

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Katedra i Zakład Periodontologii
i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej

Lech Marciszyn

**Analiza częstości występowania chorób błony śluzowej
jamy ustnej u pacjentów leczonych w Poradni
Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej
Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego**

Praca na stopień doktora nauk medycznych

Promotor

dr hab. n. med. Aida Kusiak, prof. nadzw.

GDAŃSK 2015

Składam serdeczne podziękowania
Mojemu Promotorowi
Pani Profesor Aidzie Kusiak
za życzliwość, cierpliwość, wyrozumiałość,
cenne uwagi, opiekę merytoryczną,
wszechstronną pomoc oraz poświęcony czas

Dziękuję
Moim Najbliższym,
szczególnie Rodzicom i Przyjaciółom
za nieocenione wsparcie, wiarę, poświęcenie,
cenne rady oraz motywację w realizowaniu celów

Pracę dedykuję
Mojej Ukochanej Żonie
dziękując za to, że zawsze jest przy mnie
oraz za Jej cierpliwość i wyrozumiałość
szczególnie w trudnych chwilach powstawania tej pracy

SPIS TREŚCI

1.	WSTĘP	8
1.1.	Błona śluzowa jamy ustnej.....	8
1.1.1.	Budowa błony śluzowej jamy ustnej	9
1.1.2.	Funkcje błony śluzowej jamy ustnej	12
1.2.	Choroby i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej	14
1.2.1.	Choroby infekcyjne błony śluzowej jamy ustnej	15
1.2.2.	Zmiany przednowotworowe oraz nowotwory łagodne i złośliwe w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	23
1.2.3.	Zaburzenia rozwojowe błony śluzowej jamy ustnej	31
1.2.4.	Zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry i tkanki łącznej	33
1.2.5.	Patologie związane z błoną śluzową języka	38
1.2.6.	Schorzenia powstałe na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie.....	40
1.2.7.	Zespół pieczenia jamy ustnej - BMS	42
1.2.8.	Pozostałe wcześniej niesklasyfikowane schorzenia błony śluzowej jamy ustnej	43
1.3.	Czynniki ryzyka mogące mieć wpływ na rozwój chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej	47
1.3.1.	Użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych	47
1.3.2.	Palenie tytoniu.....	48
1.3.3.	Współwystępowanie cukrzycy.....	50

1.3.4.	Współwystępowanie chorób układu sercowo – naczyniowego.....	52
1.4.	Uzasadnienie podjęcia badań	52
2.	CELE PRACY	54
3.	MATERIAŁ I METODY	55
3.1.	Grupa badana	55
3.2.	Analizowane dane	56
3.3.	Metody statystyczne	58
4.	WYNIKI.....	59
4.1.	Ogólna charakterystyka badanej grupy.....	59
4.2.	Analiza zmienności częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii	91
4.3.	Choroby i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej a czynniki ryzyka oraz współistnienie chorób ogólnoustrojowych.....	99
4.3.1.	Użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej.....	99
4.3.2.	Palenie tytoniu a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej.....	108
4.3.3.	Cukrzyca a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej	123
4.3.4.	Choroby sercowo – naczyniowe a wybrane jednostki chorobowe błony śluzowej jamy ustnej.....	133
4.4.	Podsumowanie wyników	143

5.	DYSKUSJA	150
6.	WNIOSKI.....	175
7.	STRESZCZENIE	176
8.	SUMMARY	180
9.	PIŚMIENNICTWO	184

1. WSTĘP

Choroby błony śluzowej jamy ustnej są często występującym problemem dotyczącym układu stomatognatycznego. Wiele z tych chorób, nierzadko o charakterze ogólnoustrojowym ma swoje odzwierciedlenie w obrębie błony śluzowej jamy ustnej już w początkowym okresie choroby, nie dając jakichkolwiek subiektywnych odczuć lub dolegliwości. Fakt ten sprawia, że ich wykrywalność jest często przypadkowa. Bardzo istotna wydaje się w związku z tym rola lekarza stomatologa, który częściej niż lekarze innych specjalności lekarskich ma możliwość bezpośredniego klinicznego badania zmian patologicznych w jamie ustnej.

