости рта могут проявляться как первичные заболевания, так и симптомы патологии органов пищеварения, сердечно – сосудистой системы, крови, эндокринных желез, системных заболеваний, сифилиса, туберкулеза и т.д. Возможно сочетание различных симптомов, отягощающих клинику основного заболевания (воспаление мелких слюнных желез, ксеростомия, парестезия, кандидоз). В ряде случаев динамика клинической картины протекает под воздействием неблагоприятных внешних факторов, экологии, внутренних факторов

(сочетание с соматической патологией, приемом лекарственных препаратов, самолечение, позднее обращение и т. д.).

Для многих заболеваний характерно хроническое рецидивирующее течение (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, хроническая рецидивирующая трещина губ), рецидив острых заболеваний (многоформная экссудативная эритема, аутоинфекционный язвенный стоматит). Некоторым заболеваниям свойственен полиморфизм клинических проявлений. Еще более проблематично для диагностики отсутствие специфических клинических признаков в полости рта, в частности, такой патологии как ВИЧ-инфекция.

В связи с этим возникает необходимость углубленных методов исследования (цитологические, микробиологические, рентгенологические, биохимические, иммунологические), консультации с врачами других дисциплин.

Под термином «дисциплина» в данном контексте речь идет о медицинских специальностях, врачах-интернистах разных профилей. Симптомы, синдромы, симптомокомплексы многих заболеваний находят свое отражение в тканях органов полости рта, в частности слизистой оболочки полости рта. Отсюда возникает понятие внутридисциплинарного и междисциплинарного взаимодействия специалистов. Больным также необходимо контролируемое лечение и диспансеризация у врача-стоматолога, который может выступать в ряде случаев координирующим врачом.

Исходя из вышеперечисленных положений, проблема диагностики и лечения заболеваний СОПР заслуживает пристального внимания и всестороннего изучения, как в целом по разделу, так и по конкретным нозологическим единицам, с междисциплинарным подходом.

Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики и лечения больных с заболеваниями слизистой оболочки

полости рта при внедрении мультидисциплинарной концепции.

Для достижения этой цели в 2011 году на базе Полтавской областной стоматологической поликлиники и кафедры последипломного образования врачей-стоматологов ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» создан областной научно-практический консультативный центр больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Разработано положение об этой структурной единице и одним из его пунктов является участие в работе центра научно-педагогических высококвалифицированных специалистов академии и лечебных учреждений области. В медицинский совет центра введены терапевт, инфекционист, дерматолог, невропатолог, эндокринолог, ревматолог, аллерголог, онколог, т.е. соблюдается принцип междисциплинарного подхода в решении проблем диагностики лечения больных с патологией СОПР. Внутридисциплинарное обеспечение осуществляется узкими специалистами-стоматологами: детский стоматолог, ортодонт, терапевт, хирург, ортопед, рентгенолог. В каждой из дисциплин может быть дифференциация, как, например, хирург-имплантолог, пародонтолог и т.п.

Объекты и методы исследования. За год деятельности центра оказана консультативная, лечебная помощь 505 пациентам, 367 имели заболевания слизистой оболочки полости рта. Из них женщин – 297 (60,8%), мужчин – 208 (39,2%). Пациенты были в возрасте от 18 до 80 лет. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

(по классификации ВООЗ, 1963 г.)

Возраст	16-20	21-35	36-55	56-74	>75	Всего
абс.	11	106	291	90	7	505
%	2,2	21,0	57,6	17,8	1,4	100

Как следует из данных таблицы, наибольшее число обращений

больных было в возрасте 21-35 и 36-55 лет, т.е. в первом и втором периодах зрелости человека.

Методами исследования явились: клинические, лабораторные.

Комплексное клиническое обследование пациентов с поражением слизистой оболочки полости рта и губ схематично включает следующие данные.

Анализ предварительной информации о пациенте: выяснение жалоб (боли, жжение, покалывание, чувство стягивания, зуд, онемение и т.д.); сбор анамнеза болезни (длительность, связь со стрессом, охлаждением, приемом лекарственных препаратов, повышенной инсоляцией, склонность к рецидивам, обострениями, длительность ремиссий); сбор анамнеза жизни (условия работы и быта, профессиональные вредности, перенесенные и сопутствующие болезни, вредные привычки, переносимость пищевых и лекарственных веществ).

