

УДК 616.311 - 07 - 036.868

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ВЛИЯНИЕ КСЕРОСТОМИЧЕСКОГО СИМПТОМА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Позднякова А. А., Гилева О. С., Либик Т. В., Сатюкова Л. Я.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России», Пермь, Россия (614000, Пермь, ПГМА ул. Петропавловская, 26), e-mail: pozdnyakovaan@rambler.ru

В статье представлены результаты анализа структуры, общих и местных факторов риска, особенности клинической симптоматики и проявлений ксеростомического симптома у больных с наиболее часто выявляемыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта: красный плоский лишай, хронический рецидивирующий афтозный стоматит и лейкоплакия. Установлено их частое развитие на фоне системной патологии (заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, эндокринной системы), длительно, порой неконтролируемого приема лекарственных препаратов, обладающих ксерогенным, раздражающим и ulcerогенным действием, а также полипрагмазии. Определены особенности и мультифакториальный генез ксеростомического симптома, его роль в снижении стоматологических составляющих качества жизни. Доказана возможность использования стоматологической версии опросника «Профиль влияния стоматологических заболеваний» ОНIP-49-RU для оценки стоматологических показателей качества жизни больных ксеростомией.

Ключевые слова: заболевания слизистой полости рта, ксеростомия, красный плоский лишай, лейкоплакия, качество жизни.

PECULIARITIES OF ORAL MUCOSA DISEASES A CLINICAL MANIFESTATIONS AND INFLUENCE OF XEROSTOMIC SYMPTOM ON ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Pozdnyakova A. A., Gileva O. S., Libik T. V.¹, Satyukova L.Y.

Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Perm, Russia (614000, Perm, street Petropavlovskaya, 26), e-mail: pozdnyakovaan@rambler.ru

The study presents the results of the research on the structure, local and systemic risk factors, peculiarities of the clinical manifestation of the xerostomic symptom in patients with the most common oral mucosa diseases: oral lichen planus, chronic recurrent aphthous stomatitis and leukoplakia. Their frequent development on the background of systemic diseases (gastrointestinal, cardiovascular and endocrine pathology), long-term uncontrolled medication intake possessing xerogenic, irritating and ulcerogenic effects and polypharmacy are established. Peculiarities and multifactorial genesis of xerostomic symptom, its role in the reduction of dental indices of quality of life are specified. It was proven that dental version of the questionnaire "Oral Health Impact Profile» ОНIP-49-RU can be used for assessment of quality of life in dental patients with xerostomia.

Key words: oral mucosa diseases, oral lichen planus, leukoplakia, xerostomia, quality of life.

Введение

В последние годы отмечается тенденция к росту распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у жителей РФ [3, 4], что связано с общей тенденцией старения и ухудшения общесоматического статуса населения, появлением новых системных, часто проявляющихся на СОПР заболеваний (СПИД, папилломавирусная инфекция и др.), экологическим неблагополучием в отдельных регионах страны, действием профессиональных вредностей, сохранением «старых» вредных привычек (курение, привычное прикусывание СОПР) и приобретением их «новых» разновидностей (различные типы наркопотребления), оказывающих негативное влияние на ткани полости рта (ПР).

Существенный вклад в распространенность заболеваний СОПР вносит рост аллергизации населения, полипрагмазия, а также неконтролируемый прием медикаментов, в значительной степени изменяющие физико-химический гемостаз ПР и провоцирующие развитие медикаментозно-обусловленных заболеваний СОПР [5, 7, 8].

