

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В ПОЛОСТИ РТА

Самаркандский государственный медицинский университет,

г. Самарканд, Узбекистан

Худоярова Аделя

E-mail: xudoyarovaadelya@gmail.com

Научный руководитель: Ортикова Наргиза Хайруллаевна, к. м. н., доцент

На сегодняшний день острый лейкоз остается одной из наиболее серьезных и сложных форм рака, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению. Острые лейкозы, включая острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) и острый миелоидный (нелимфобластный) лейкоз (ОНЛЛ), представляют собой группу злокачественных заболеваний, характеризующихся быстрым и неконтролируемым ростом незрелых клеток крови. Эти заболевания имеют значительное значение как в клиническом, так и в общественном здравоохранении [1, 7, 8]. Частота поражения слизистой оболочки рта у больных острым лейкозом составляет от 25% до 91%. Кроме того, острые лейкозы имеют схожие проявления с другими общесоматическими патологиями, усугубляющимися присоединением некротических, язвенных процессов (анемии, тромбоцитопении, ВИЧ-инфекции и др.). Дебют острого лейкоза характеризуется выраженным угнетением нормального кроветворения, связанным с инфильтрацией костного мозга опухолевыми клетками [9]. Клиническая картина сопровождается разнообразной симптоматикой, преимущественно зависимой в своих проявлениях от синдрома, сопровождающего общесоматическое состояние пациента с изучаемой патологией. В данной работе автор постарается сформировать понятие о том, что представляет собой исследуемое заболевание и составить сравнительную характеристику проявлений в полости рта в соответствии с синдромами и формами, из которых складывается

клиническая картина каждого из них, а также описать характерные изменения в ассоциированных органах и тканях.

Ключевые слова: лейкоз, ОЛЛ, ОНЛЛ, гемобластоз, геморрагический синдром, гиперпластический синдром, язвенно-некротический синдром, кератоз, кандидоз, консистенция лимфоузлов.

Введение

Первое описание лейкоза (лейкемии, или «белокровия») принадлежит R. Virchow (1845). Вскоре ОЛ были описаны немецкими и русскими врачами E. Freidreich (1857), К. Славянским (1867) и В. Kussner (1876). Термины «острый» и «хронический», используемые для определения и классификации лейкозов, имеют историческое происхождение: до внедрения в практику эффективных методов диагностики и лечения больные ОЛ погибали в течение нескольких недель; продолжительность жизни пациентов с хроническими лейкозами колебалась от нескольких месяцев до нескольких лет.

Целью данного исследования является определение особенностей и распространенности клинических проявлений различных синдромов острого лейкоза в полости рта, значимости своевременной и корректной диагностики данной патологии, а именно ее местных проявлений как показателей систематического нарушения. Ранняя диагностика острых лейкозов имеет колоссальную значимость для своевременного и качественного их лечения в случае подтверждения данного диагноза. Обуславливается она следующими аспектами:

1. *Смертность и заболеваемость.* Острые лейкозы являются одними из наиболее агрессивных форм рака, что приводит к высокой смертности, особенно если диагноз ставится на поздних стадиях. ОМЛ чаще встречается у взрослых, тогда как ОЛЛ чаще диагностируется у детей.

2. *Проблемы диагностики.* Быстрая прогрессия заболевания требует ранней диагностики и немедленного начала лечения. Это создает дополнительные вызовы для системы здравоохранения.

3. *Лечение.* Хотя в последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении острых лейкозов, включая химиотерапию, иммунотерапию и трансплантацию стволовых клеток, лечение все еще может быть сложным и требовать значительных ресурсов.

4. *Социальные и экономические последствия.* Острые лейкозы влияют не только на пациентов, но и на их семьи и общество в целом, вызывая эмоциональные и финансовые трудности.

Материалы и методы

Исследование базируется на сравнительном анализе симптоматики и частоты встречаемости синдромов при обеих формах заболевания; данных о характере отличительных клинических проявлений каждого синдрома в отношении друг друга, что обеспечивает более качественную и точную дифференциальную диагностику; статистических сведениях о преимущественной локализации морфологических элементов, свойственной для каждого из синдромов; характере структурных изменений в консистенции лимфатических узлов по мере развития двух основных групп острых лейкозов на основе статистически обоснованных данных.

Выборку составил 51 пациент, получивший направление от стоматолога-терапевта на онкологическую диагностику. Данный контингент был распределен по пяти клиническим группам:

1 группа – 15 пациентов с проявлениями анемического синдрома исключительно с ОНЛЛ, средний возраст – $45 \pm 0,5$ лет.

