

Клиника за болести на устата  
 Стоматолошки факултет  
 Скопје

### ОРАЛНИТЕ ПРОМЕНИ КАЈ АКУТНИТЕ И ХРОНИЧНИТЕ ЛЕУКОЗИ – НАШ МАТЕРИЈАЛ –

М. Накова, Б. Лазарева

*На Клиниката за болести на устата при Стоматолошкиот факултет во Скопје, во периодот на 1979 година беа опсервирани два случаја со акутна и хронична леукоза и со промени во оралната празнина*

За прв пат леукозите се опишани од страна на Wirchof и Binett<sup>1</sup> во 1845 година, под името „леукемија“, што буквално преведно значи „бела крв“, условено од зголемениот број на белите крвни елементи (цит по 3). Меѓутоа, подоцна со воведувањето на пункцијата на хематопоеетските органи (слезина, лимфни жлезди и стернум) во дијагностички цели, се дошло до сознание дека во нив можат да постојат леукемични промени кои не се придружени со зголемување на бројот на белите крвни елементи во периферната крв, па затоа било препорачано, а и прифатено, називот „леукемија“ да се замени со „леукоза“.

Денес, леукозите се дефинираат како малигни заболувања на хематопоеетскиот систем, со уште непозната етиологија, кои настануваат со буење на леукопоеетичните ткива, при што може да дојде до зголемување на вкупниот број леукоцити, а истовремено може да настанат и промени во нивниот облик, односно може да настанат како квантитативни така и квалитативни промени во белите крвни елементи.

Општата симптоматологија на заболувањето честопати е придружена и со промени во оралната празнина. Тие можат да бидат придружници на општите симптоми, односно да имаат секундарен карактер, или да се јават како примарни симптоми, навестувајќи го почетокот на заболувањето. Burket (цит по 1) опсервира 45 пациенти со акутна леукоза, при што кај 40% од нив забележал промени во оралната празнина. Резултатите објавени од Детската клиника во Белград покажуваат дека од 200 деца со дијагноза акутна леукоза, кај 30% од нив биле забележани промени на оралната лигавица. Douglas<sup>2</sup> опсервирал 39 случаи со акутна нелимфатична леукоза и во 32% од нив забележал промени на оралната лигавица, а кај сите пациенти комплетно бил атакуван пародонталниот комплекс.

Присуството на оралните промени, било како примарен или како секундарен симптом на акутните и хроничните леукози, често пати лекарот-стоматолог, на терен го доведуваат во ситуација прв да постави дијагноза, да изврши тријажа на пациентот и, на крајот, да го заштити пациентот, а и самиот себеси, не преземајќи никакви стоматолошки интервенции. Со цел да му помогне на

лекарот-стоматолог во неговата ориентација за поставување дијагноза при вакви случаи, даваме приказ на оралните промени кај два случаја, од кои едниот со акутна миелоидна а другиот со хронична миелоидна леукоза.

Случај бр. 1

Пациент К.Л., со амб. број 304/1979, на возраст од 14 години, ученик, примен е на Клиниката за болести на устата поради болки во јазикот кои почнале пред една недела, со треска, покачена температура и малаксаност.

Лична анамнеза: боледедува од чести ангини, а ги има прележано и сите детски инфективни заболувања.

Фамилијарна анамнеза: б.о.

Екстраорален наод: во пределот на лицевата регија не се забележуваат никакви деформитети, а по кожата на лицето веднаш паѓаат во очи ситни петехијални крвавења, како и крустозни формации со големина на зрно од леќа, со темнокафева боја.

Регионални лимфнијазли: субмандибуларните и сунбеталните лимфни жлезди се зголемени, подвижни, непакетирани и болно осетливи.

Интраорален наод: во *vestibulum oris* се забележува една дифузна хиперемија на слузокожата со назначен катарален гингивит. Други промени не се забележуваат. Во *savum oris* на прв поглед паѓа во очи јазикот кој е нешто зголемен и комплетно обложен со бело-жолтеникав налеп, а во пределот на линеа медијана непосредно пред апексот, како и во левата бочна регија од апикалната третина на јазикот, се забележува еродирана површина во големина на зрно од лешник, покриено со белузлав налеп. (сл 1). При интраорална инспекција, како од палатиналната така и од лингвалната страна, се забележува едем и хиперемија на гингивата, со присуство на лажни гингивални џебови, кои симптоми одат во прилог на *gingivitis hypertroph, infl* (сл 2)



Сл. 1



Сл. 2

Лабораториски испитувања: SeEr 175/185; Er - 2200000; Le - 200, Tb - 4900; Nb-5.4, Ht-15. Присуство на парамиелобласти 62%, а на мали зрели лимфоцити 38%.

