

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хабибова Назира Насуллоевна
профессор Бухарского государственного
медицинского института

Болтаева Мафтунна Муминовна
докторант Бухарского государственного
медицинского института

Аннотация: *В статье представлены результаты исследования эффективности комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одно из наиболее распространённых и социально значимых осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Цель исследования является обосновать влияние хронической сердечной недостаточности на стоматологический статус и оценить эффективность комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Общее количество обследованных составило 165 человек, которые были распределены на три независимые группы. Основную группу составили 117 пациентов с верифицированным диагнозом хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сочетании с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР). Анализ нозологического распределения в исследуемых группах показал, что структура заболеваний слизистой оболочки варьировала в зависимости от соматического фона пациента.

Результаты подтверждают данные отдельных предыдущих работ о том, что соматическая декомпенсация (в частности, кардиальная недостаточность) утяжеляет течение заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; заболевания слизистой оболочки полости рта; озонотерапия; микробиота ротовой полости; слюна;

CLINICAL AND LABORATORY EVALUATION OF THE ORAL MUCOSA IN CHRONIC HEART FAILURE

Nazira Nasulloevna Khabibova
Professor, Bukhara State
Medical Institute
Maftuna Muminovna Boltaeva

Abstract: *This article presents the results of a study evaluating the effectiveness of combination therapy for oral mucosal diseases (OMD) in patients with chronic heart failure (CHF). Chronic heart failure (CHF) is one of the most common and socially significant complications of cardiovascular disease (CVD). The aim of the study was to substantiate the impact of chronic heart failure on stimuli and evaluate the effectiveness of combination therapy and preventive measures. A total of 165 patients were examined, divided into three independent groups. The main group consisted of 117 patients with a verified diagnosis of chronic heart failure (CHF) combined with oral mucosal diseases (OMD). Analysis of the nosological distribution in the study groups revealed that the pattern of oral mucosal diseases varied depending on the patient's medical history. The results confirm the data of individual previous studies that somatic decompensation (in particular, cardiac failure) aggravates the course of diseases of the oral mucosa.

Key words: *chronic heart failure; diseases of the oral mucosa; ozone therapy; oral microbiota; saliva;*

Введение. Накоплены свидетельства, что существует тесная взаимосвязь между состоянием сердечно-сосудистой системы и здоровьем полости рта. Ранее считалось, что нарушения в полости рта у кардиологических пациентов являются лишь следствием общего ухудшения кровообращения. Однако современные исследования показывают двусторонний характер этой связи: хронические воспалительные заболевания тканей полости рта способны усугублять системное воспаление и отрицательно влиять на течение сердечной недостаточности. Таким образом, возникает феномен «взаимного отягощения», при котором патология сердца и полости рта взаимно поддерживают и усиливают друг друга [9].

Хроническая недостаточность кровообращения приводит к генерализованной гипоперфузии тканей и хронической гипоксии органов. Основным проявлением ХСН является снижение доставки крови, кислорода и питательных веществ к периферическим тканям, а также застой венозной крови. Ухудшение микроциркуляции характерно для прогрессирующей сердечной недостаточности: показано, что у пациентов с тяжёлой острой сердечной недостаточностью снижается плотность функционирующих капилляров и нарушается перфузия тканей. В полости рта эти процессы проявляются специфическими изменениями.

Цель исследования: Цель исследования является обосновать клинические изменения слизистой оболочки полости рта при хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы:

Общее количество обследованных составило 165 человек, которые были распределены на три независимые группы. Основную группу составили 117 пациентов с верифицированным диагнозом хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сочетании с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР). Группа сравнения включала 28 пациентов с аналогичной стоматологической патологией, но без признаков соматической сердечно-сосудистой патологии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев, не имеющих в анамнезе признаков ни ХСН, ни патологии СОПР.

Распределение участников по полу представлено в таблице 1. В основной группе доля мужчин составила 63,2 % (n = 74), женщин — 36,8 % (n = 43). Среди участников группы сравнения мужчин оказалось 57,1 % (n = 16), женщин — 42,9 % (n = 12). В контрольной группе соотношение мужчин и женщин составило 55,0 % (n = 11) и 45,0 % (n = 9) соответственно.