Осмотр слизистой оболочки рта, языка, губ проводится последовательно по схеме ВООЗ (Pinborg): кожные покровы лица, век, кожи вокруг губ; кожи кистей рук, голеней, туловища; при этом учитывается цвет, отек, сухость, шелушение, патологические элементы, включая рубцы и пигментацию; обследование лимфатических узлов. При пальпации подчелюстных, подбородочных и шейных лимфатических узлов обращают внимание на их размер, подвижность, болезненность, консистенцию, спаянность с подлежащими тканями; осмотр слизистой оболочки глаза и носа проводится с учетом цвета склер и конъюнктивы, светобоязни, сухости или отечности слизистых оболочек, наличие гноя или экссудата; красная кайма губ, углы рта, внутренние поверхности губ, внутренние поверхности щек по линии смыкания зубов, твердое и мягкое небо, ретромолярные, сублингвальные области дна полости рта. При углубленном осмотре могут быть использованы лупа, стоматоскоп, (использование диагностической пробы с 1%-й уксусной кислотой для

удаления остатков слизи и слущенного эпителия), ранний скрининг зоны поражения слизистой оболочки полости рта и губ аппаратом «УФЛ-122» фирмы «ЛЮКС-ДЕНТ», режим света G- зеленый и последующая окраска 1%-м толуидиновым синим для ранней диагностики предраковых состояний и раковых клеток. При осмотре языка необходимо оценить цвет, размер, отпечатки зубов, наличие и характер налета, состояние сосочков, десквамацию, гипертрофию, наличие борозд, складок, эрозий, язв. Характеризуются элементы поражения, их количество, локализация, болезненность.

Такая последовательность на осмотре позволяет своевременно выявить индивидуальные различия, патологические изменения на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, иногда сочетанные с поражением других слизистых, кожи.

Основные лабораторные методы:

1. Исследование крови (общий клинический анализ; содержание глюкозы; на ВИЧ-инфекцию; на микрореакцию, реакцию Вассермана).

2. Клинический анализ мочи.

3. Исследование ротовой жидкости (визуальная оценка – количество, вязкость, пенистость; рН-метрия; определение гальванических токов у лиц с ортопедическими металлическими конструкциями; определение переносимости стоматологических материалов по методике Фолля).

4. Микробиологическое исследование налета с языка, слизистой щек и других участков рта на дисбактериоз, кандидоз, туберкулез (соскоб, посев).

5. Цитологические, гистологические исследования.

6. Иммунологическое исследование (при хронических рецидивирующих заболеваниях слизистой оболочки рта и губ: красном плоском лишае, хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, многоформной экссудативной эритеме и других).

7. Рентгенологическое исследование разных видов: зубов, челюстей, пазух с целью выявления одонтогенных очагов инфекций, новообразований, травм.

С целью углубленного диагностического обследования назначается консультация пациентов по показаниям коллег-стоматологов (хирурга, ортодонта, ортопеда) и врачей общего профиля (терапевта, эндокринолога, дерматовенеролога, онколога и др.).

Важным моментом является информирование пациента о степени тяжести заболевания слизистой оболочки полости рта, мотивирование его к лечению, активному сотрудничеству с лечащим врачом-стоматологом, врачом-интернистом.

Настоящий алгоритм представлен для работы врачей-стоматологов на амбулаторном приеме, где методы исследования должны быть доступными, легко выполнимыми, экономными во времени, эффективными. Более углубленные обследования проводятся в стационарах, научно-исследовательских институтах.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами проведен анализ совпадения и расхождения диагнозов, поставленных врачами и установленных консультациями на клиничко-лабораторных обследованиях.

Выявлено совпадение диагнозов у 186 больных, что составляет 36,7%. В 63,3% отмечено расхождение диагнозов. В это число входят также направления врачей без указания диагноза, с обобщенными терминами – «стоматит», «заболевание слизистой оболочки полости рта», их процент равен 13,5.

В 2002 году была опубликована статья П.Т. Максименко, Т.П. Скрипниковой, Д.Е. Киндия [14] о результатах сопоставления диагнозов направления врачей и установленных консультациями. По данным этой работы, из 851 клинического случая совпадения диагнозов отмечено у 461 больного, что составило 54,2%. Расхождения диагнозов

было у 361 пациента (42,3%). Направления на консультацию без диагноза имели 29 человек (3,5%)

Сопоставляя данные консультативной работы 2002 и 2012 годов, мы отмечаем уменьшение совпадения диагнозов в 1,5 раза и в 4,5 раза увеличилось направление врачами пациентов на консультацию без диагноза.

Выявленные заболевания проанализированы, сведены в группы по этиологическим, патогенетическим признакам (табл. 2).

Таблица 2

Результаты консультативной работы за 2011-2012 гг.