Значимым фактором патогенеза и клиническим симптомом многих заболеваний СОПР является нарушение функций слюноотделения, особенно выраженное у больных с сочетанной патологией пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем, длительно получающих лечение лекарственными препаратами (ЛП) с ксерогенным эффектом [7, 10]. Известно [6, 7, 10], что ксеростомия (К) как мультифакторное заболевание может быть не только медикаментозно-обусловленной, но и быть ассоциированной с прямым поражением слюнных желез («истинная» К) или быть симптомом конкретной системной патологии (СП) – сахарного диабета, вирусного гепатита и др. Качество и количество ЛП, назначаемых врачами–интернистами, а также возможность их лекарственных взаимодействий могут также стать причиной развития побочных эффектов, проявляющихся на СОПР афтозными, эрозивными и язвенными элементами, лихенизацией [5, 7, 9]. Убедительны данные [8] о том, что длительный прием ксерогенных ЛП и лучевая терапия являются ведущими факторами возникновения К у лиц пожилого возраста. Продемонстрирована прямая зависимость между медикаментозной нагрузкой и развитием гипосаливации, причем количество принимаемых ксерогенных ЛП напрямую коррелирует со степенью выраженности К. На современном рынке фармацевтической продукции представлено не менее 1800 ЛП, способных индуцировать К, хотя только часть из них обладают достоверным ксерогенным эффектом [7, 8].

Наряду с болевым, дисгезическим и парестетическими симптомами, К рассматривается как значимый вектор снижения стоматологических составляющих качества (КЖ) пациента [1, 9]. Зарубежными исследователями [9] объективизировано наличие прямой корреляционной связи между степенью тяжести ксеростомического симптома (КС) и уровнем снижения качества жизни (КЖ) по стоматологическому индексу: «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14. В отечественной литературе подобные исследования не проводились. Не раскрыты возможности использования для этих целей расширенного варианта опросника ОНП-49 – «золотого стандарта» для оценки КЖ стоматологических больных, русскоязычная версия которого существенно расширила методологический багаж для научно-обоснованной оценки стоматологических составляющих КЖ у жителей РФ [2].

В связи этим в работе поставлена цель – изучить особенности клинической симптоматики и оценить степень влияния КС на стоматологические показатели КЖ у больных с наиболее часто выявляемыми заболеваниями СОПР.

Материалы и методы исследования

Клинико-лабораторные и социологические исследования проведены в период с 2007 по 2012 г. на базе кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России. Всем 2225 пациентам, обратившимся за лечебно-консультативной помощью по поводу заболеваний СОПР, было проведено расширенное обследование в соответствии рекомендациями ВОЗ [Kraemer J. R. et al., 1980], включающее стоматоскопию и люминесцентную диагностику, по показаниям – цито-, гисто- и микробиологическое исследования. Оценку общесоматического статуса, наличие, характер и стадию системной патологии (СП) проводили по заключениям врачей-интернистов, выкопировкам из амбулаторных карт. Изучали схемы медикаментозной терапии СП, выясняли связь появления и выраженность проявления тех или иных стоматологических симптомов с приемом конкретных ЛП, приверженность больного к лечению, точность следования инструкциям по приему ЛП и др. Всесторонне анализировали основные клинические симптомы (отечно-болевой, ксеростомический, сенсорно-парестетический, дисгеузический) во взаимосвязи с действием местных, системных, производственных, медикаментозных, генетических и средовых факторов риска.

Проявления КС изучали по скорости секреции нестимулированной и стимулированной слюны, выделяя I, II и III ст. нарушения функции слюнных желез по И. Ф. Ромачевой и соавт. (1987). Субъективную оценку выраженности выявляемых клинических симптомов, включая ксеростомический, отражали в баллах (0–4) по визуально-аналоговым шкалам.

Для оценки стоматологических показателей КЖ использовали авторскую валидированную русскоязычную версию опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU [2], ответы на 49 вопросов которой позволяли пациенту охарактеризовать состояние здоровья ПР за последние полгода по следующим признакам: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД), психологический дискомфорт (ПД), физические расстройства (ФР), психологические расстройства (ПР), социальная дезадаптация (СД) и ущерб (У). Данные оценивались по пятибалльной шкале: от 0 (никогда) до 4 (постоянно), причем более высокий показатель индекса (максимальный – 196 баллов) соответствовал более низкому уровню КЖ. В качестве популяционной нормы интегрального индекса ОНП-49-RU для соматически сохраненных россиян различного возраста и пола с интактной полостью рта использовали значения $24,1 \pm 3,2$ бал., установленные в процессе

многоступенчатой валидации ОНП-49-RU. Клинико-социологическое исследование проводили по получению информированного согласия пациентов с соблюдением необходимых этических норм.