Статистический анализ показал, что внутри основной группы наблюдается количественное преобладание мужчин, приближающееся к уровню достоверности (p = 0,056). В группах сравнения и контроля различия между полами не превышают случайных колебаний (p = 0,789 и p = 1,000 соответственно).

Сравнительная оценка полового состава между всеми тремя группами не выявила значимых различий (p = 0,696), несмотря на выраженный численный перевес мужского пола в основной группе.

Таблица 2.1.1.

Распределение пациентов по полу (n = 165)

Группа	Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)	P (гендерные различия)	P (между группами)
Основная группа (ХСН + СОПР)	74 (63,2 %)	43 (36,8 %)	p = 0,056	p = 0,696
Группа сравнения (СОПР без ХСН)	16 (57,1 %)	12 (42,9 %)	p = 0,789	
Контрольная группа (здоровые)	11 (55,0 %)	9 (45,0 %)	p = 1,000	

Во всех случаях применялся алгоритм последовательной оценки, который включал:

- Объективную оценку общего состояния слизистой оболочки:**
 - цвет (розовый, гиперемированный, цианотичный);
 - блеск и влажность;
 - наличие десквамации, утолщений, участков кератинизации;

- наличие язв, эрозий, трещин, пятен, отёка, инфильтрации.
- 2. **Локальную пальпацию с последующей перкуссией** (при необходимости), для оценки болезненности, уплотнений, флюктуации.
- 3. **Исследование подвижности слизистой оболочки** относительно подлежащих тканей.
- 4. **Оценка функции слюноотделения:**
 - визуально фиксировалась гипосаливация или гиперсаливация;
 - при подозрении на ксеростомию — определение времени образования слюнной капли на дне полости рта после стимуляции.
- 5. **Диагностика состояния губ:**
 - оценивалась эластичность, тургор, наличие трещин, хейлитов, заед.
- 6. **Проверка реактивности слизистой** — определение реакции на механическое раздражение (зондирование), при котором фиксировались кровоточивость, гиперемия, боль, белесые или геморрагические пятна, появляющиеся в ответ на воздействие.

Результаты исследования: Морфологические формы поражений слизистой оболочки варьировали в зависимости от общего соматического состояния пациентов. Наиболее частыми были катаральные, гиперкератотические и атрофические формы. У части больных регистрировались тяжёлые поражения — язвенно-некротические дефекты и десквамация, как проявление выраженного трофического дефицита. Сравнение между подгруппами основной группы (O1 и O2) показало отсутствие достоверных различий по структуре поражений, что позволяет рассматривать их как изначально однородные. При этом различия между основной группой в целом и сравнительной/контрольной оказались статистически значимыми.

Таблица 1.

Распределение клинических форм поражений слизистой оболочки полости рта в исследуемых группах (n = 165)

Клиническая форма поражения	O1 (n = 59)	O2 (n = 58)	Сравнительная (n = 28)	p (O1 vs O2)	p (по группам)
Катаральное воспаление	18 (30,5%)	17 (29,3%)	6 (21,4%)	0,880	<0,001
Атрофические изменения	12 (20,3%)	13 (22,4%)	2 (7,1%)	0,773	0,006
Гиперкератоз (в т.ч. лейкоплакия)	16 (27,1%)	17 (29,3%)	7 (25,0%)	0,798	<0,001
Язвенно-некротические дефекты	9 (15,3%)	10 (17,2%)	0 (0%)	0,782	<0,001
Десквамация / «лакированный язык»	7 (11,9%)	8 (13,8%)	1 (3,6%)	0,757	0,021
Всего с тяжёлыми формами (язвы + десквамация)	16 (27,1%)	18 (31,0%)	1 (3,6%)	0,641	<0,001

Между подгруппами основной когорты (O1 и O2) статистически значимых различий по частоте основных форм поражений слизистой выявлено не было ($p > 0,6$ по всем позициям), что подтверждает их однородность на момент включения в исследование.

