



# Проявление патологии сердечно-сосудистой системы на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ

И.К. Луцкая✉, В.С. Камышников

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь  
✉lutskaja@mail.ru

Патологические изменения тканей полости рта нередко сопровождают общие заболевания организма, в том числе сердечно-сосудистую недостаточность. Знание врачом общей практики, терапевтом, кардиологом манифестных проявлений со стороны слизистой оболочки при ишемической болезни сердца позволяет обеспечить своевременное направление пациентов к стоматологу для проведения им лечебно-профилактических мероприятий. Последние служат предупреждению осложнений, усугубляющих степень тяжести.

**Ключевые слова:** заболевания слизистой оболочки полости рта; элементы поражения.

**Для цитирования:** Луцкая И.К., Камышников В.С. Проявление патологии сердечно-сосудистой системы на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (6): 69–73. DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00274

Original article

## Manifestation of cardiovascular pathology on oral mucosa and red lip border

Irina K. Lutskaya✉, Vladimir S. Kamyshnikov

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus  
✉lutskaja@mail.ru

### Abstract

Pathological changes in oral tissues often accompany general diseases of the body, including cardiovascular failure. Knowledge by a general practitioner, therapist, cardiologist of manifest manifestations from the mucous membrane in coronary heart disease makes it possible to ensure timely referral of patients to a dentist for medical and preventive measures. The latter serve to prevent complications that aggravate the severity.

**Key words:** diseases of the oral mucosa; elements of the lesion.

**For citation:** Lutskaya I.K., Kamyshnikov V.S. Manifestation of cardiovascular pathology on oral mucosa and red lip border. *Clinical review for general practice*. 2023; 4 (6): 69–73 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00274

Сердечно-сосудистые заболевания часто сопровождаются патологическими процессами со стороны тканей и органов полости рта и околоротовой области [1, 2]. Компенсированные формы сердечной недостаточности не вызывают существенных изменений, однако проявления на слизистой оболочке полости рта (СОПР) прогрессируют с развитием общего заболевания и коррелируют со степенью нарушения кровообращения. Особенности цвета слизистой оболочки не являются специфическими: изменения могут наблюдаться при артериальной гипертензии, ревматизме, атеросклерозе и других формах сердечной недостаточности. Слизистая оболочка, покрывающая десны, легко кровоточит. Пародонтит при ишемической болезни сердца считается сопутствующей патологией, однако обострившееся течение может способствовать ухудшению общего состояния [3, 4]. В отдельных случаях формируется очаг хронического сепсиса. При декомпенсированных формах общего заболевания появляется цианотичность губ, отечность языка, возможно прикусывание губ и щек. Острые края зубов, ортопедические конструкции способствуют травмированию слизистой обо-

лочки с развитием эрозивной или язвенной поверхности [5]. При гипертонической болезни появление пузырей в ротовой полости авторы объясняют разрывом мелких сосудов вследствие повышения проницаемости и ломкости стенок капилляров. Еще одна группа нарушений структуры и функции СОПР зависит от побочных эффектов лекарственных средств, назначаемых при патологии сердечно-сосудистой системы [6]. Знание врачом-терапевтом ранних проявлений со стороны слизистой оболочки позволяет пациенту своевременно получить рекомендации стоматолога по разделу профилактики тяжелых осложнений и санации полости рта.

**Целью** настоящего исследования служил анализ основных клинических проявлений со стороны тканей и органов полости рта, сопровождающих сердечно-сосудистые заболевания, их патогенетических связей.

### Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и результатов тщательного опроса пациентов на стоматологическом амбулаторном приеме. Воз-

раст представителей обоего пола составлял 30–70 лет. Женщин было на 20% больше, чем мужчин. Осмотр слизистой оболочки производился в соответствии с рекомендациями экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в стоматологическом кабинете при естественном освещении (пациент находится в положении сидя). Кроме стандартного стоматологического набора инструментов использовались оптические системы, выполнялась фоторегистрация клинической картины. Каждый пациент получил необходимое лечение у стоматолога, включающее тщательную санацию полости рта с пломбированием дефектов зубных тканей. Осуществлялось устранение травмирующих факторов, удаление зубных отложений, рациональное протезирование.