Хематолошка дијагноза: *Leucosis mielocitosis acuta*

Случај бр. 2:

Пациент Т. В. со амб. број 209/1979, на возраст од 32 години, по занимање службеник, се јави на Клиниката за болести на устата поради болки во устата и тешкотии при исхраната.

Заболувањето почнало пред две години со болки во левиот подребрен лак, болки во зглобовите, губење апетит, губење во тежина, повраќање и малаксаност. Пациентот бил хоспитализиран на Хематолошката клиника под дијагноза: *Mielocytosis chronica*

Лична анамнеза: боледува од чести ангини и настинки.

Фамилијарна анамнеза: б.о.

Екстраорален наод: во пределот на лицето и вратот не се забележува никаква асиметрија. Долната усна е нешто едематозна и зголемена а во нејзиниот централен дел се забележува крустозни формации со темно-кафеава боја, која периферно се шири кон аглите на усната. Темно-кафеави крустозни формации со големина на зрно од пченка се забележуваат во пределот на десниот ангулус, како и во пределот на горната усна, непосредно до сулкус назолабијалис, на пределот помеѓу вермилионот и слузокожата. Третата третина од усната, како и граничниот појас со кожата се ослободени од патолошки ефлоресценции што оди во прилог на еден ексудативен хејлит. Крустозна формација со темно-кафеава боја се забележува и на влезот од левата ноздра (сл. 3).

Интраорален наод: јазикот е обложен во задните две третини и покриен со бело-жолтеникав налеп, а во апиколната третина се забележува ерозија, дифузно распространета, со комплетно губење на морфолошките карактеристики на *dogzimet* на јазикот. На границата помеѓу првата и втората третина на јазикот, нешто латерално од медијалната линија, се забележува фликтена со неправилна форма со големина на зрно од лешник (сл. 4).



Сл. 3



Сл. 4

Пародонтолошки преглед: клиничкиот и рендгенолошкиот наод покажаа дека се работи за мешана форма на прогресивна пародонтопатија во клинички манифестен стадиум.

Лабораториски испитувања: SeEr 150/156; Eг - 2000000; Le - 31800; Hb-7.1 Ht - 20,90%, гранулирани леукоцити 90% а негранулирани 10%.

#### Дискусија и заклучок

Овие два случаја со акутна и хронична миелоцитна леукоза укажуваат на полиморфизмот на оралните промени, кој може да биде причина за дијагностичка несигурност. Генерализираниот улцеронекрозен гингивостоматит, хипертрофичниот инфламторен гингивит, ексудативниот хејлит со васкуларни ефекти,

неуспехот на применетата терапија треба да му сигнализираат на стоматологот практичар дека ваквите промени можат да бидат израз на некое општо нарушување во организмот, вклучувајќи ги и крвните заболувања а посебно леукозите. Неговата основна задача е да спроведе дополнителни параклинички испитувања, со цел да се постави дефинитивна дијагноза. Во вакви случаи императивно е лекарот стоматолог да не презема никакви стоматолошки интервенции, како што се: екстракција на заби, чистење на забен камен, инцизија на апсцеси, затоа што самата интервенција може да биде обострано фатална.

Терапијата кај ваквите пациенти, од стоматолошки аспект, е насочена кон одржување на орална хигиена и супресија на мошне честата габична инфекција. Во таа смисла се препорачува промивање со благи антисептици (Hexoal, 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, метиленско сино), антимикотични средства и витаминска терапија.

Еволуцијата на болеста кај вториот пациент покажа дека и клиничката егзацербација на хроничните леукози може да биде навестена со почетни алтеративни, ексудативни или псевдопролиферативни промени во оралната регија.

Ваквите сознанија, при добро земена анамнеза и претходно поставена дијагноза, ја скратуваат дијагностичката дилема и непотребното губење време и овозможуваат брза и стручна терапија од страна на хематологот.

## ORAL MANIFESTATIONS OF ACUTE AND CHONIC LEUCOSIS

### Summary

In the period from 1979-1982, two cases were observed at the Clinic of Mouth Disease in Skopje, one with acute leucosis and the other with chronical leucosis, both with lesions of the oral tissues.

### Литература

1. Сјеробабин И, Росић З., Тркуља: Приказ случаја акутне леукозе са израженим оралним манифестацијама СГС, 4, 235-239, 1973.
2. Douglas P. Overholser D. Increased morbidity associated with oral infection in patients with acute nonlymfocitic leukemia  
Oral Sur. Oral. Med. Oral Path., 51, 390-393, 1981.
3. Стефановић Б.: Хематологија „Медицинска књига“, Београд 1981.