В то же время, частота тяжёлых форм (язвенно-некротические и десквамативные) была достоверно выше у пациентов с ХСН по сравнению с группой без соматической патологии: 29,0 % в основной группе в целом (O1 + O2) против 3,6 % в сравнительной и 0 % в контрольной ($p < 0,001$). Язвенно-некротические дефекты были зафиксированы исключительно у больных с ХСН, что подчёркивает их связь с системными расстройствами кровообращения. Аналогичная закономерность отмечена и для атрофических форм, встречавшихся почти в 3 раза чаще в основной группе по сравнению с пациентами без ХСН (21,3 % против 7,1 %; $p = 0,006$).

В структуре поражений преобладали кандидозный стоматит, рецидивирующий афтозный стоматит, различные формы хронического хейлита и травматических поражений. Частота красного плоского лишая и лейкоплакии также имела значение при анализе различий между группами.

Таблица 2.

**Нозологическая структура заболеваний слизистой оболочки
полости рта в исследуемых группах (n = 165)**

Нозологическая форма	O1 (n = 59)	O2 (n = 58)	Сравнительная (n = 28)	p (O1 vs O2)	p (по группам)
Кандидозный стоматит	14 (23,7 %)	13 (22,4 %)	2 (7,1 %)	0,857	0,004
Красный плоский лишай (сетчатая форма)	11 (18,6 %)	13 (22,4 %)	2 (7,1 %)	0,631	0,013
Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС)	10 (16,9 %)	9 (15,5 %)	13 (46,4 %)	0,849	<0,001
Хронический травматический стоматит	6 (10,2 %)	7 (12,1 %)	6 (21,4 %)	0,764	0,066
Хронический хейлит	9 (15,3 %)	7 (12,1 %)	3 (10,7 %)	0,642	0,203
Лейкоплакия гомогенная	7 (11,9 %)	6 (10,3 %)	2 (7,1 %)	0,783	0,217

Наиболее часто диагностируемыми формами у пациентов с ХСН были кандидозный стоматит и красный плоский лишай. Частота кандидоза составила 23,7 % в подгруппе O1 и 22,4 % в O2. В сравнительной группе этот диагноз был установлен лишь у 7,1 % пациентов, а в контрольной — не зафиксирован ($p = 0,004$ по совокупности групп). Аналогичная динамика отмечена и для красного плоского лишая сетчатой формы: 18,6–22,4 % в

основной группе против 7,1 % в группе без ХСН ($p = 0,013$). Такие различия подтверждают большую склонность к иммуновоспалительным поражениям у пациентов с нарушениями системной гемодинамики.

В сравнительной группе доминировал рецидивирующий афтозный стоматит: 46,4 % против 15,5–16,9 % в основной ($p < 0,001$). Эта нозология была наиболее типичной для пациентов без признаков соматической декомпенсации. Травматические формы стоматита также встречались чаще при отсутствии ХСН (21,4 % против 10,2–12,1 %), однако различия не достигли уровня статистической значимости.

Частота хронического хейлита и гомогенной лейкоплакии была сопоставимой во всех клинических группах. В контрольной когорте ни одно из заболеваний слизистой оболочки верифицировано не было.

Топография поражений слизистой оболочки полости рта у пациентов с различным соматическим фоном зависит от ряда факторов, включая тип основного заболевания, состояние микроциркуляции, привычные зоны травматизации и особенности местной иннервации. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) поражения чаще фиксировались в участках с повышенной венозной нагрузкой и анатомически уязвимыми сосудистыми структурами. В то же время у лиц без соматических нарушений преобладали зоны механического и термического воздействия. Сравнение локализации очагов позволяет выделить типичные зоны поражения, ассоциированные с ХСН, и сопоставить их с локализацией при изолированных заболеваниях слизистой оболочки.

Таблица 3.