2 группа – 8 пациентов с геморрагическими проявлениями в полости рта, из которых в 75% случаев у пациентов диагностирован ОНЛЛ, в 25% – ОЛЛ, средний возраст – $45 \pm 1,06$ лет.

3 группа – 10 пациентов с язвенно-некротическими проявлениями в полости рта, из которых в 60% случаев у пациентов диагностирован ОНЛЛ, в 40% – ОЛЛ, средний возраст – 50 ± 2 лет.

4 группа – 8 пациентов с гиперпластическими проявлениями, преимущественно систематически, в 25% случаев – у больных ОНЛЛ, 75% – ОЛЛ, средний возраст – $45 \pm 0,5$ лет.

5 группа – 10 пациентов с другими проявлениями в полости рта в отношении двух форм, равнозначно двум основным формам данного заболевания, средний возраст – 30 ± 2 лет.

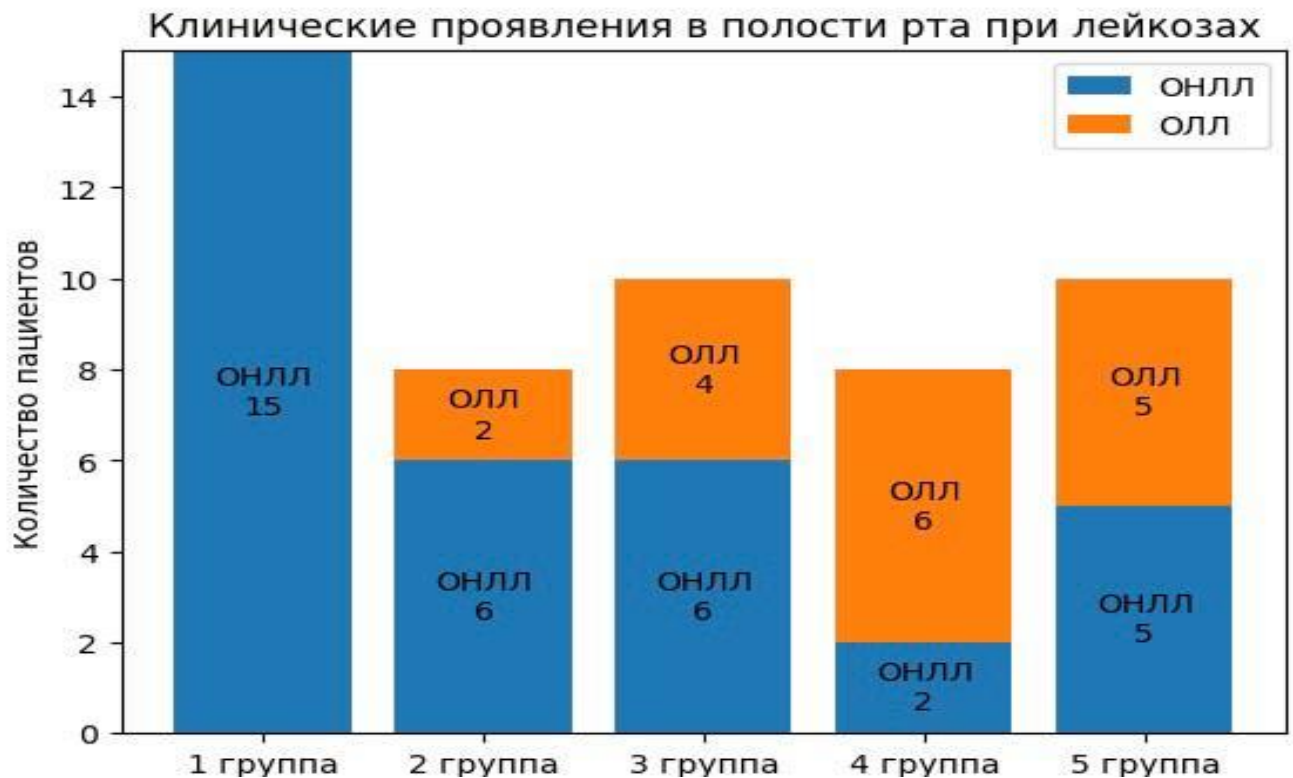


Рисунок 1. Клинические проявления в полости рта при лейкозах

Анализ указанных параметров критически важен для ранней диагностики и дифференциального анализа острых лейкозов. Это позволяет персонализировать тактику лечения и повысить эффективность терапии стоматологических проявлений заболевания.

