
гноетечение из карманов, присоединение кандидоза определены у пациентов, имеющих в анамнезе диагноз сахарный диабет (13,8%). Гиперплазию десен (11,3%) наблюдали при гормональных нарушениях, как побочный эффект применения лекарственных препаратов. У четверти обследованных пациентов определен афтозный стоматит (24,5%), наличие которого взаимосвязано с аллергическими реакциями к микробным, вирусным, лекарственным и пищевым воздействиям, а также с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Хроническая почечная недостаточность часто сочеталась с заболеваниями эндокринной системы (в 40% случаев), желудочно-кишечного тракта (в 37,5% случаев), метаболическими нарушениями (22,5%), аллергическими реакциями (12,5%), что проявлялось хроническим воспалением десны, характеризующимся интенсивным покраснением и десквамацией поверхности эпителия (десквамативный гингивит, глоссит). При заболеваниях крови, заболеваниях ЖКТ, при приеме цитостатиков, снижении иммунной системы наблюдались проявления, характерные для язвенного гингивита (14,2%). Быстрое развитие периодонтита, гноетечение из карманов, присоединение кандидоза было выявлено у пациентов с ХПН, имеющих в анамнезе диагноз сахарный диабет (13,8%). Гиперплазия десен наблюдалась при гормональных нарушениях, как побочный эффект применения лекарственных препаратов (11,3%). Основными причинами афтозного стоматита являлись аллергические реакции к микробным, вирусным, лекарственным и пищевым воздействиям, а также заболевания ЖКТ.

Выводы. Таким образом, пациенты с патологией почек – большая группа пациентов, которая нуждается не только в специализированной медицинской помощи, но и во всех видах стоматологической помощи. Хроническая почечная недостаточность сопровождается выраженными изменениями в полости рта. Высокую интенсивность кариеса и потерю зубов у этих пациентов можно объяснить нарушением функции слюнных желез, фосфорно-кальциевого обмена и понижением иммунологического статуса. По мере прогрессирования основного заболевания и снижения функции почек происходит поражение других органов и систем, в том числе тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта.

Кравчук И.В.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПЕРИОДОНТА, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ

Введение. По данным ВОЗ в настоящее время потребление табака является ведущей причиной смерти и инвалидности взрослого населения мира (почти 6 миллионов смертей в год), представляет серьезную угрозу для здоровья граждан и несет

негативные медицинские, демографические и другие социально-экономические последствия. Распространение потребления табака среди взрослого населения Республики Беларусь составляет в среднем 30,6% (47,1% среди мужчин и 17% среди женщин). Более 50% населения, находясь рядом с курящими людьми, подвергается пассивному курению. В настоящее время ежегодный прирост курильщиков среди взрослых мужчин составляет 28% и взрослых женщин 22,5%. Жевание табака рассматривается как один из этиологических факторов развития рака щęki, десны и глотки. Потребление табака увеличивает риск развития заболеваний репродуктивной системы, тяжелых сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных, эндокринных, онкологических и других патологий.

Цель. Предупреждение и выявление заболеваний слизистой оболочки полости рта, периодонта и красной каймы губ у курящих пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 30 молодых курящих пациентов (от 18 до 30 лет). Группу сравнения составили молодые люди того же возраста, которые никогда не курили. Осмотр полости рта и окружающих тканей проводили согласно рекомендациям ВОЗ. Обследование включало: а) внеротовую область головы и шеи; б) околоротовые и внутриротовые мягкие ткани; в) зубы и ткани периодонта. Особое внимание уделялось осмотру таких зон, как кайма губ, слизистая и переходная складка губ, углы рта, слизистая и переходная складка щек, десна, альвеолярный край, язык, дно полости рта, твердое и мягкое небо.

Результаты и обсуждение. При проведении обследования пациентов было установлено, что средне-тяжелые и тяжелые формы периодонтита наблюдались у 35,7% курильщиков сигарет, 20,2% прежних курильщиков и 13,1% некурящих. По данным рентген-диагностики выявлено снижение высоты альвеолярной кости у курильщиков и прежних курильщиков. У некурящих пациентов аналогичная картина не наблюдалась. В результате обследования выявлено, что тяжесть заболевания периодонта коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет и стажем курения. В группе курящих риск возникновения периодонтита был почти в четыре раза выше, чем у молодых людей того же возраста (группа сравнения), которые никогда не курили.

В основной группе в 16% случаев был выявлен острый некротически-язвенный гингивит. Отечная десна быстро изъязвлялась, вызывая характерную эрозию межзубных сосочков. Свободный край десны был покрыт желтовато-серой пленкой с красным ореолом. Отмечался неприятный запах изо рта и чрезмерное слюноотделение. Боль, отечность и кровоточивость десен затрудняли нормальное питание. Головная боль, и недомогание обычно сопровождалось повышением температуры тела.

Бородавчатый предрак характеризовался образованием на красной кайме губ узелка диаметром до 10 мм, выступающего над уровнем слизистой и имеющего застойно красную окраску. Поверхность узелка была покрыта тонкими плотно прикрепленными чешуйками, которые при поскабливании не снимались. При пальпации определяли уплотненную консистенцию узелка, болезненность отсутствовала. Данная патология характеризуется выраженной склонностью к малигнизации уже через 1–2 месяца после начала заболевания.

Начальные стадии болезни Боуэна характеризовались появлением ограниченного участка гиперемии, который имел узелково-пятнистый или бархатистый вид. В случае образования узелков и слияния их в бляшки очаг поражения возвышался над уровнем окружающих тканей. При длительном течении развивалась атрофия слизистой оболочки. Прогноз заболевания неблагоприятный. Развитие очагов поражения в течение 2–3 месяцев заканчивается инвазивным ростом без склонности к обратному развитию.

Выводы. У курящих пациентов велик риск возникновения злокачественных заболеваний полости рта. Основными признаками злокачественного перерождения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ являются следующие критерии: резкое изменение клинической картины, ускорение развития опухоли или язвы, экзофитный рост или изъязвления опухоли, кровоточивость очага поражения, появление гиперкератоза, инфильтрации и уплотнения в основании. Отсутствие эффекта консервативного лечения в течение 7-10 дней является основанием для направления пациента на консультацию к врачу-онкологу или челюстно-лицевому хирургу.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025