Z uwagi na fakt, iż nieliczne opracowania poruszają aspekt epidemiologii chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej w odniesieniu do poszczególnych regionów [100,102-104,149], jak również do całego kraju [74], a prezentowane dane w różnego rodzaju opracowaniach charakteryzują się znacznymi różnicami, podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jaka jest częstość występowania patologii błony śluzowej jamy ustnej diagnozowanych u pacjentów uniwersyteckiej specjalistycznej poradni zajmującej się diagnostyką i leczeniem tych zmian, do której trafiają pacjenci z regionu Polski północnej.

1.1. Błona śluzowa jamy ustnej

Błona śluzowa jest elementem wyściełającym jamę ustną, będącą początkowym odcinkiem dwóch podstawowych oraz niezwykle ważnych czynnościowo układów w ludzkim organizmie: pokarmowego i oddechowego. Poprzez swą ciągłość błona śluzowa jamy ustnej, będąc elementem odpowiedzialnym m.in. za odporność nieswoistą w obrębie jamy ustnej stanowi fizyczną barierę i jednocześnie odgrywa niezwykle istotną rolę

z punktu widzenia biologii w modulowaniu interakcji między środowiskiem a organizmem [73]. Ponadto błona śluzowa jamy ustnej, będąca jednym z integralnych elementów czynnościowo – morfologicznego układu stomatognatycznego, jest zwierciadłem stanu zdrowia całego organizmu ludzkiego [3,72].

1.1.1. Budowa błony śluzowej jamy ustnej

Zasadniczo błona śluzowej jamy ustnej zbudowana jest z czterech elementów: nabłonka, błony podstawnej, blaszki właściwej i błony podśluzowej [72,73,132].

Ze względu na architekturę oraz budowę komórkową, w obrębie nabłonka rozróżnia się cztery warstwy: warstwę podstawową (rozrodczą), warstwę kolczystą, nie zawsze występującą warstwę ziarnistą oraz najbardziej zewnętrzną warstwę rogową (w przypadku nabłonka nierogowaciejącego określaną przez niektórych badaczy warstwą płaską) [99,101].

Warstwa podstawna znajduje się bezpośrednio przy blaszce właściwej błony śluzowej i zbudowana jest z jednej warstwy dzielących się komórek o kształcie walca. Odpowiada ona za tworzenie komórek nabłonka. W warstwie podstawnej znajdują się także melanoblasty odpowiedzialne za tworzenie melaniny – barwnika magazynowanego wewnątrzkomórkowo i odpowiedzialnego m.in. za zabarwienie skóry [73,171].

Warstwa kolczysta jest zbudowana z niskodojrzałych komórek wielobocznych i wraz ze znajdującą się pod nią warstwą podstawną tworzą tzw. strefę rozrodczą (Malpighiego) [24].

Dodatkowo, jeśli warstwa ziarnista jest obecna, to występuje ona pomiędzy warstwą kolczystą, a warstwą rogową nabłonka. Brak warstwy ziarnistej (np. w obrębie czerwieni wargowej) odpowiada za większą

przepuszczalność dla światła (stąd żywoczerwone zabarwienie pochodzące od znajdującej się głębiej bogatej sieci naczyń krwionośnych) oraz zwiększoną przepuszczalność tej naturalnej bariery organizmu. W warstwie ziarnistej na skutek degeneracji jąder komórkowych zaczynają pojawiać się ziarna keratohialiny, będące prekursorem procesu rogowacenia i odpowiedzialne za brak przezroczystości nabłonka [15,72,73].

Najbardziej zewnętrzna warstwa nabłonka charakteryzuje się spłaszczaniem i rogowaceniem komórek, a w konsekwencji ich złuszczeniem. W przypadku nabłonka nierogowaciejącego komórki warstwy zewnętrznej pozostają żywe, pomimo ich spłaszczania oraz zawartych w nich jąder komórkowych [73,99].