Результаты

Согласно данным литературы, ведущие клинические проявления заболевания включают анемический, геморрагический, гиперпластический и интоксикационный синдромы.

Материалом исследования послужили результаты ретроспективного анализа за 2025 год. Выборка сформирована из пациентов, направленных

стоматологом-терапевтом, чьи диагнозы были верифицированы в ходе специализированной диагностики.

Основываясь на практические и клинические исследования, в рамках составленной нами статистики, были определены следующие данные:

Анемический синдром

Анемия при гемобластозах развивается вследствие подавления нормального кроветворения. При осмотре слизистой оболочки полости рта у больных острыми лейкозами в первую очередь обращает на себя внимание ее резкая бледность, цианотичность. Бледный цвет слизистой оболочки чаще отмечается у больных с ОНЛЛ, у пациентов с другими острыми лейкозами слизистая оболочка полости рта бледно-розовая (рис. 2).

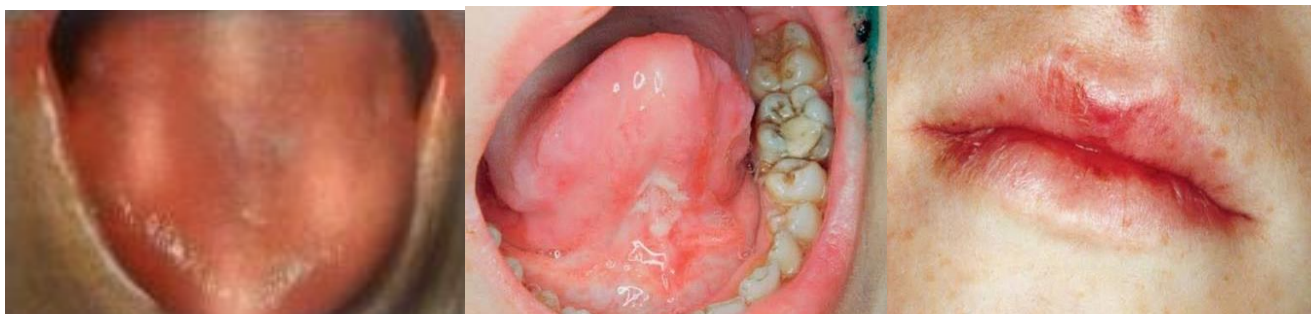


Рисунок 2. Анемический синдром

Геморрагический синдром

Основной причиной развивающегося геморрагического синдрома у больных острыми лейкозами является резкая тромбоцитопения, причем многочисленные клинические наблюдения указывают на отсутствие отчетливой зависимости между выраженностью геморрагического диатеза и степенью тромбоцитопении. Геморрагический синдром в полости рта наиболее часто встречается у больных с ОНЛЛ (75% случаев против 25% наблюдений ОЛЛ).

Проявлениями геморрагического синдрома в полости рта бывают кровоточивость десен и кровоизлияния на слизистой оболочке полости рта. Они наблюдаются при приеме пищи, чистке зубов и зондировании. У некоторых больных кровоточивость может быть спонтанной.

Кровоизлияния на слизистой оболочке полости рта варьируют по форме, размеру, количеству и локализации геморрагических элементов. Геморрагические элементы имеют четкий контур, округлую или овальную форму, размер от петехий (1 мм в диаметре) до геморрагий (до 3 см в диаметре). Количество геморрагических элементов колеблется от единичных до множественных, у некоторых больных – до 100. При ОНЛЛ в среднем наблюдается 11 геморрагических элементов, при ОЛЛ – 7. Наиболее часто геморрагические элементы локализуются на слизистой оболочке щек (табл. 1), особенно по линии смыкания зубов, что связано, скорее всего, с более частой травматизацией этой зоны СОПР (рис. 3).



Рисунок 3. Геморрагический синдром

Таблица 1

Локализация элементов геморрагического синдрома

Локализация элементов	Встречаемость элементов, %	
	ОНЛЛ	ОЛЛ
Слизистая оболочка щеки	40	43
Слизистая оболочка неба	19	18
Слизистая оболочка языка	17	2
Слизистая оболочка губ	14	19
Слизистая оболочка дна полости рта	10	21
Слизистая оболочка альвеолярного отростка	12	0

Язвенно-некротический синдром

Язвенно-некротический синдром – одно из наиболее характерных проявлений острого лейкоза в полости рта. Язвенно-некротическое поражение отмечается у 60% больных ОНЛЛ и 40% больных ОЛЛ. Больные жалуются на неприятный запах изо рта, болезненность при чистке зубов, приеме пищи и в покое. В структуре поражений преобладают язвенно-некротические изменения слизистой оболочки щек, языка и тканей пародонта (десневого края) (табл. 2). Язвенно-некротические элементы, как правило, локализуются на слизистой оболочке щек и языка из-за частого повреждения этих зон СОПР в результате прикусывания или травмы краями разрушенных зубов (рис. 4).

