

ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

УДК (616.311+616.317)-006:614.253

П.М. Скрипников, Т.П. Скрипнікова, Ю.М. Вітко

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ САРКОЇДОЗУ НА ЧЕРВОНІЙ ОБЛЯМІВЦІ ГУБ І СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА, ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність

Останніми десятиліттями, за даними статистики, спостерігається неухильне зростання захворюваності на саркоїдоз, згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, наказ № 634 МОЗ України від 08.09.2014. Особливе значення має той факт, що уражує ця патологія людей молодого і середнього віку. Саркоїдоз стає поширеною хронічною хворобою, яку часто важко диференціювати. Відсутність специфічних діагностичних тестів ускладнює діагностику. Недостатній досвід лікарів-стоматологів у розпізнаванні цієї хвороби призводить до встановлення неправильного діагнозу і неефективності лікування. Усе це підкреслює надзвичайну актуальність даної теми.

Саркоїдоз – мультисистемна хвороба запального характеру невідомої етіології. Передбачається спадкова схильність, оскільки відомі сімейні випадки захворювання. Однією з теорій розвитку також є аномальна імунна відповідь. Також причиною виникнення саркоїдозу вважають інфекційний фактор.

Механізм захворювання полягає в підвищенні активності лімфоцитів, які починають виробляти речовини, здатні утворити гранульоми, що і стає основою патологічного процесу [1].

Практично в усіх епідеміологічних дослідженнях зазначено, що захворюваність на саркоїдоз у різних країнах світу коливається в межах від 0,125 до 24,0 нових випадків на 100 000 населення за рік; поширеність становить 1 - 64 на 100 000 населення [2]. Захворюваність понад 10 випадків на 100 000 населення за рік спостерігається в північноєвропейських країнах – Фінляндії, Норвегії, Данії та Швеції [3].

Максимальний рівень захворюваності на саркоїдоз спостерігається у віці 35- 55 років [4]. У чоловіків є два вікові піки захворюваності: 35–40 років і приблизно 55 років [5]. На саркоїдоз частіше хворіють жінки – 65%. В Україні захворюваність на саркоїдоз становить у середньому від 1,1 до 2,6 на 100 000 дорослого населення, а поширеність – від 4,6 до 7,9 на 100 000. Щорічно в Україні реєструють до 700 нових випадків захворювання [5].

Клінічні ознаки саркоїдозу різноманітні. Ця патологія частіше проявляється у двосторонній лімфаденопатії коренів легенів, легеневої інфільтрації, ураженні очей і шкіри. Також можуть бути уражені печінка, се-

лезінка, лімфатичні вузли, серце, нервова система, м'язи, кістки й інші органи. У стоматологічній практиці трапляються прояви захворювання на червоній облямівці губ, слизовій оболонці порожнини рота й ураження слинних залоз [6;7].

Мета дослідження: висвітлити особливості клінічних проявів саркоїдозу в порожнині рота і на червоній облямівці губ; наголосити на необхідності міждисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із цією патологією.

Клінічний випадок 1

Хворий Я., 1965 року народження, був направлений лікарем – стоматологом на консультацію в «Обласний науково-практичний центр захворювань СОПР» на базі ВДНЗУ «УМСА» при КУ «Полтавський обласний центр стоматології стоматологічна клінічна поліклініка».

Скарги під час відвідування – на виникнення неболючих утворів у порожнині рота на верхній щелепі справа, які поступово збільшуються.

Анамнез життя: працює ІТ-фахівцем приватної фірми. Побутові умови життя задовільні. Шкідливих звичок не має. Хронічні хвороби, алергію заперечує.

Анамнез захворювання: ознаки захворювання виявили випадково, 2 роки тому на рентгенографії легень, хворий перебуває під наглядом спеціалістів Інституту пульмонології та фтизіатрії м.Києва з діагнозом «саркоїдоз легень». Прояви захворювання в порожнині рота тривають близько тижня.

Об'єктивно: обличчя трохи асиметричне за рахунок збільшення його правого боку. Регіональні лімфатичні вузли справа трохи збільшені, неболючі при пальпації, не спаяні з прилеглими тканинами, м'якої консистенції. Червона облямівка губ звичайного кольору. Відкриття рота вільне. На слизовій альвеолярного відростка, перехідній складці генералізована велика кількість горбиків, вузликів різних розмірів, жовтого кольору, неболючих, рухомих, на незмінній або гіперемійованій слизовій оболонці, окремо розташовані чи злиті.

По перехідній складці верхньої щелепі в ділянці зуба 6.5 – вузли, що злилися, еластичні, неболючі при пальпації.