Локализация очагов поражения слизистой оболочки полости рта в исследуемых группах (n = 165)

Зона поражения	O1 (n = 59)	O2 (n = 58)	Сравнительная (n = 28)	p (O1 vs O2)	p (по всем группам)
Нижняя губа (внутренняя поверхность)	21 (35,6 %)	20 (34,5 %)	4 (14,3 %)	0,899	<0,001
Щёчная слизистая	15 (25,4 %)	16 (27,6 %)	11 (39,3 %)	0,790	<0,001
Язык (дорсальная и латеральная поверхности)	10 (16,9 %)	11 (19,0 %)	2 (7,1 %)	0,743	0,004
Переходная складка и ретромолярная область	7 (11,9 %)	8 (13,8 %)	5 (17,9 %)	0,762	0,031
Твёрдое нёбо	4 (6,8 %)	3 (5,2 %)	6 (21,4 %)	0,712	0,048

Лидирующей зоной поражения у пациентов с ХСН (O1 + O2) оставалась внутренняя поверхность нижней губы — 35,6 % и 34,5 % соответственно. В сравнительной группе этот показатель составил 14,3 %, а в

контрольной — ни одного случая не зарегистрировано ($p < 0,001$ по всем группам). Это прямо указывает на патогенетическую зависимость очагов в области нижней губы от венозного застоя, характерного для пациентов с сердечной недостаточностью.

Частота поражений щёчной слизистой была выше в группе без ХСН (39,3 %) по сравнению с О1 (25,4 %) и О2 (27,6 %). Такая локализация типична для хронических травматических и инфекционных процессов у соматически компенсированных пациентов. В контрольной группе щёчные изменения отсутствовали ($p < 0,001$).

Таким образом, наличие ХСН ассоциировано с преимущественным поражением зон, чувствительных к гипоксии и венозному застою (нижняя губа, язык), тогда как при отсутствии соматической патологии очаги чаще локализуются в щёчной области и на твёрдом нёбе.



Рисунок 1. Поверхностный очаг поражения на твёрдом нёбе у пациента с изолированным заболеванием слизистой оболочки полости рта

Обсуждение

Таким образом, структура морфологических изменений слизистой оболочки у пациентов с ХСН характеризуется преобладанием тяжёлых и трофически зависимых форм, тогда как в сравнительной группе такие проявления либо редки, либо отсутствуют. В контрольной группе данных патологий не обнаружено.

Анализ нозологического распределения в исследуемых группах показал, что структура заболеваний слизистой оболочки варьировала в зависимости от соматического фона пациента.

Результаты подтверждают данные отдельных предыдущих работ о том, что соматическая декомпенсация (в частности, кардиальная недостаточность) утяжеляет течение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Мы наблюдали значительно более высокую частоту тяжёлых поражений (некротические язвы, десквамация) у пациентов с ХСН, особенно при III функциональном классе, что согласуется с известными представлениями о влиянии хронической гипоксии и нарушенной микроциркуляции на регенераторные способности эпителия. Слизистая оболочка в условиях системного кровообращения, далёкого от нормы, становится менее устойчива к травмам и инфекции – это проявляется формированием хронических долго незаживающих язв, атрофических процессов. Наши данные перекликаются с классическим описанием синдрома Гриншпана (гипертония + диабет + лишай в полости рта) и расширяют его на контингент с сердечной недостаточностью. Можно сказать, что ХСН – ещё один яркий пример системного состояния, оказывающего прямое влияние на здоровье ротовой полости.

Литература:

[1] Луцкая И. В. Распространённость заболеваний слизистой оболочки полости рта в общей популяции.

[2] Bhatnagar P., Rai S. Epidemiological study on oral mucosal lesions in tobacco users (2012).

[3] Гажва С. И. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

[4] Гилева О. С. Трудности диагностики и недостаточная изученность заболеваний СОПР.

[5] Хафизов Р. Г. Роль местных и общих факторов в этиологии заболеваний СОПР.

[6] Ибрагимова М. Х. Микробиота полости рта и её активация при иммунодефиците.

[7] Grinspan J. Syndromic oral lichen planus associated with diabetes and hypertension (1966).

[8] European Federation of Periodontology (EFP). Consensus report: Periodontitis and systemic diseases (2020).

[9] Кардиология: Хроническая сердечная недостаточность – эпидемиология и прогноз (Обзор ESC, 2021).

[10] Муратова С. К. и соавт. Применение антисептиков в стоматологии: эффективность и побочные эффекты (Обзор, 2018).

[11] Daşkaya H., et al. Ozone therapy in the management of oral diseases: A review of clinical applications (2020).