Сравнительный анализ морфологических характеристик показал, что язвы при ОНЛЛ крупнее (1,7 см), чем при ОЛЛ (1,1 см), при сохранении общей тенденции к отсутствию четких границ поражения. Типичным признаком является наличие налета грязно-серого цвета, плотно спаянного с подлежащими тканями; попытка его удаления сопровождается выраженной геморрагией. Реактивных явлений окружающих тканей не наблюдается. Часто язвенно-некротические элементы возникают на месте геморрагий. Таким образом, геморрагические проявления оказываются усугубляющим фактором для развития некроза СОПР.



Рисунок 4. Язвенно-некротический синдром

Таблица 2

Локализация элементов язвенно-некротического синдрома

Локализация элементов	Встречаемость элементов, %	
	ОНЛЛ	ОЛЛ
Слизистая оболочка щеки	22	15
Слизистая оболочка неба	5	4
Слизистая оболочка языка	21	8
Слизистая оболочка губ	5	7
Слизистая оболочка дна полости рта	5	0
Миндалины	4	1
Десневой край (гингивит)	31	11

Гиперпластический синдром

Клинические проявления гиперпластического синдрома включают увеличение лимфатических узлов и миндалин, а также разрастание десневого края. Частота вовлечения регионарных лимфоузлов коррелирует с формой заболевания: при ОЛЛ показатель достигает 75%, что в три раза превышает аналогичный параметр при ОНЛЛ (25%). Средний диаметр лимфоузлов – 0,55 мм, причем обычно (78% случаев) увеличиваются лимфоузлы одной области. Как правило, лимфатические узлы безболезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Консистенция увеличенных лимфоузлов различна (табл. 3).

У больных с ОНЛЛ чаще встречаются гипертрофический гингивит и гипертрофия миндалин (31 и 5% соответственно). Больные ОЛЛ страдают гипертрофическим гингивитом и гипертрофией миндалин в 14 и 4% случаев соответственно, а одновременное наличие гиперплазии десневого края и миндалин наблюдается в 4% случаев. Гиперплазия десневого края может носить как локализованный, так и генерализованный характер. Десневой край деформируется, сосочки увеличиваются – от незначительного изменения контура десневого края в области шеек зубов до полного закрытия коронки гипертрофированной десной. Процесс часто сопровождается повышенной кровоточивостью десен и служит фоном для дальнейшего развития язвенно-некротического гингивита (рис. 5).

Важно отметить, что гипертрофия десен более выражена у края коронок и при наличии нависающего края пломбы. Обычно гиперплазия десен развивается в ранних стадиях острого лейкоза и расценивается как неблагоприятный прогностический критерий. Гипертрофия миндалин чаще протекает как симметричное поражение, но у некоторых больных (23%) процесс может быть односторонним. Увеличение миндалин варьирует: у 63% больных гипертрофия миндалин незначительная и не сопровождается субъективными ощущениями; у 37% больных миндалины увеличены значительно, вплоть до затруднения глотания. Примерно у половины больных (55%) гипертрофия миндалин осложняется возникновением на них язвенно-некротического поражения.



Рисунок 5. Гиперпластический синдром

Таблица 3

Консистенция лимфоузлов при остром лейкозе

Консистенция лимфоузлов	Встречаемость консистенции лимфоузлов, %	
	ОНЛЛ	ОЛЛ
Мягкая	74	50
Тестоватая	5	14
Плотная	21	36

Другие проявления острого лейкоза в полости рта.

Дебют острого лейкоза нередко манифестирует денталгией в интактных зубах, симулирующей клинику пульпита или периодонтита. Формирование лейкоэмических инфильтратов в периодонте или по ходу нервных стволов часто обуславливает развитие тригеминальной невралгии, а также парезов и параличей мимической мускулатуры.

Влажность слизистой оболочки полости рта в норме примерно у 45% больных гемобластозами. Изменение влажности СОПР в сторону повышения довольно редко. Таким образом, обнаруживается значительное количество больных с сухостью в полости рта (кератоз), что связано, скорее всего, с гипосаливацией из-за дистрофических процессов в слюнных железах при остром лейкозе и с часто развивающимся при этих заболеваниях кандидозом полости рта.