№ п/п	Заболевания СОПР и красной каймы губ	Количество пациентов	%
1.	Первичные стоматиты (травматические, острый язвенно-некротический, гальваноз)	36	9,8
2.	Вирусные заболевания (острый афтозный стоматит, хронический рецидивирующий герпетический стоматит)	38	10,35
3.	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	15	4,08
4.	Аллергические стоматиты	23	6,26
5.	Инфекционно-аллергические заболевания (многоформно-экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лаэля)	62	16,89
6.	Грибковый стоматит	65	17,71
7.	Неврогенные заболевания (глоссалгия, парестезия, стомалгия)	30	8,17
8.	Хейлит (метеорологический, атопический, трещины губ)	17	4,69
9.	Гематологические синдромы в полости рта	6	1,63
10.	Пузырчатка	3	0,81
11.	Предраковые заболевания СОПР и красной каймы губ (хейлит Манганотти, ограниченный гиперкератоз, лейкоплакия, красный плоский лишай, фиброма, папиллома)	66	17,98
12.	Рак СОПР, языка, губ	6	1,63
	Всего	367	100%

Анализ представленных в таблице данных свидетельствует о

преобладании в структуре заболеваний СОПР и красной каймы губ на нашем консультативном приеме следующей патологии в такой очередности: предраковые заболевания (17,98%), грибковый стоматит (17,7%), инфекционно-аллергические (16,89%); в равной степени (8-10%) первичные стоматиты, неврогенные поражения. Первично диагностировано 3 (0,81%) случая пузырчатки и в 1,63% рака СОПР, языка и губ.

Нозологические формы заболеваний СОПР и красной каймы губ коррелируют с определенными возрастными группами больных. Так, в молодом возрасте (16-30 лет) пациенты обращались преимущественно с герпетическим стоматитом, аллергическими заболеваниями, МЭЭ, рецидивирующим афтозным стоматитом, болезнями губ (атонический, метеорологический хейлит, трещины губ) и т. д.

Лица среднего возраста имели различную тяжесть нарушений микробного баланса (дисбактериоз, кандидоз), хронический рецидивирующий афтозный стоматит, травматические повреждения СОПР, гальваноз, аллергию, красный плоский лишай, лейкоплакию и т.д.

У больных пожилого и старческого возраста заболевания СОПР отягощены соматической патологией, возрастными изменениями слизистой оболочки полости рта, снижением иммунитета, патологией зубочелюстной системы, проблемами, связанными с протезированием, которое обуславливает лейкоплакию, хронические трещины губ, декубитальные язвы, кандидоз, аллергический стоматит и т.д. У пациентов этой группы выявлены предраковые заболевания: ограниченный гиперкератоз, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Однако 30% предраковых заболеваний и 40% рака выявлено у лиц молодого и среднего возраста. Эти показатели свидетельствуют о необходимости повышения онконастороженности у врачей-стоматологов независимо от возраста пациента.

После обследования больных и установления диагноза проводилось мультидисциплинарное комплексное лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, включая следующие мероприятия:

1. Санация полости рта: лечение дефектов твердых тканей зубов; замена некачественных пломб; лечение гингивита, пародонтита; замена некачественных протезов; протезирование; замена разнородных металлов.

2. Обучение рациональной гигиене органов полости рта; проведение контроля за качеством гигиены, эффективностью лечения.

3. Местные вмешательства, лечение СОПР и красной каймы губ.

Из комплекса лечебных мероприятий выбираются основополагающие согласно установленному диагнозу и общему состоянию здоровья пациента с учетом общесоматических заболеваний, аллергологического статуса.

4. Общеукрепляющая терапия: повышение защитных сил организма; нормализация обменных процессов.

5. Общее этиотропное и патогенетическое лечение нозологических форм заболеваний у врача-интерниста.

6. Диспансерное наблюдение.

На стационарном, амбулаторном лечении у врачей-интернистов находились 62% больных.

Заключение. Анализ результатов работы научно-практического консультативного центра больных с заболеваниями СОПР и красной каймы губ, основанного на меж- и мультидисциплинарном подходе к диагностике и лечению, позволяет дать рекомендации для улучшения подготовки врача и совершенствования его деятельности: формирования, развития и совершенствования клинического мышления.

Перспективы дальнейшего исследования. На следующем этапе работы планируется мониторинг результатов лечения выявленной патологии, оценка эффективности диспансерного наблюдения.