План обстеження: консультація лікаря-онколога, КТ легень, патогістологічне дослідження елементів ураження, загальний аналіз крові розгорнутий, біохімічний аналіз крові, імунограма.

На повторному відвідуванні – стан пацієнта без

змін. Патогістологічне дослідження елементів ураження показало, що основа тканини покрита багатощаровим плескатию епітелієм із папіломатозом, акантозом. У підепітеліальному шарі – густа запальна інфільтрація. На комп'ютерній томографії легень – наявність саркоїдних вузликів. В імунограмі виявили зменшену кількість Т-лімфоцитів, збільшену – В-лімфоцитів; у біохімічному аналізі крові – гіперкальціємія.

Клінічний випадок 2

Хворий К., 1983 року народження, був направлений лікарем – стоматологом на консультацію. Скарги під час відвідування – на виникнення невеличких утворів на червоній облямівці губ, слизовій оболонці губ, щік.

Анамнез життя: працює на заводі інженером. Побутові умови життя задовільні. Шкідливих звичок не має. Вважає себе майже здоровим, хронічні хвороби, алергію заперечує.

Анамнез захворювання: хворий помітив появу перших ознак захворювання близько чотирьох місяців тому. Два тижні тому звернувся до лікаря-стоматолога, який направив пацієнта на консультацію в «Обласний науково-практичний центр захворювань СОПР».

Об'єктивно: регіональні лімфатичні вузли трохи збільшені, невеличкі при пальпації, не спаяні з прилеглими тканинами, м'якої консистенції. Червона облямівка губ звичайного кольору, з великою кількістю горбиків, вузликів різних розмірів, білувато – жовтого кольору, невеличких, рухомих. Розмір губ збільшений за рахунок наявності елементів ураження. Поверхня вузликів має висівкоподібне злущення. Відкривання рота вільне. На злегка гіперемійованій слизовій оболонці щік, перехідній складці – велика кількість горбиків, вузликів різних розмірів, жовтого кольору, невеличких, рухомих.

Ураховуючи наш попередній досвід, хворого направили до лікаря – пульмонолога для подальшого обстеження і лікування в Інституті пульмонології та фтизіатрії м.Києва. Пацієнт також був обстежений у лікаря – онколога (проведено патогістологічне дослідження елементів ураження на атипів клітини).

Повторне відвідування. Стан пацієнта без змін. Результати обстеження: на рентгенографії легень виявлено двобічне збільшення лімфатичних трахеобронхіальних вузлів, ураження легеневої тканини саркоїдними гранульомами.

Загальне лікування саркоїдозу проводить лікар – пульмонолог, який може оцінити тяжкість ураження і призначити своєчасне правильне лікування. Основою лікування вважають кортикостероїди. У тяжких випадках призначають імунодепресанти, протизапальні препарати, антиоксиданти.

При множинних ураженнях застосовують метод екстракорпоральної детоксикації організму – плазмаферез.

У деяких випадках захворювання припиняється без лікування.

Лікар – стоматолог виконує санацію порожнини рота, щадну професійну гігієну. Для профілактики запальних уражень призначають ротові ванночки з розчином «Декасан 2%» 2 рази за день по 15 хвилин, розсмоктування таблеток «Лісобакт» (1 таб. 4 рази за день, 10 днів).

Рекомендації хворим на саркоїдоз: уникати сонячного випромінювання, контактів із хімічними і токсичними речовинами, шкідливими для печінки. Обмежити вживання продуктів, багатих на кальцій.

Для профілактики загострень саркоїдозу рекомендують вести здоровий спосіб життя. У період ремісії – диспансерний нагляд, санація порожнини рота.

Висновок

Для встановлення правильного діагнозу при рідкісних хворобах, прояви яких трапляються в стоматологічній практиці, лікар-стоматолог мусить мати високий професійний рівень, використовувати міждисциплінарний підхід у діагностиці та веденні пацієнтів, хворих на саркоїдоз.

Література

1. Интерстициальные заболевания легких: руководство для врачей ; под ред. М.М. Ильковича, А.Н. Кокосова. – СПб.: Нордмедиздат, 2005. – 560 с.
2. Sarcoidosis in Denmark 1980–1994. A registry-based incidence study comprising 5536 patients / K.E. Byg, N. Milman, S. Hansen [et al.] // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung. Dis. – 2003. – Vol. 20 (1). – P. 46–52.
3. Milman N. Pulmonary sarcoidosis in the Nordic countries 1950–1982. Epidemiology and clinical picture / N. Milman, O. Selroos // Sarcoidosis. – 1990. – Vol. 7 (1). – P. 50–57.
4. Заболеваемость саркоидозом органов дыхания: частота новых случаев в зависимости от географической широты / В.К. Гаврисюк, Е.А. Меренкова, О.В. Шадрин [и др.] // Украинский пульмонологический журнал. – 2013. – № 2(80). – С. 36–40.
4. Визель А.А. Саркоидоз / А. А. Визель // Пульмонология: Национальное руководство ; под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР- Media, 2009. – С. 681–695.
5. Epidemiological Characteristics of sarcoidosis patients in the city of Rio de Janeiro, Brazil / V. Lemos-Silva, P.B. Araujo, C. Lopes [et al.] // J. Bras. Pneumol. – 2011. – Vol. 37 (4). – P. 438–445.
6. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ: навч. посібник / Л.Д. Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. - К., 2007. – С. 174 – 175.