Bezpośrednio pod nabłonkiem znajduje się blaszka właściwa błony śluzowej. Zbudowana jest ona przede wszystkim z włókien kolagenowych oraz komórek tkanki łącznej (głównie fibroblastów i fibrocytów oraz rzadziej występujących makrofagów, komórek tucznych i komórek plazmatycznych). Poza powyższymi w błonie śluzowej właściwej spotkać można także migrujące z naczyń limfocyty oraz dobrze rozwiniętą sieć naczyń krwionośnych, a także włókna i wypustki nerwowe. Blaszka właściwa ma także budowę warstwową i zbudowana jest z położonej bardziej zewnętrznej warstwy brodawkowatej o zmiennej grubości oraz warstwy siatkowatej, która ma bardziej zbitą budowę. Brodawki blaszki podstawnej charakteryzują się zmienną wysokością w zależności od rejonu jamy ustnej i uwypuklają się w obrębie nabłonka, który tworzy wpuklające się między brodawki sople nabłonkowe [46,73,99].

Blaszka podśluzowa znajduje się pod blaszką właściwą błony śluzowej, z drugiej strony granicząc z warstwą mięśni lub okostnej. Jej budowa jest podobna, z przewagą tkanki łącznej wiotkiej. W niej znajdują się także gruczoły surowicze, śluzowe lub surowiczo – śluzowe. Niektóre obszary jamy

ustnej, jak dziąsła, język w części grzbietowej oraz duży obszar podniebienia twardego pozbawione są tej warstwy [15,73,86,101].

Budowa błony śluzowej jamy ustnej różni się w zależności od miejsca występowania i pełnionej funkcji.

Tabela 1. Główne cechy błony śluzowej poszczególnych okolic jamy ustnej (wg Z. Knychalskiej – Karwan) [101]

Okolica	Typ błony śluzowej	Nabłonek		Brodawki blaszki właściwej	Gęstość błony podśluzowej
		Grubość	Rogowacenie		
Błona śluzowa warg	wyścielająca	średnio cienki	niezrogowaciały	nieregularne i krótkie	gęsta
Błona śluzowa policzka	wyścielająca	średnio cienki	niezrogowaciały	nieregularne i krótkie	gęsta
Czerwień warg	specjalna	cienki	zrogowaciały	długie i wąskie	gęsta
Błona śluzowa przedsionka	wyścielająca	średnio cienki	niezrogowaciały	krótkie	luźna
Dziąsło właściwe	żująca	gruby	zrogowaciały	długie i wąskie	brak
Dno jamy ustnej	wyścielająca	cienki	niezrogowaciały	krótkie i szerokie	luźna
Brzuszną pow. Języka	wyścielająca	cienki	niezrogowaciały	krótkie i liczne	brak
Grzbiet języka (2/3 przednie)	specjalna smakowa	gruby	zrogowaciały	długie	brak
Grzbiet języka (1/3 tylna)	wyścielająca smakowa	różny	zrogowaciały	krótkie	brak
Twarde podniebienie	żująca	gruby	zrogowaciały	długie	brak
Miękkie podniebienie	wyścielająca	cienki	niezrogowaciały	długie	luźna

W jamie ustnej wyróżnia się trzy typy błony śluzowej [73,99,101,132]:

- 1) błonę śluzową żującą (mastykacyjną), nieruchomą, ze zrogowaciałym nabłonkiem i grubą blaszką właściwą, bez blaszki podśluzowej. Jej budowa pozwala unikać uszkodzeń mechanicznych w trakcie aktu żucia,
- 2) błonę śluzową wyścielającą, ruchomą, niezrogowaciałą, z luźną blaszką właściwą. Cechą charakterystyczną dla niej jest przeświecanie naczyń krwionośnych,
- 3) błonę śluzową specjalną, która ze względu na funkcje, jakie spełnia i miejsca, w których występuje (grzbiet języka, czerwień warg) zawiera kompilację cech śluzówki żującej, wyścielającej oraz inne cechy (np. obecność receptorów smakowych).

1.1.2. Funkcje błony śluzowej jamy ustnej

Zdrowa błona śluzowa jamy ustnej charakteryzuje się następującymi cechami. Jest wilgotna oraz lśniąca, może przybierać barwę od blad różowej u osób rasy europejskiej po ciemnoróżową i brudną u osób rasy afrykańskiej. Błona śluzowa w stanie fizjologicznym jest gładka, bez zmian patologicznych [73,86,171].