Обработка анкетных данных (218 анкет у больных с ксеростомией) включала расчет (в баллах) «пошкаловых» показателей (средняя величина M с учетом ошибки отклонения m) и их суммирование с расчетом интегрального индекса Σ ОНП-49-RU ($M \pm m$). Определение показателя существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили с помощью непарного t -критерия Стьюдента. Точную значимость различий, долей (%), оценивали по методу Фишера с расчетом показателя ϕ .

Результаты исследования

Установлено, что в структуре заболеваний СОПР и ККГ доминировала следующая патология: красный плоский лишай (КПЛ) - 31,5%, хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - 17,5% и лейкоплакия (Л) - 15,0%.

В структуре КПЛ СОПР доминировали эрозивно-язвенная (38,6 %) и типичная (23,6 %) формы; экссудативно-гиперемическая, гиперкератотическая и буллезная – отмечались в 17,4 %, 12,6 % и 7,8 %, соответственно. Непрерывно-рецидивирующее течение заболевания проявлялось выраженным отеочно-болевым (90,5 %), ксеростомическим (80,3 %), сенсорно-парестетическим (72,3 %), дисгеузическим (58,0 %) симптомами, психовегетативным синдромом (42,9 %), канцеро- и спидофобией (32,2 % и 24,9 %).

Чаще (91,8 %) тяжелое течение КПЛ развивалось на фоне хронической СП, в структуре которой доминировали (90,1 %) заболевания ЖКТ, эндокринной (55,7 %), сердечно-сосудистой (52,3 %) и иммунной (22,6 %) систем. Роль стрессовых факторов отмечали у 77,0 % пациентов. Большая часть пациентов имели несанированную ПР, в которой проявлялось действие следующих факторов риска: хроническая механическая травма СОПР (55,7 %), раздражающее, алергизирующее, лихенизирующее и ксерогенное действие ЛП (19,7 %) и средств гигиены ПР (16,4 %).

КС чаще манифестировал при эрозивно-язвенной (66,7 %), экссудативно-гиперемической (56,0 %), гиперкератотической (42,8 %) и буллезной (23,8 %) формах, практически не выявлялся при типичном течении КПЛ.

К чаще выявлялась у женщин (68,6 %), чем у мужчин (31,4 %), причем в 19,7 % случаев была связана с длительным приемом ксерогенных ЛП. По мнению пациентов, чаще (61,2 %) К была ассоциирована с длительным приемом блокаторов кальциевых каналов (амлодипин, дилтиазем и др.), β -адреноблокаторов (бисопролол, метапролол и др.) и диуретиков (индопамид, лариста, дихлотиазид), назначаемых в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. Обращало на себя внимание частое (37,4 %) развитие К

