

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА

*Бобкова И.Л., Зиновенко О.Г.*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Беларусь, Минск*

*В статье описываются изменения на слизистой оболочке полости рта, являющиеся следствием заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности, артериальной гипертензии. Изучена частота встречаемости артериальной гипертензии у пациентов амбулаторного стоматологического приема, выявлены и описаны характерные изменения слизистой. Даны практические рекомендации врачам-стоматологам по раннему выявлению артериальной гипертензии.*

***Ключевые слова:** артериальная гипертензия; изменения на слизистой оболочке полости рта; ксеростомия.*

## FEATURES OF THE MANIFESTATION OF ARTERIAL HYPERTENSION ON THE ORAL MUCOSA

*Bobkova I.L., Zinovenko O.G.*

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,  
Belarus, Minsk*

*The article describes changes in the oral mucosa, which are the result of diseases of the cardiovascular system, in particular arterial hypertension. The frequency of occurrence of arterial hypertension in outpatient dental visits was studied, characteristic changes in the mucosa were identified and described. Practical recommendations are given to dentists on the early detection of arterial hypertension.*

***Key words:** arterial hypertension; changes in the oral mucosa; xerostomia.*

**Актуальность.** Заболевания сердечно-сосудистой системы зачастую сопровождаются различными изменениями со стороны органов и тканей полости рта [1, 2]. Одной из самых распространенных нозологических форм данной патологии является артериальная гипертензия. Среди важнейших факторов патогенеза артериальной гипертензии называют нарушение микроциркуляции [3].

Изменения в микроциркуляторном русле прогрессируют с развитием болезни и коррелируют как с тяжестью артериальной гипертензии, так и со степенью нарушения кровообращения в слизистой оболочке полости рта и периодонте [3].

Слизистая оболочка полости рта может быть бледной либо цианотичной, в ряде случаев наблюдается усиленный сосудистый рисунок. Особенно отчетливо расширенные кровеносные сосуды определяются в подъязычной области. Повышается ломкость и проницаемость сосудистых стенок.

При наличии кариозных зубов, острых краев пломб и протезов, привычном покусывании щек, других травмирующих воздействиях на слизистую оболочку могут появляться болезненные эрозии, увеличивающиеся в размерах, длительно не заживающие, плохо поддающиеся лечению.

Отечность и цианоз слизистой оболочки рта, цианотичность губ обычно наблюдают при декомпенсированных формах сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся на фоне артериальной гипертензии, ревматического порока сердца или других заболеваний. На боковых поверхностях языка, щеках появляются отпечатки зубов. Отечность языка может быть выражена в значительной степени, он увеличивается в размерах; речь становится затрудненной. Такое состояние часто сочетается с цианотичностью красной каймы губ. Отечность и изъязвление слизистой оболочки рта чаще появляются в участках, прилежащих к зубным протезам (маргинальный край десны, прилежащий к металлическим коронкам; слизистая оболочка под промежуточной частью мостовидного протеза; под протезным ложем съемных пластиночных протезов и др.).

Пузырно-сосудистый синдром в полости рта, описанный А.Л. Машкиллейсоном и соавт. (1972), характеризуется появлением плотных субэпителиальных пузырей разной величины с прозрачным или геморрагическим содержимым. Пузырно-сосудистый синдром чаще возникает у женщин в возрасте 40-75 лет. Пузыри возникают внезапно, часто во время приема пищи. Излюбленная локализация - на слизистой оболочке мягкого неба, боковых поверхностях языка, щеках. При вскрытии пузырей образуются эрозии, покрытые беловатым налетом и располагающиеся на гиперемизированном фоне слизистой оболочки. Симптом Никольского, как правило, отрицателен. В мазках-отпечатках с поверхности эрозий определяются элементы периферической крови, акантолитические клетки отсутствуют. Эпителизация эрозий наступает спонтанно через 3-7 дней.

Изменения со стороны полости рта могут быть обусловлены постоянным приемом гипотензивных препаратов, которые вызывают временное снижение скорости секреции слюнных желез. Установлено, что ксеростомия (сухость полости рта), обусловленная приемом лекарственных препаратов, наблюдается у людей пожилого и старшего возраста в 33-51% случаев.

Ксеростомия значительно увеличивает риск развития множественного кариеса, некариозных поражений (эрозий), заболеваний периодонта и слизистой оболочки полости рта. В литературе имеются данные о том, что

частота встречаемости кариеса корня у пациентов, принимающих гипотензивные препараты, на 60% выше по сравнению с группой контроля.

**Цель:** изучить частоту встречаемости последствий заболеваний артериальной гипертензии у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме и провести анализ состояния слизистой оболочки полости рта у этой группы пациентов.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 60 пациентов амбулаторного приема (16 мужчин и 44 женщины), обратившихся за стоматологической помощью в УЗ «4-я городская клиническая стоматологическая поликлиника» г. Минска. Возраст пациентов варьировал от 30 до 54 лет. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта проведена в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

#### **Результаты и их обсуждение.**

Опрос пациентов показал, что 27 человек (45%) страдали артериальной гипертензией и постоянно принимали гипотензивные препараты. Считали себя практически здоровыми, однако не имели представления о своем артериальном давлении 33 человека (55%).

Анализ состояния слизистой оболочки губ, языка, щек, дна полости рта полости рта показал, что у всех пациентов с установленным диагнозом были выявлены изменение цвета слизистой, проявлявшиеся в виде застойной гиперемии с цианотичным оттенком, усиления сосудистого рисунка. Имел место хронический простой маргинальный гингивит, слизистая оболочка десневого края была гиперемирована, отечна, имела цианотичный оттенок, кровоточила при чистке зубов. Наблюдались отпечатки зубов на слизистой оболочке щек и языка, которые также свидетельствовали о наличии отека. При опросе установлено, что 18 (66%) пациентов периодически отмечали появление на слизистой оболочке полости рта, чаще всего мягкого неба, боковых поверхностей языка и щек по линии смыкания зубов, пузырей с геморрагическим содержимым. Все пациенты, принимавшие гипотензивные препараты, предъявляли жалобы на различную степень сухости в полости рта, иногда чувство жжения.

У практически здоровых пациентов хронический простой маргинальный гингивит имел место в 15 случаях (45%). В 14 случаях (42%) ему сопутствовали отек слизистой оболочки языка и щек, усиление сосудистого рисунка.

Практически здоровым пациентам, у которых были выявлены изменения со стороны слизистой оболочки полости рта, рекомендовали мониторинг артериального давления, обследование у кардиолога и повторную консультацию стоматолога.

В ходе повторной консультации установлено, что после кардиологического обследования у 13 человек выявлены начальные стадии артериальной гипертензии.

Всем пациентам проведена тщательная санация полости рта, заключающаяся в устранении всех возможных травмирующих факторов: удаление зубных отложений, пломбирование дефектов, замена старых реставраций, сошлифовывание острых краев зубов, рациональное протезирование. По показаниям использовали антисептические и кератопластические препараты. Осуществляли дифференцированный подбор средств и методов индивидуальной гигиены полости рта.

Таким образом, знание клинических симптомов артериальной гипертензии в полости рта позволяет врачу-стоматологу выявить заболевание на самых ранних стадиях и своевременно направить пациента к специалисту для назначения адекватного лечения.

### **Список литературы**

1. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство; под редакцией И.К. Луцкой; пер. с нем. – М.: Мед. лит, 2011. – 448 с.
2. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта (второе издание) / И.К. Луцкая. – М.: Мед. лит, 2014. – 224 с.
3. Луцкая, И.К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. – М.: Мед. лит, 2010. – 256 с.