### Результаты и обсуждение

Анализ ретроспективного исследования медицинской документации и результатов опроса пациентов показал, что количество таковых в возрасте 60 лет и старше составляло около 20% от общего числа стоматологических больных. На наличие ишемической болезни сердца и стенокардии указывали 43% респондентов. Сочетание ишемии, стенокардии и гипертензии наблюдалось у 26%, в 8% зарегистрировано сочетание ишемической болезни и сахарного диабета. Столько же отмечено нарушений сердечного ритма. В старшем возрасте около 45% обследованных лиц принимали гипотензивные или иные «сердечные» препараты. Около 55% респондентов имели смутное представление о своем артериальном давлении. Таким образом, более 1/2 пациентов составляют группу риска при проведении стоматологических вмешательств.

Изучение состояния слизистой оболочки, органов полости рта и красной каймы губ у всех больных с нарушениями сердечно-сосудистой системы выявило изменение цвета слизистой СОПР. Последняя может быть бледной либо синюшной. В ряде случаев расширяются кровеносные сосуды, что особенно четко отмечается в подъязычной области (рис. 1). Повышается ломкость и проницаемость сосудистой стенки. В результате слизистая становится ранимой, легко травмируется и кровоточит, особенно в области десневого края. При наличии острых краев зубов, пломб или протезов, привычном кусании щек и губ на слизистой появляются болезненные эрозии, которые плохо заживают. Усугубляет клиническую картину плохой уход за зубами, наличие зубного налета.

При декомпенсированных формах сердечно-сосудистой недостаточности обычно развивается цианотичность и отечность СОПР. Отек языка и щек проявляется отпечатками зубов, может затрудняться речь или глотание. Красная кайма губ также становится цианотичной. На участках, прилежащих к кариозным зубам или нерационально изготовленным протезам, слизистая травмируется, может развиваться гиперплазия (рис. 2).

При гипертонической болезни могут появляться пузыри с серозным или кровянистым содержимым, так

Рис. 1. Выраженный сосудистый рисунок в подъязычной области.  
Fig. 1. Apparent vascular pattern in the sublingual space.



называемый пузырьный синдром. Последний характеризуется наличием единичных субэпителиальных пузырей с плотной крышкой (рис. 3). Чаще возникает у женщин в возрасте от 40 до 75 лет. При опросе установлено, что 66% страдающих ишемической болезнью сердца периодически отмечали появление на СОПР (боковые поверхности языка, мягкое небо, щеки по линии смыкания зубов) пузырей с геморрагическим содержимым. Последние обычно исчезали без всякого лечения через 2–3 дня. Развитие пузыря чаще всего бывает связано с повышением артериального давления, о котором пациент может не подозревать. Излюбленная локализация – боковые поверхности языка, слизистая щек, мягкого неба. Полученные результаты исследования соответствуют данным литературы: описано внезапное обнаружение пузыря, нередко в процессе приема пищи. Имея толстую крышку, он может существовать в неизменном виде от нескольких часов до двух дней. Обратное развитие происходит самостоятельно посредством вскрытия пузыря либо рассасывания его содержимого. При вскрытии крышки на фоне гиперемии слизистой оболочки образуется эрозия, покрытая белесоватым налетом. Выявленного воспаления не наблюдается. Симптом Никольского, как правило, отрицателен в отличие от пузырчатки. В мазках – отпечатках с поверхности эрозий – акантолитические клетки отсутствуют. Эпителизация поврежденной

Рис. 2. Гиперплазия десневого края.  
Fig. 2. Gingival hyperplasia.



Рис. 3. Пузырек с кровянистым содержанием.  
Fig. 3. Hemorrhagic blister.



поверхности происходит спонтанно в течение 3–7 дней, что зависит от размеров эрозии (рис. 4). При плохой гигиене полости рта у пациентов с ослабленным иммунитетом воздействие патогенных микроорганизмов может привести к развитию язвы, длительно не заживающей. Специальная проба Кулаженко обнаруживает сни-

Рис. 4. Эпителизирующаяся эрозия на слизистой оболочке щеки.  
Fig. 4. Epithelialization of erosion on the buccal mucosa.



Рис. 5. Десквамация эпителия сосочков языка.  
Fig. 5. Desquamation of the lingual papillae epithelium.



жение стойкости капилляров к вакууму у больных с пузырьно-сосудистым синдромом.