Do podstawowych funkcji błony śluzowej jamy ustnej zaliczyć można takie, jak:

- funkcję osłaniającą, która zapewniona jest poprzez integralność i ciągłość nabłonka tworzącego barierę pomiędzy niejadalnym środowiskiem jamy ustnej, a tkankami ustroju. Duże znaczenia odgrywa naturalny cykl regeneracji i odnowy błony śluzowej, a także

złuszczenie, gdyż wraz ze złuszczającym się nabłonkiem usuwane są drobnoustroje znajdujące się na jego powierzchni,

- funkcję odnawiającą, pełnioną głównie dzięki zaprogramowanej genetycznie ciągłości cyklu odnowy w komórkach warstwy rozrodczej nabłonka, które są prekursorami keratynocytów i stanowią źródło jego pozostałych komórek. Funkcja ta reguluje także proces rogowacenia, którego zaburzony przebieg jest połączony z wieloma schorzeniami dotykającymi błonę śluzową,
- funkcję obronną, głównie dzięki składnikom śliny, a także poprzez układ chłonny i siateczkowo – śródbłonkowy. Zdolność odczuwania smaku, temperatury, dotyku i bólu działa ochronnie ostrzegając organizm przed potencjalnie niebezpiecznymi pokarmami,
- funkcję zwilżania błony śluzowej poprzez ślinę tworzącą warstewkę chroniącą błonę śluzową przed urazami i wysychaniem, a produkowaną m.in. w drobnych gruczołach ślinowych rozmieszczonych na całej błonie śluzowej jamy ustnej,
- zdolność wchłaniania, która jest możliwa dzięki mnogości drobnych naczyń krwionośnych i niewielkiej grubości nabłonka, a wykorzystywana przy podaży niektórych leków (np. nitrogliceryny podjęzykowo).
- funkcję rozpoznawania smaku dzięki rozszanym po całej jamie ustnej kubkom smakowym. Największa liczba kubków znajduje się na powierzchni języka: w brodawkach okolonych, grzybowatych i liściastych,
- funkcję odczuwania temperatury (ciepła i zimna) oraz dotyku poprzez zlokalizowane podnabłonkowo receptory czuciowe typu ciałek Ruffiniego i głębiej położone receptory typu ciałek Pucciniego.

[73,99,101]

1.2. Choroby i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej

Stan błony śluzowej poza schorzeniami miejscowymi, wywołanymi przez czynniki miejscowe (np. mechaniczne urazy błony śluzowej), może być istotnym elementem różnicującym, prognostycznym, a nierzadko prodromalnym w rozpoznawaniu chorób ogólnoustrojowych. Zmiany występujące na błonie śluzowej jamy ustnej, będącej początkowym odcinkiem układu trawiennego mogą sugerować występowanie podobnych zmian w obrębie błony śluzowej całego przewodu pokarmowego [58,73,171,207].

Na kondycję błony śluzowej jamy ustnej wpływa wiele czynników, zarówno ogólnoustrojowych jak i miejscowych.

Wśród czynników ogólnoustrojowych wymienić można m.in. takie, jak: wrodzoną lub nabytą obniżoną odporność organizmu (w tym zespół nabytego niedoboru odporności AIDS), skutki działania leków ogólnoustrojowych (np. blokerów kanału wapniowego, leków immunosupresyjnych, leków przeciwpadaczkowych i innych), zaburzenia hormonalne, niedobory witamin, mikro i makroelementów, cukrzycę, choroby nowotworowe (w tym nowotwory krwi), choroby z autoagrsji (np. pęcherzyca, pemfigoid, zespół Sjögrena, twardzina, toczeń rumieniowaty układowy i skórny) lub inne, np. chorobę Leśniowskiego – Crohna, a także zaburzenia niedoborowe [73,100,101,130,171,207].

Wśród częściej występujących czynników miejscowych mających wpływ na stan błony śluzowej jamy ustnej wymienić można: rodzaj spożywanych pokarmów i płynów, czynniki termiczne, czynniki mechaniczne (np. nagminne przygryzanie błony śluzowej, czy też pochodzenia jatrogennego przewlekłe drażnienie przez brzeg źle dopasowanej protezy lub wypełnienia), leki działające miejscowo, prądy elektrolgalwaniczne powstające na skutek występowania ogniów w jamie ustnej (najczęściej z powodu

obecności różnego rodzaju metali w uzupełnieniach protetycznych i wypełnieniach znajdujących się w jamie ustnej), mikroorganizmy występujące na powierzchni zębów, ubytków próchnicowych, w kieszkach przyzębnych oraz związane z materiałami stomatologicznymi, zmniejszone wydzielanie śliny lub zaburzony jej skład, a także używki (m.in. alkohol i tytoń) [27,73,86,94,101,124,171,172,201].