(особенно в ночное время) у больных с заболеваниями ЖКТ на фоне приема омепразола, эзомепразола и антацидных препаратов (альмагель, маалокс). Чаще (50,8 %) больных КПЛ беспокоила ночная К, 35,7 % из них отмечали сухость во рту только в дневное время, а у 13,5 % КС был постоянным. У большинства больных КС сопровождался чувством жжения. При выраженном КС отмечались трудности пережевывания пищи (35,1 %), разговора (37,1 %), явления дисгеузии (чаще по типу гипоггеузии) – у 6,4 % пациентов. Выявляемый у 70,7 % пациентов неприятный запах изо рта создавал психологический дискомфорт и проблемы социализации. Кровоточивость десен, чаще при чистке зубов, беспокоила 67,1 % пациентов. У 80,7 % больных одновременно проявлялись 4-5 симптомов, чаще в следующей комбинации: сухость, неприятный запах, жжение в ПР. При К I ст. тяжести показатель нестимулированной секреции составил $0,1 \pm 0,01$ мл/мин, при К II ст. – $0,08 \pm 0,01$ мл/мин ($p < 0,05$) и при К III ст. – $0,02 \pm 0,01$ мл/мин ($p < 0,05$). Показатели стимулированной секреции составили, соответственно, $2,08 \pm 0,2$ мл/мин при К I ст., $1,64 \pm 0,2$ мл/мин при К II ст. ($p < 0,05$) и $0,44 \pm 0,01$ мл/мин при К III ст. тяжести ($p < 0,05$).

ХРАС, вошедший в тройку наиболее распространенных форм заболеваний СОПР, выявлялся преимущественно у лиц молодого возраста, чаще в весенне-осенний период, более чем в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин (67,6 % против 32,3 %). Доминировали фиброзная и некротическая формы (соответственно 47,6 % и 36,9 %). Хроническое рецидивирующее течение ХРАС, проявлялось выраженным болевым (84,5 %) и парестетическим симптомом (79,4 %). К при этой патологии выявлялся в единичных случаях, преимущественно в легкой форме.

У пациентов, страдающих ХРАС, определен высокий уровень отягощенности хронической СП. Чаще (58,4 %) пациенты обращались на прием в фазе обострения ХРАС, связанного с перенесенным инфекционным заболеванием, обострением хронической СП, перенесенным стрессом. В 24,4 % диагностировали подострое течение ХРАС, в 17,7 % – ХРАС в стадии ремиссии. Появление афт в ПР на фоне приема ЛП (ингибиторов АПФ, ингибиторов протонной помпы, антацидов и др.) указывали 3,1 % больных. Симптомы К прогрессивно снижались на фоне снижения дозы или при полной отмене ЛП.

К числу наиболее распространенных заболеваний СОПР, по данным лечебно-консультативного приема, была отнесена лейкоплакия (Л) – хроническое заболевание, эрозивная и веррукозные формы которой склонны к озлокачествлению. Л была выявлена у 13,4 % обратившихся на прием пациентов, преимущественно у мужчин (69,0 %) в возрасте 5–64 года. Следует отметить, что уровень заболеваемости Л СОПР был выше у курящих пациентов во всех возрастных группах.

В структуре Л, выявленной в 13,4 % случаев, преобладала плоская (55,3 %) и веррукозная формы. В 3,7 % случаев была диагностирована волосатая Л, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией. Определены следующие факторы риска идиопатической Л: курение, особенно в сочетании с употреблением алкоголя (69,4 % и 26,2 % соответственно), механическая травма СОПР (43,2 %), употребление горячей пищи (59,1 %), действие метеорологических факторов (32,2 %), профессиональных вредностей (28,5 %).

У 74,5 % пациентов Л была ассоциирована с хроническими заболеваниями ЖКТ (57,4 %) и эндокринной системы (48,2 %), преимущественно сахарным диабетом II типа. Негативное влияние профессиональных вредностей (на пылевых, электро-химических, химических производствах) на СОПР отмечено у 28,6 % больных. КС у пациентов с Л наблюдался в 79 % случаев, наиболее часто выявлялся у мужчин (69,0 %), чем у женщин (31,0 %). У мужчин чаще определялась I-я и II-я степень ксеростомии (соответственно 63,2 % и 36,8 %), у женщин доминировал (72,3 %) КС II ст. тяжести.