Для ишемической болезни сердца свойственны расстройства чувствительности со стороны органов полости рта: болевой, тактильной, вкусовой. Они бывают связаны с десквамацией эпителия, покрывающего вкусовые сосочки языка (рис. 5). Могут появляться неприятные ощущения в виде жжения, покалывания. Они

распространяются на весь язык, губы, небо, приобретая стойкие мучительные признаки глоссодинии. Характерным свойством является исчезновение или ослабление чувства жжения во время еды. Местно используется «отвлекающая» терапия, требуется общее лечение, в том числе у невролога, психолога.

Для острого инфаркта миокарда характерно появление микротрещин на слизистой оболочке, напрямую связанных с обширностью инфаркта. Отсутствие своевременной диагностики приводит к развитию впоследствии обширных раневых поверхностей, в частности эрозий или язвы.

У пациентов с поражением сердечно-сосудистой системы могут развиваться хейлиты и глосситы как симптоматические, так и самостоятельные. В любом случае требуются дополнительные терапевтические воздействия.

У подавляющего большинства пациентов с ишемической болезнью сердца имел место хронический гингивит, при котором слизистая оболочка десны гиперемирована, отечна, может быть цианотична. У практически здоровых пациентов аналогичного возраста катаральный гингивит отмечался в 42% случаев, лучше поддавался местному лечению. Большинство пациентов с сердечной недостаточностью страдали генерализованным пародонтитом, который отличается воспалением десны, деструкцией альвеолярной кости, нарушением окклюзии (смещения и подвижности зубов). В зависимости от степени тяжести пародонтита больной предъявляет жалобы от незначительной кровоточивости, болезненности десен до выраженной болевой реакции, подвижности зубов, гноетечения из зубодесневых карманов. Тяжелое течение сопровождается нарушением общего самочувствия.

Патологические изменения со стороны органов полости рта в ряде случаев бывают обусловлены постоянным приемом гипотензивных и других препаратов, которые могут вызывать снижение скорости секреции слюнных желез. В результате развивается вначале легкая, а затем более существенная или даже мучительная сухость полости рта в зависимости от дозы или длительности приема препаратов. Установлено, что ксеростомия (сухость СОПР) как побочный эффект воздействия лекарственных средств наблюдается у 33–52% лиц пожилого возраста. При хронической сухости слизистой оболочки пациент начинает испытывать затруднения во время разговора, приема пищи, нарушается ощущение ее вкуса. Уменьшение количества слюны приводит к появлению шероховатости языка, чувству жжения, повышению скорости образования зубного налета. В результате ксеростомия значительно повышает риск развития кариеса, некариозных поражений, также заболеваний пародонта и СОПР. По данным литературы, частота встречаемости кариеса у лиц, принимающих гипотензивные препараты, на 60% выше, чем в группе контроля.

Результатом снижения иммунитета и местной резистентности тканей может стать развитие грибковой ин-

фекции. Чаще всего происходит образование налета на языке, вначале белого творожистого, характерного для острого кандидоза. Затем налет уплотняется и пигментируется в зависимости от принимаемой пищи. После успешного лечения периодически наступает рецидив, эффективность терапии снижается.

Клинические проявления изменений в состоянии СОПР, наблюдаемые при ишемической болезни сердца как основной форме сердечно-сосудистых заболеваний, позволяют считать, что лежащие в ее основе атерогенные нарушения развиваются преимущественно по лепоперекисному и метаболически-латентному их вариантам. Если первый связан с формированием мембранной патологии вследствие активации процессов перекисного окисления липидов и белков, то второй – с повышением проницаемости стенки сосудов. И тот и другой механизмы обуславливают нарушение морфофункциональных свойств мелких сосудов, вызывающего изменение микроциркуляции и повышение проницаемости стенки сосудов.

Причинами этих изменений может быть дисфункция эндотелия, вызываемая преобладанием секреции оксида азота на фоне относительного уменьшения секреции ангиотензина 1, эндотелина 1, гомоцистеина. Если первый метаболит вызывает расширение сосудов, то последние три – напротив, сужение, что не может не привести к нарушению микроциркуляции в СОПР.

Сделанное наблюдение об эффективности использования масляных эмульсий витамина А, как одного из антиоксидантов, дает основание полагать, что к местным изменениям в СОПР причастна активация процессов свободно-радикального окисления липидов и белков, вызываемая антиоксидантной недостаточностью.

Причиной этому может быть гипоксия, обуславливаемая сердечно-сосудистой недостаточностью.

Несомненно, имеет значение и часто сопровождающее течение ишемической болезни сердца нарушение в системе свертывания крови.