Istnieje wiele typów klasyfikacji zmian w obrębie błony śluzowej jamy ustnej w zależności m.in. od umiejscowienia, czynników sprawczych, czy wyglądu danej zmiany. W materiale własnym schorzenia i nieprawidłowości występujące w obrębie błony śluzowej jamy ustnej podzielono na kilka grup, biorąc pod uwagę przyczynę ich powstania oraz częstość ich występowania w badanym materiale.

1.2.1. Choroby infekcyjne błony śluzowej jamy ustnej

Jama ustna człowieka od momentu narodzin staje się miejscem kolonizowanym przez różnego rodzaju drobnoustroje: bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki i inne. Z uwagi na ciągły kontakt ze środowiskiem zewnętrznym jama ustna nie jest przestrzenią jałową.

W jamie ustnej stale bytują drobnoustroje, do których obecności organizm jest przystosowany i potrafi radzić sobie uzyskując stan równowagi. Homeostaza ta może być osiągnięta dzięki nieprzerwanemu oddziaływaniu na patogeny dwóch mechanizmów.

Pierwszy z nich jest nieswoistym mechanizmem miejscowym. Do podstawowych elementów miejscowego utrzymywania homeostazy należą wspomniane wcześniej: zachowanie ciągłości błony śluzowej jamy ustnej, połączone z nieprzerwanym mechanizmem złuszczenia się nabłonka, a wraz z nim usuwania drobnoustrojów z jamy ustnej przez przewód pokarmowy.

Ponadto do działania miejscowego zalicza się przeciwdrobnoustrojowe oddziaływanie elementów składowych śliny (m.in. lizozymu, laktoferyny, immunoglobuliny A) oraz jej działanie buforujące w momencie zmiany pH środowiska wewnątrzustnego. Nie bez znaczenia w działaniu nieswoistym ma także lubrykująca i wyścielająca właściwość śliny, która tworząc cienką warstwę na powierzchni błony śluzowej zabezpiecza jej powierzchnię przed powstawaniem mikrourazów, a także uniemożliwia bezpośrednie przyleganie patogenów do jej powierzchni.

Drugi nadrzędny mechanizm angażuje cały organizm gospodarza poprzez układ immunologiczny. Wytwarzana odpowiedź komórkowa na bazie tego układu wpływa modulująco na skład mikroflory jamy ustnej. W przypadku zaburzeń wynikających z upośledzenia układu immunologicznego dochodzi do sytuacji, że wcześniej występująca saprofityczna flora jamy ustnej staje się dla niej patologiczna powodując powstawanie części patologii [73,99,101].

Mikroorganizmy stale lub przejściowo bytujące w jamie ustnej oddziałują także na siebie. Część z nich oddziałuje na siebie symbiotycznie, natomiast niektóre odpowiedzialne są (np. poprzez zmianę pH wokół siebie) za zjawisko antybiozy z innymi. Co ważniejsze, stan nawet częściowego wyjałowienia (np. po przedłużającej się i nieprawidłowo prowadzonej antybiotykoterapii) jest stanem niekorzystnym, prowadzącym do zajęcia niszy ekologicznych wcześniej zajmowanych przez florę fizjologiczną patogenami chorobotwórczymi, odpowiedzialnymi za powstawanie różnego typu schorzeń infekcyjnych.

Kandydoza jamy ustnej

Zakażenie grzybicze jamy ustnej jest powszechnym problemem zdrowotnym. Grzyby drożdżopodobne z rodzaju *Candida* znajdują się w jamie ustnej większości z osób i jest to stan fizjologiczny [46,73,145]. O patogenności decyduje liczba oraz jakość szczepów tych drobnoustrojów, a także zaburzenia odporności gospodarza [93]. Kandydoza jamy ustnej jest stanem zapalnym błony śluzowej jamy ustnej o charakterze powierzchownym. Gatunkiem z rodzaju *Candida*, który jest najczęściej odpowiedzialny za powstawanie grzybicy jamy ustnej jest *C. albicans*. Rzadziej infekcje związane są z innymi gatunkami tj. *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, a także innymi [23,93,108,120,145].