Для оценки степени влияния КС на стоматологические показатели КЖ проведено клинико-социальное исследование, в котором приняли участие 218 пациентов с I-й (103 пациента) и II-й (115 пациентов) степенью К, ассоциированной с КПЛ, ХРАС и Л. Установлено, что при К II ст. тяжести интегральный показатель ОНП-49-RU был максимально высоким ($110,0 \pm 27,9$), что соответствовало наиболее значимой утрате стоматологических составляющих КЖ. У пациентов с К I ст. индекс Σ ОНП-49-RU составил $65,5 \pm 18,3$ и был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при ее более тяжелом течении. Вместе с тем, эти значения индекса более чем в 2,5 раза превышали нормативные значения ($24,1 \pm 3,2$), что объективизировало влияние даже самых легких проявлений К на стоматологические составляющие КЖ больного с хронической патологией СОПР.

При К I ст. тяжести максимальное снижение КЖ было выявлено по шкалам: «Психологический дискомфорт» (на 56,5 %) и «Психологические расстройства» и «Физический дискомфорт» (по 49,6 %). При К II ст. тяжести наиболее значимое снижение КЖ отмечалось по шкалам: «Ограничение функций» ($27,6 \pm 6,3$; на 75,6 %), «Физический дискомфорт» ($18,2 \pm 5,9$; на 70,6 %), «Физические расстройства» ($21,4 \pm 5,1$; на 67,4 %). Установлено, что женщины с КС достоверно более остро ощущали утрату КЖ по всем пошкаловым показателям ОНП-49-RU, чем мужчины.

Выводы

Таким образом, по результатам комплексного стоматологического обследования пациентов с наиболее распространенными заболеваниями СОПР (КПЛ, ХРАС, Л) установлен манифестный полиморфный характер их клинического проявления с выраженным КС, приводящим к достоверному снижению стоматологических показателей КЖ.

Список литературы

1. Гилева О. С., Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О. С. Гилева, Т. В. Либик, Е. В. Халилаева и др. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3. – С. 6–11.
2. Гилева О. С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU [Текст] / О. С. Гилева, Е. В. Халилаева, Т. В. Либик, Р. В. Подгорный, И. В. Халявина, Е. С. Гилева // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 8. – С. 104–109.
3. Гилева О. С. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) // О. С. Гилева, Е. Н. Смирнова, А. А. Позднякова и соавт. – Пермский медицинский журнал. – 2012. – № 6. – С. 18–24.
4. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России // Э. М. Кузьмина – М.: МГМСУ, 2009. – 225 с.
5. Мазур И. П. Влияние лекарственных препаратов на состояние здоровья полости рта / И. П. Мазур, К. Н. Косенко // Современная стоматология. – № 3. – 2008. – С. 179–187.
6. Пожарицкая М. М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса твердых и мягких тканей полости рта. Ксеростомия. Стимуляция слюноотделения / М. М. Пожарицкая // Клиническая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 42–45.
7. Ронь Г. И. Ксеростомия. – Екатеринбург, 2008. – 123 с.
8. Martin-Piedra M. A. Effectiveness of a recent topical sialogogue in the management of drug-induced xerostomia / M. A. Martin-Piedra, A. Aguilar-Salvatiera, D. Herrera, G. Gomez-Moreno // J. Clin. Exp. Dent. – 2011. – 3 (4). P. 268–273.
9. Thomson W. M. The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults [Text] / W. M. Thomson, H. P. Lawrence, J. M. Broadbent, R. Poulton // Health Qual. Life Outcomes. – 2006. – Vol.4. – P. 86.
10. Wiener R. C. Hyposalivation and xerostomia in dentate older adults / R. C. Wiener, B. Wu. R. Crout, M. Wiener, B. Plassman, E. Kao, D. McNeil // JADA. – 2012. – 141 (3). P. 279–284.

Рецензенты:

Мандра Юлия Владимировна, доктор медицинских наук, доцент, декан стоматологического факультета, заведующая кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний, ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», г. Екатеринбург.

Данилова Марина Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии и ортодонтии, ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера Минздрава России», г. Пермь.