

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В ПОЛОСТИ РТА

*PhD, доцент Ортикова Наргиза Хайруллаевна
Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Самарканд, Узбекистан*

*Курбанова Лазиза Отабековна
Студентка III курса стоматологического факультета
Самаркандский Государственный Медицинский
Университет, Самарканд, Узбекистан*

Аннотация. 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 (не лимфобластный) 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 областях ассоциированных органов и тканей.

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

Введение.



Термины «острый» и «хронический», использующиеся 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 является определение особенностей и распространенности клинических проявлений различных синдромов острого лейкоза в полости рта.

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;

Материалы и методы исследования.

Исследование базируется на сравнительном анализе симптоматики и частоты встречаемости синдромов при обеих формах заболевания; данные о характере отличительных клинических проявлений каждого синдрома в отношении друг друга, что обеспечивает более качественную и точную дифференциальную диагностику; статистические сведения о преимущественной локализации морфологических элементов свойственной для каждого из синдромов; характер 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:

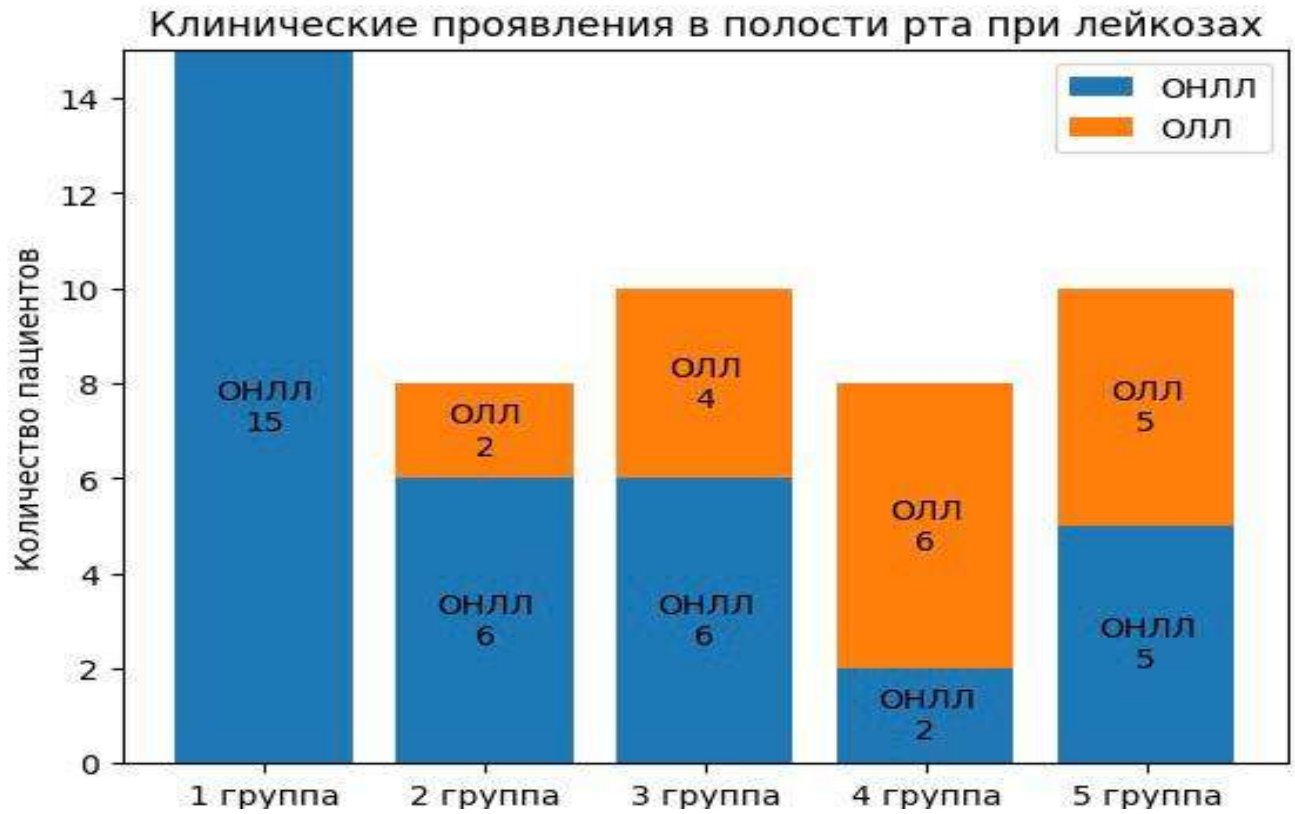
1 группа - 15 пациентов с проявлениями анемического синдрома исключительно с ОНЛЛ, средний возраст - $45 \pm 0,5$ лет.

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% - больных 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.



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

Материалом исследования послужили результаты ретроспективного анализа за 2023-2025 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. (Рис.1)

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.



Рисунок 1. 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). (Рис.2)

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 геморагий (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.



Рисунок 2. Локализация геморрагических элементов.

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.

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.3)

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 3. Язвенно-некротические изменения слизистой оболочки.

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.

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 4. Гипертрофия десен



Таблица 3

Консистенция лимфоузлов при остром лейкозе

Консистенция лимфоузлов	Встречаемость консистенции лимфоузлов, %	
	ОННЛ	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, где:

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 / К.М. Абдулкадыров. - СПб.: Питер, 2006. – 448 с.
2. Багирова, Н.С. Дрожжевые грибы: идентификация и резистентность к противогрибковым препаратам в онкогематологическом стационаре / Н.С. Багирова, Н.В. Дмитриева // Инфекции и антимикробная терапия. - 2001. - Т. 3, № 6. - С. 178-182.
3. Дмитриева, Н.В. Кандидозные инфекции у онкологических и онкогематологических больных / Н.В. Дмитриева, И.Н. Петухова, Н.С. Багирова и др. // Антибиотики и химиотерапия. - 2007. - Т. 52, № 4/5. - С. 43-48.
4. Ортикова, Н. Х., & Бакиев, Ш. Ш. (2025). ИНТЕГРИРОВАННЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ СНИЖЕНИИ ПРИКУСА. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 380-385.
5. Клясова, Г.А. Инвазивные микозы в онкогематологии: современное состояние проблемы / Г.Л. Клясова // Современная онкология. - 2001. - Т. 3, № 2. - С. 61-65.
6. Клясова, Г.А. Инвазивные микозы в онкогематологии / Г.А. Клясова // Антибиотики и химиотерапия. - 2007. - Т. 52, № 4/5. - С. 21-29.
7. Окороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: диагностика болезней системы крови. Т. 4 / А.Н. Окороков. - М.,2006. - 512 с.
8. Ортикова, Н. Х. (2025). СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

ЭФФЕКТИВНОСТИ. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 386-391.

9. Погорелов, В.М. Ключи к диагностике острых лейкозов (по следам утренних конференций института гематологии и интенсивной терапии гематологического научного центра РАМН / В.М. Погорелов, Г.И. Козинец / / Гематология и трансфузиология. - 2008. - 1.53, № 5. - С. 27-31.
10. Khairullayevna, O. N. (2025). THE ORIGINS AND FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF STOMATORNOBIA IN CHILDREN. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 392-397.