Иммунокомпрометированные онкогематологические пациенты наиболее подвержены грибковым заболеваниям [2, 3, 4, 5, 6]. У больных гемобластозами кандидозное поражение СОПР отмечается довольно часто (40% пациентов с острыми лейкозами). При кандидозе СОПР больные предъявляют жалобы на сухость, жжение в полости рта, нарушение вкусового восприятия. Обычно встречаются две формы заболевания: острый псевдомембранозный кандидоз и острый атрофический кандидоз, причем зачастую эти клинические формы сочетаются. Хронический кандидоз наблюдается довольно редко.

Острый псевдомембранозный кандидоз характеризуется наличием на слизистой оболочке типичного серовато-белого налета творожистой консистенции. При десквамации налет легко удаляется, обнажая гиперемизированную поверхность без признаков эрозирования. Отмечается умеренная отечность тканей и незначительная болезненность при пальпации. Излюбленной локализацией высыпаний являются слизистая оболочка щек и дорсальная поверхность языка, реже – твердое и мягкое небо.

Второе место по частоте занимает острый атрофический кандидоз. Слизистая оболочка при данной форме истончена и дегидратирована. Характерно, что интенсивность гиперемии нивелируется сопутствующим анемическим синдромом, что придает тканям бледный оттенок. При хроническом гиперпластическом кандидозе на дорсальной поверхности языка формируются серо-белые бляшки, плотно спаянные с подлежащими

тканями. Их принудительная десквамация приводит к обнажению эрозивной кровоточащей поверхности.

Заключение

Полученные данные позволяют сделать вывод о мультифакторном характере поражений полости рта при острых лейкозах:

1. Клинические проявления острых лейкозов в полости рта имеют многообразные симптомы, которые могут существенно ухудшить качество жизни пациентов, вышеописанные клинические данные служат основой для корректной диагностики заболеваний кроветворной системы, которая, в свою очередь, находит свое применение в регулярной практике врачей данной специализации.

2. Важно учитывать эти синдромы и свойственные им специфические характеристики при диагностике и лечении, так как они могут служить индикаторами прогрессирования заболевания и его осложнений.

3. Реализация алгоритмов раннего выявления и таргетного лечения оральных симптомов лейкоза существенно снижает риск инфекционно-воспалительных осложнений и облегчает течение основного процесса.

Список литературы:

1. Абдулкадыров К.М. Клиническая гематология: справочник. СПб.: Питер, 2006: 448 с.

2. Багирова Н.С. Дрожжевые грибы: идентификация и резистентность к противогрибковым препаратам в онкогематологическом стационаре. *CONSILIUM MEDICUM. Инфекции и антимикробная терапия*. 2001; 3(6): 178–182.

3. Дмитриева Н.В. Кандидозные инфекции у онкологических и онкогематологических больных. *Антибиотики и химиотерапия*. 2007; 52(4/5): 43–48. – EDN MPVSVH.

4. Дунаева С.В. Клинико-лабораторная оценка патологии слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями крови: автореф. ... канд. мед. наук / С.В. Дунаева. Воронеж, 1997. -24 с.

5. Клясова Г.А. Инвазивные микозы в онкогематологии: современное состояние проблемы. *Современная онкология*. 2001; 3(2): 61–65. – EDN XIQLER.
6. Клясова Г.А. Инвазивные микозы в онкогематологии. *Антибиотики и химиотерапия*. 2007; 52 № 4/5: 21–29. – EDN MPVSNF.
7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: диагностика болезней системы крови. Т. 4. М., 2006: 512 с.
8. Погорелов В.М., Козинец Г.И. Ключи к диагностике острых лейкозов (по следам утренних конференций института гематологии и интенсивной терапии гематологического научного центра РАМН. *Гематология и трансфузиология*. 2008; 53(5): 27–31. – EDN KFSXEJ.
9. Тихомиров Д.С., Гаранжа Т.А., Троицкая В.В., Суворова П.А. и др. Лабораторная диагностика герпесвирусных инфекций у больных острыми лейкозами. *Вопросы вирусологии*. 2009; 54(1): 19–21. – EDN KGEDYH.

Как цитировать:

Худоярова А. Сравнительная характеристика клинических проявлений острого лейкоза в полости рта. *Scientist (Russia)*. 2026; 2 (32): 107-118.