Za rozwój infekcji grzybami z rodzaju *Candida* odpowiedzialnych jest wiele czynników. Do najważniejszych należą wspomniane wcześniej duże zaburzenia fizjologicznej flory bakteryjnej jamy ustnej (np. przewlekła, prowadzona bez odpowiedniej osłony antybiotykoterapia, głównie antybiotykami o szerokim spektrum działania), niedostateczna higiena jamy ustnej, miejscowe i ogólnoustrojowe stosowanie leków steroidowych, współistnienie chorób powodujących zaburzenia odporności (nieustabilizowana cukrzyca, nowotwory krwi, zespół nabytego upośledzenia odporności AIDS, stan po przeszczepach, chemiczne i radiologiczne leczenie nowotworów), a także przewlekłe miejscowe uszkodzanie powierzchni błony śluzowej jamy ustnej (np. poprzez aparaty ortodontyczne i uzupełnienia protetyczne) [90,104,145,157]. W tym ostatnim elemencie istotnym staje się także materiał, z którego wykonane są protezy, np. tworzywo akrylowe lub nylonowe poprzez swą nasiąkliwą strukturę połączoną z nieprawidłową higieną sprzyjają rozwojowi infekcji m.in. poprzez kolonizację mikroporów materiału przez szczepy grzybów z rodzaju *Candida* [23,90,108].

Istnieje kilka postaci grzybicy jamy ustnej. Knychalska – Karwan w klinicznej klasyfikacji kandydozy wyróżnia 4 jej typy: ostra rzekomobłoniasta, ostra zanikowa, przewlekła rozrostowa i przewlekła zanikowa [101]. Biorąc pod uwagę pochodzenie wyróżnić można dwie grupy zakażeń grzybami z rodzaju *Candida*, mianowicie kandydozę pierwotną, w której infekcja obejmuje tkanki jamy ustnej i ewentualnie tkanki wokół ust oraz kandydozę wtórną, gdzie infekcję poza jamą ustną lokalizuje się także na skórze i innych błonach śluzowych organizmu ludzkiego [46,73,93,145].

Bez względu na subiektywne skargi pacjentów (np. ból, pieczenie), obiektywne objawy wewnętrzne (białawe lub czerwone zmiany na błonie śluzowej) czy współistnienie czynników sprzyjających (np. użytkowanie protez zębowych) do postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia prawidłowego leczenia niezbędne jest przeprowadzenie badania mykologicznego, a następnie wykonanie antymykogramu określającego wrażliwość stwierdzonych szczepów na dostępne w terapii leki przeciwgrzybiczne [93,120,171].

Szacuje się, iż od 20 – 80 % populacji ludzkiej wykazuje nosicielstwo grzybów z rodzaju *Candida*, często bez żadnych objawów chorobowych. Wielu badaczy kandydozę jamy ustnej wskazuje jako najczęstszą występującą jednostkę chorobową w obrębie błony śluzowej jamy ustnej [90,104,145,157,171].

Zmiany opryszczkowe

Zmiany opryszczkowe wywoływane są przez wirus *Herpes simplex*, który należy do grupy wirusów DNA. Obrazem zmian wywołanych przez ten typ wirusa są drobne pęcherzyki, których pojawienie się poprzedzone jest

najczęściej objawami prodromalnymi (świąd, pieczenie) w tej okolicy [70,73,105,150,184].

Zmiany w obrębie jamy ustnej wywołane wirusem *H. simplex* można podzielić na zmiany o charakterze ostrego pierwotnego zapalenia jamy ustnej *HSV-1*, nawracającego zapalenia opryszczkowego *HSV-1* lub rzadko występującej na błonie śluzowej jamy ustnej opryszczki zwykłej typu 2 (*HSV-2*) wywoływanej przez wirusa odpowiedzialnego głównie za zmiany opryszczkowe narządów płciowych [73,205].