Литература

1. Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – 232 с.
2. Банченко Г.В. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи / Г.В. Банченко, Кряжева С.С. – М.: Партнер, 1994. – 160 с.
3. Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
4. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998. – 408 с.
5. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М.: ЗАО «Бизнес Центр Стоматология», 2001. – 408 с.
6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. – М.: Медпресс, 2001. – 320 с.
7. Максименко П.Т. Болезни слизистой оболочки полости рта / П.Т. Максименко, О.Ю. Костелли, Т.П. Скрипникова. – К.: Крещатик, 1998. – 188 с.
8. Максименко П.Т. Побічна дія медикаментозних засобів у стоматологічній практиці / П.Т. Максименко. – Полтава, 2004. – 180 с.
9. Максименко П.Т. О диагностических ошибках, диагностике и диагнозе заболеваний и изменений слизистой оболочки полости рта / П.Т. Максименко // Стоматолог. – 2007. – № 6. – С. 20-24.
10. Богашова Л.Я. Синдромы и симптомы в стоматологии / Л.Я. Богашова, Т.П. Скрипникова, Т.М. Козуб. – Полтава, 1991. – 128 с.
11. Яворская Е.С. Болевые и парастетические синдромы челюстно-лицевой области / Е.С. Яворская. – К.: Наук. думка, 2005. – 88 с.

12. Терапевтична стоматологія / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко [та ін.]. – К.: Медицина, 2010. – 639 с.

13. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / [В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверьяк]. – Минск: Вишэйшая школа, 1995. – 494 с.

14. Максименко П.Т. Затруднения и ошибки в диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта / П.Т. Максименко, Д.Е. Киндий, Т.П. Скрипникова // Український стоматологічний альманах. – 2002. – № 4. – С. 49-53.

Стаття надійшла
29.08.2012 р.

Резюме

Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ имеют затруднения в диагностике, которые обусловлены индивидуальными различиями в строении; многообразием симптомов заболеваний; проявлениями в полости рта симптомов и синдромов общих заболеваний; сходством многих клинических проявлений, элементов поражения при разных заболеваниях; динамическим изменением клинической картины под действием внешних и внутренних факторов; преимущественно хроническим рецидивирующим течением ряда заболеваний; сочетанным наличием ряда заболеваний (красный плоский лишай, грибковый стоматит, лейкоплакия и др.); изменением традиционных форм течения заболеваний, их полиморфной клинической симптоматикой в современных условиях и др.

Диагностика в большинстве случаев связана с необходимостью углубленного исследования и лечения у врача-интерниста.

В связи с этим целесообразны междисциплинарный подход, создание консультативного центра, разработка способов эффективной ранней диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: захворювання слизистої оболочки порожнини рота, діагностика, лікування, мультидисциплінарна концепція.

Резюме

Захворювання слизової оболонки порожнини рота й червоної облямівки губ мають ускладнення в діагностиці, які зумовлені індивідуальними відмінностями в будові; різноманіттям симптомів захворювань; проявами в порожнині рота симптомів і синдромів загальних захворювань; подібністю багатьох клінічних проявів, елементів ураження при різних захворюваннях; динамічною зміною клінічної картини під дією зовнішніх і внутрішніх факторів; переважно хронічним рецидивуючим перебігом низки захворювань; поєднаністю низки захворювань (червоний плесканий лишай, грибовий стоматит, лейкоплакія та ін.); зміною традиційних форм перебігу захворювань, їхньою поліморфною клінічною симптоматикою в сучасних умовах та ін.

Діагностика в більшості випадків пов'язана з необхідністю поглибленого дослідження й лікування в лікаря-інтерніста.

У зв'язку з цим доцільні міждисциплінарний підхід, створення консультативного центру, розробка способів ефективної ранньої діагностики й лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: захворювання слизової оболонки порожнини рота, діагностика, лікування, мультидисциплінарна концепція.

Symmary

Diseases of oral mucosa and lip red border have some difficulties in diagnostics which are caused with: individual structure distinctions; disease symptom variety; the manifestation of general disease symptoms and syndromes in oral cavity; similarity of many clinical manifestations, injuring elements at different diseases; dynamic change of clinical presentation under the influence of external and internal factors; mainly chronic recurrent clinical course of some diseases; presence of some associated diseases (lichen ruber planus, a fungus

stomatitis, leukoplakia, etc.); change of traditional forms of disease clinical course, their polymorphic clinical symptomatology in modern conditions, etc.

Diagnostics in most cases is connected with the necessity of profound research and treatment at the doctor-internist.

In this case the interdisciplinary approach, creation of the advisory centre, working out of effective early diagnostics ways and treatment of oral mucosa diseases are expedient.

Key words: oral mucosa diseases, diagnostics, treatment, multidisciplinary conception.