Лабораторная диагностика указанных нарушений состоит в использовании биомаркеров функции эндотелия, к числу которых относятся: определения эндотелина-1 и VEG-эндотелина, гомоцистеина, оксида азота, тромбасана, тромбомодулина, натриуретического С-пептида.

Для лабораторного подтверждения липоперекисного варианта развития атеросклероза целесообразно определение общей антиокислительной активности отдельных антиоксидантов плазмы (сыворотки) крови (альфа-токоферола, церулоплазмينا) и определение содержания малонового диальдегида (ТБК-активных веществ, т.е. веществ, дающих положительную реакцию с тиобарбитуровой кислотой) как основного продукта активации процессов перекисного окисления липидов.

Выполнение коагулограммы (по показаниям) включает в себя определение активированного частичного тромбопластинового времени, международного нормализованного отношения (МНО), Д-димеров, фибриногена.

При этом базовыми исследованиями при ишемической болезни сердца, в 95% случаев вызываемой атерогенными нарушениями в организме, являются определение холестерина, альфа-холестерола и триацилглицеринов.

### Заключение

Болезни сердечно-сосудистой системы нередко являются патологическими изменениями органов и тканей ротовой полости. Если в развитии названных симптомов основное значение придается общему состоянию организма, то местные симптоматические и патогенетические воздействия позволяют существенно улучшить состояние органов и систем полости рта, предупредить осложнения в виде присоединения вторичной инфекции. Из индивидуальных мер, в первую очередь, следует назвать гигиену полости рта с лечебно-профилактиче-

скими зубными пастами. Использовать нужно мягкую зубную щетку и двукратную чистку зубов: утром и вечером. Рекомендуется применение полосканий настоем трав, эликсирами, антисептиками. Назначаются аппликации масляных растворов витаминов А, Е, мазей на основе метилурацила, солкосерила. Лечению основного заболевания в обязательном порядке сопутствует санация зубов и пародонта. Роль врача-терапевта и кардиолога заключается в направлении пациента к стоматологу для диспансерного наблюдения. В ряде случаев на основании клинических проявлений стоматолог может заподозрить патологию сердечно-сосудистой системы и направить пациента для обследования и консультации компетентного специалиста.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

### Литература / References

1. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем. Москва: Медицинская литература, 2011.  
Bork K, Burgdorf V, Hede N. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Clinic, diagnosis and treatment. Atlas and manual. Translated from German. Moscow: Medical Literature, 2011. (in Russian).
2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва: ОАО «Стоматология», 2001.  
Danilevskii NF, Leontev VK, Nesin AF, Rahnii ZhI. Zabolevaniya slizistoi obolochki polosti rta. Moskva: ОАО «Stomatologiya», 2001. (in Russian).
3. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта. Стоматология. 2003; (4): 34–9.  
Abolmasov NN. Strategy and tactics of prevention of periodontal diseases. Dentistry. 2003; (4): 34–9 (in Russian).
4. Демьяненко Е.А. Оптимизация вторичной профилактики воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. БГМУ. Минск, 2005.  
Demyanenko EA. Optimization of secondary prevention of inflammatory periodontal diseases: Abstract. dis. ... Cand. Sci. (Med.): 14.00.21. BSMU. Minsk, 2005 (in Russian).
5. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта: 2-е изд. Москва: Медицинская литература, 2007.  
Lutskaya IK. Diseases of the oral mucosa: 2nd ed. Moscow: Medical Literature, 2007 (in Russian).
6. Лекарственные средства РУП «Белмедпрепараты»: пособие. Минск: Донарит, 2013.  
Medicines of RUE "Belmedpreparaty": a manual. Minsk: Donarit, 2013 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Луцкая Ирина Константиновна** – проф., д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО).  
E-mail: lutskaja@mail.ru

**Камышников Владимир Семенович** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинической лабораторной диагностики, Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО)

Поступила в редакцию: 15.08.2023

Поступила после рецензирования: 21.08.2023

Принята к публикации: 07.09.2023

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Irina K. Lutskaya** – Full Prof., Dr. Sci. (Med.), Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education.  
E-mail: lutskaja@mail.ru

**Vladimir S. Kamyshnikov** – Dr. Sci. (Med.), Prof., Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

Received: 15.08.2023

Revised: 21.08.2023

Accepted: 07.09.2023