

ПРОЯВЛЕНИЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ

И.К. Луцкая

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь*

К группе заболеваний, поражающих СОПР относятся, в первую очередь, травматические повреждения [Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. — М: ОАО «Стоматология». — 2001. — 271с.]. Среди физических факторов наиболее частым является механическая травма, острая либо хроническая [Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. — Москва: Медицинская литература, 2011. — 448 с.]. К физической травме относятся лучевые поражения, развивающиеся как побочный эффект локального рентгеновского воздействия при лечении некоторых заболеваний, чаще всего онкологических [Коваль Н.И., Несин А.Ф., Коваль Е.А. Заболевания губ. / Под редакцией профессора А.В. Борисенко. — Киев: ВСИ «Медицина». — 2013. — 344с.].

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности раннего выявления побочных воздействий лучевых методов лечения. Материалом исследования служил анализ медицинской документации, собственные клинические наблюдения, а также данные литературных источников.

Результаты исследования показали, что характерным ранним признаком осложнения рентгенотерапии (лучевая травма) является сухость полости рта как результат нарушения слюноотделения. Клиническая картина после прекращения облучения может нормализоваться, однако возможны и необратимые процессы в слюнных железах. Гипосаливация прогрессирует, затрудняется пережевывание, проглатывание пищи, исчезают вкусовые ощущения. Сухость слизистой оболочки способствует появлению эрозий, трещин при малейшем травмировании эпителиального слоя.

Ранние клинические симптомы лучевого поражения во рту, кроме нарушения слюноотделения, проявляются гиперемией и отеком слизистой оболочки. Затем могут обнаруживаться признаки ороговения — уплотнение, складчатость слизистой, помутнение эпителия. Отторжение эпителиального слоя сопровождается эрозированием поверхности с образованием некротического налета, склонного к распространению вглубь и вширь. У ряда больных развивается сливной пленчатый радиомукозит, сопровождающийся тяжелыми субъективными ощущениями.

Острый лучевой глоссит характеризуется сухостью слизистой языка, извращением вкуса, парестезией. Появляется гиперемия, отек, желтовато-белый налет: вначале очаговый, затем сплошной. Возможны кровоизлияния, развитие эрозии, язвы. Последние заживают с образованием рубца. При хроническом течении язык отличается синюшностью, появлением рубцующихся трещин, сосочки подвержены гиперкератозу.

Внутритканевая γ -терапия опухоли может вызывать выраженную картину некроза с образованием лучевой язвы, имеющей четкие границы, плотные, закругленные края. Дно покрыто некротическим налетом. Характерна резкая болезненность, сходная с невритом. Может возникнуть необходимость дифференцировать лучевую язву с рецидивом злокачественной опухоли, поскольку локализация их совпадает.

Под влиянием хронических раздражителей физической и химической природы развивается воспалительный процесс по типу гиперкератоза — лейкоплакия. Излюбленной локализацией очагов поражения является слизистая оболочка углов рта, щек (по линии смыкания зубов), языка (спинка и боковые

поверхности). Жалобы сводятся к ощущению шероховатости слизистой оболочки, дискомфорту, иногда сухости или чувству жжения на участке поражения. При локализации на губах отмечается косметический дефект: на красной кайме губ гиперкератоз имеет вид тонкой пленки серовато-белого цвета неправильной формы. Границы четкие, однако, неравномерные, с переходом на зону Клейна и слизистую оболочку губ. На языке лейкоплакия обнаруживается в различных вариантах: от небольших округлых или вытянутых пятен белого цвета до широких полос вдоль боковой поверхности языка, обширного гиперкератоза на спинке или распространенного поражения дорсальной, вентральной поверхностей, когда весь язык приобретает белесоватую окраску.

Возможно присоединение вторичной инфекции (бактериальной, грибковой, вирусной), сопровождаемое характерными симптомами. Банальная микрофлора чаще всего провоцирует воспаление десны: гингивит, пародонтит с выраженными отеками слизистой, кровоточивостью, некротическим налетом, затем оголением корней, подвижностью зубов. Присутствующая в полости рта сапрофитная грибковая инфекция активируется в условиях сниженного местного иммунитета. Острый кандидоз проявляется выраженным «творожистым» налетом. Далее могут развиваться хронические формы грибкового стоматита с характерными клиническими симптомами, усугубляющими клиническую картину диагностируемых осложнений. Из вирусных проявлений чаще всего наблюдается герпетический стоматит, вызываемый латентно существующем в организме специфическим возбудителем. Плохая гигиена полости рта, наличие кариозных зубов способствуют осложнениям лучевых поражений.

Заключение: в ряде случаев ограниченно на слизистой оболочке рта могут проявляться побочные эффекты лечения общих или локальных заболеваний. Стоматолог должен четко представлять патологические изменения, создающие угрозу здоровью и жизни пациента, чтобы выставить предположительный диагноз и своевременно направить его на консультацию для уточнения диагноза и назначения медикаментозного лечения, например, к онкологу, при риске малигнизации опухоли или проявлении побочных эффектов терапии. Местное лечение он может проводить самостоятельно в соответствии с симптомами локальных клинических проявлений и общими рекомендациями узкого специалиста.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»

**«Современные проблемы радиационной медицины:
от науки к практике»**
(г. Гомель, 24 октября 2024 г.)

Материалы международной
научно-практической конференции

Под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора А.В. Рожко

Гомель
ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»
2024