Do pierwotnej infekcji dochodzi najczęściej we wczesnym dzieciństwie, a wirus przenoszony jest drogą kropelkową poprzez zakażone płyny ustrojowe, np. ślinę. Może ona przebiegać niezauważenie, bez wyraźnych objawów lub mieć gwałtowny przebieg z towarzyszącymi objawami ogólnymi charakterystycznymi dla infekcji wirusowych (m.in. wysoką temperaturą, bólami skórno – mięśniowymi, złym samopoczuciem, dolegliwościami ze strony powiększonych węzłów chłonnych, bolesnością gardła oraz jamy ustnej). W okresie 2 – 3 dni pojawiają się objawy miejscowe w postaci różnie umiejscowionych drobnych pęcherzyków w obrębie błony śluzowej. Liczba pęcherzyków może być różna, a wykwitem zejściowym stają się otoczone rumieniem nadżerki szczególnie bolesne podczas jedzenia, które mogą tworzyć nieregularne zmiany zlewając się ze sobą. Cechą dość charakterystyczną aczkolwiek nie zawsze występującą jest pojawienie się opryszczkowych zmian na granicy czerwieni wargowej oraz skóry wargi. Szarawym nalotem może być obłożony także język, na którym także mogą występować opisane pęcherzyki i nadżerki. Objawy ogólne ustępują po około 3 – 4 dniach, a zmiany miejscowe po około 1,5 tygodnia. Cechą charakterystyczną dla pierwotnego zakażenia wirusem *HSV-1* jest utajone bytowanie tego wirusa w zwojach nerwu trójdzielnego [73,150,184,205].

W związku z powyższym u części nosicieli w okresach przemęczenia, współtowarzyszących infekcji lub osłabienia odporności organizmu, a także oddziaływaniu silnych bodźców termicznych dochodzić może do uaktywnienia się form wirusa. Skutkuje to wystąpieniem objawów opryszczki nawracającej, poprzez wysiew pęcherzyków najczęściej na granicy przejścia czerwieni wargowej w skórę wargi [73,206].

Zapalenie kątów warg

Stany zapale w okolicy kątów warg (*Cheilitis*) spowodowane jest najczęściej przez zakażenie tego obszaru grzybami z rodzaju *Candida* lub Gram-dodatnimi bakteriami z rodzaju gronkowców (*Staphylococcus*). Obniżona wysokość zwarcia sprzyja tym nadkażeniom poprzez macerację kątów ust zalegającą w nich śliną. Zmiany te o charakterze zaczerwienienia, czasami pęknięć są bolesne, utrudniają mówienie i przyjmowanie pokarmów, mogą także krwawić po podrażnieniu [41,73,170].

Rzadziej zmiany o charakterze *Cheilitis* mogą wystąpić na tle zaburzeń niedoborowych, głównie witaminy B2. Mogą towarzyszyć także zaburzeniom odporności, w tym także nabytemu zespołowi utraty odporności AIDS oraz cukrzycy. Zmiany zapalne kątów warg towarzyszą także nierzadko urazom, w tym jatrogennym, np. po długotrwałych zabiegach stomatologicznych lub uszkodzeniu kącika ust podczas zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy ustnej, intubacji przez usta, itp. [73,86].

Częstość zapaleń kątów warg waha się w zależności od badań od 0,7% do 3,8% chorób dotyczących błony śluzowej jamy ustnej u dorosłych oraz 0,2% do 15,1% tychże chorób u dzieci [20,61,65,97,172].

Zmiany wywołane wirusem *Herpes varicella zoster*

Wirus *herpes varicella zoster*, podobnie jak wirusy opryszczki zwyczajnej jest typem DNA wirusów. Ten typ wirusa odpowiada za powstawania dwóch rodzajów schorzeń: ospy wietrznej kojarzonej z chorobami wieku dziecięcego oraz półpaśca [73,100].

W przypadku zakażenia pierwotnego (w ospie wietrznej) powstające zmiany w jamie ustnej mają charakter częściej pojedynczych pęcherzyków zlokalizowanych zwykle na podniebieniu oraz łukach podniebiennych, które w krótkim czasie pękają tworząc nadżerki. Ich powstaniu mogą towarzyszyć typowe dla chorób wirusowych objawy ogólnoustrojowe (ból mięśniowy, gorączka, rozdrażnienie, osłabienie, itp.). W ospie wietrznej poza wymienionymi zmianami w jamie ustnej na skórze głowy towarzyszy osutka skórna [86,101].