Стаття надійшла
20.03.2018 р.

Резюме

Останніми десятиліттями спостерігається неухильне зростання захворюваності на саркоїдоз. Особливе значення має той факт, що уражує ця патологія людей молодого і середнього віку. Для встановлення правильного діагнозу при рідкісних хворобах стоматолог мусить мати високий професійний рівень, використовувати міждисциплінарний підхід у діагностиці та веденні пацієнтів із цією патологією.

Ключові слова: саркоїдоз, порожнина рота, лікарська тактика, загальне лікування, міждисциплінарний підхід.

Резюме

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости саркоидозом. Особое значение имеет тот факт, что поражает эта патология людей молодого и среднего возраста. Для установления правильного диагноза при редких болезнях стоматолог должен иметь высокий профессиональный уровень, использовать междисциплинарный подход в диагностике и ведении пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: саркоидоз, полость рта, врачебная тактика, общее лечение, междисциплинарный подход.

UDC (616.311+616.317)-006:614.253

CLINICAL MANIFESTATIONS OF SARCOIDOSIS ON THE PROLABIUM AND ORAL MUCOSA: MANAGEMENT

P.M. Skrypnikov, T.P. Skrypnikova, Yu.M. Vitko

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava, Ukraine

Summary

The statistics indicates on the tendency of morbidity rate of sarcoidosis to increase. The pathology affects young and older people notably. Sarcoidosis becomes a common chronic disease, which is often difficult to diagnose.

Insufficient experience in recognition of this disease leads to misdiagnosis and ineffective treatment. All mentioned above highlights the extreme relevance of this issue.

Sarcoidosis is a multisystem inflammatory nature disease of unknown etiology. The hereditary predisposition is taken to be but the whole family cases are also known. An abnormal immune response is also considered among the theories of the development of the disease. The infectious factor is also regarded as the cause of the disease.

The increasing activity of lymphocytes, which start to produce substances promoting the formation of the granulomas, which are considered to be the basis for the pathological process, can initiate the onset of the disease.

The maximum morbidity rate of sarcoidosis is observed between the ages of 35 to 55 years. Two age periods of the peak in male population are 35-40 years and about 55 years. The rate of sarcoidosis morbidity among female population is 65%. Up to 700 new cases of sarcoidosis are registered in Ukraine annually.

The clinical signs of sarcoidosis vary. This pathology is more often manifested by the bilateral lymphadenopathy of lung roots, eyes and skin lesions. The liver, spleen, lymph nodes, heart, nervous system, muscles, bones and other organs can also be affected. In dental practice sarcoidosis can be manifested on the prolabium, oral mucosa and salivary glands.

Blood laboratory indices (the increased level of calcium) are changed in sarcoidosis. Chest X-ray, MRI and CT also demonstrate changes in the lungs.

The test for detection of granulomas shows positive Kveim reaction (the formation of purple-red nodules due to administration of antigen).

Biopsy and bronchoscopy facilitate detection of both direct and indirect signs of sarcoidosis of the lungs.

A general treatment of sarcoidosis is provided by a pulmonologist, who can assess the severity of the lesion and provide appropriate treatment. The core of treatment is based on corticosteroids. In severe cases immunosuppressors, anti-inflammatory drugs, antioxidants are prescribed.

A dentist performs oral cavity sanitation, professional hygiene. Mouth rinses with Dekasan solution, sublingual Lisobakt pills are prescribed to prevent inflammatory lesions.

Patients with sarcoidosis are recommended to avoid solar radiation and contact with chemical and toxic substances harmful to the liver, reduction of the consumption of foods rich in calcium.

Healthy life-style is crucial in prevention of exacerbations of sarcoidosis. In the remission period regular medical check-ups and oral cavity sanitation are recommended.

The correct diagnosis in rare diseases requires highly qualified dental professionals, the interdisciplinary approach in the diagnosing and management of patients with this pathology.

Keywords: sarcoidosis, oral cavity, medical tactics, professional hygiene, interdisciplinary approach, general treatment, prophylactic medical examination.