Ten sam typ wirusa, poprzez reaktywację zakażenia w czuciowych zwojach nerwowych (po wcześniejszym przebyciu pierwotnego zakażenia w postaci ospy wietrznej) wywołuje także zmiany o charakterze półpaśca. Półpasiec występuje najczęściej u osób z przejściowym lub trwałym spadkiem odporności układu immunologicznego. Charakteryzuje się występowaniem jednostronnie zmian o charakterze pęcherzyków, najczęściej zgodnie z przebiegiem nerwu V (trójdzielnego) - drugiej lub trzeciej jego gałęzi. Wcześniej w miejscu, w którym pojawiają się pęcherzyki pacjent odczuwa silne dolegliwości bólowe o charakterze rwania i klucia, aczkolwiek mogą im towarzyszyć także parestezje. Pęcherzyki szybko pękają tworząc nadżerki. Najczęściej w przebiegu półpaśca dochodzi do ekspansji objawów ogólnoustrojowych, a chorobie mogą towarzyszyć powikłania o charakterze porażenia, neuralgii, przeczulicy lub rzadziej niedoczulicy w zakresie objętego zakażeniem nerwu [73,86,171].

Bakteryjne zapalenie jamy ustnej

W przebiegu zakażeń bakteryjnych organizmu może dochodzić do infekcji błony śluzowej jamy ustnej (zakażenie wtórne) lub zmiany te mogą dotyczyć tylko i wyłącznie błony śluzowej ust (zakażenie pierwotne). Bezpośrednią najczęstszą przyczyną infekcji bakteryjnych w obrębie jamy ustnej są paciorkowce beta – hemolizujące, odpowiedzialne także za paciorkowcowe zapalenie gardła (anginę). Oprócz tej grupy bakterii za zapalenie jamy ustnej odpowiedzialne mogą być Gram-ujemne pałeczki *Fusobacterium*.

Wspólną cechą bakteryjnych zapaleń jamy ustnej są oprócz objawów ogólnych, takich jak wysoka gorączka, złe samopoczucie, zmiany zapalne w obrębie dziąseł oraz błony śluzowej jamy ustnej z tendencją do tworzenia ropni. W tych przypadkach objawem najbardziej przykrym dla pacjentów jest silny ból samoistny wzmagający się jeszcze bardziej podczas próby spożywania pokarmu [70,72,101,171].

Ropień podśluzówkowy

Szczególnym typem zmian wywołanych przez bakterie (głównie gronkowce lub inne bakterie beztlenowe) są ropnie, czyli odgraniczony w przestrzeni tkankowej obszar wypełniony treścią ropną. Ropień podśluzówkowy jest jednym z typów ropni powierzchownych. Z uwagi na swój rozlany charakter, w tym typie ropnia dolegliwości bólowe ustępują w przeciwieństwie do narastającego obrzęku. Objawem charakterystycznym jest chęłbotanie. W celu ustąpienia tego typu zmian poza usunięciem przyczyny (źródła infekcji np. zgorzelinowych korzeni zębów) należy umożliwić drenaż jamy ropnia, np. poprzez jego nacięcie [86].

1.2.2. Zmiany przednowotworowe oraz nowotwory łagodne i złośliwe w obrębie błony śluzowej jamy ustnej

Stany przedrakowe oraz nowotwory błony śluzowej jamy ustnej stanowią specyficzną grupę schorzeń dotyczących błonę śluzową jamy ustnej. Ryzyko transformacji w kierunku nowotworów złośliwych stanowi poważny problem kliniczny oraz społeczny, ze wszystkimi innymi (łącznie z finansowymi) konsekwencjami tego stanu [14].

1.2.2.1. Stany przednowotworowe

Wszystkie zmiany chorobowe, których występowanie zwiększa ryzyko transformacji nowotworowej nazywa się stanami przedrakowymi i jest to typowo kliniczne pojęcie. Na przemianę taką mogą mieć wpływ czynniki zarówno miejscowe np. palenie tytoniu, alkohol, przewlekły uraz mechaniczny, jak również czynniki wewnątrzpochodne jak np. wrażliwość osobnicza, zaburzenia hormonalne i wiele innych [33,65,73,180].

Leukoplakia

Leukoplakia nazywana przez niektórych badaczy „białą plamą” jest typem rogowacenia białego, związaną z tworzeniem się na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej białych plam lub tarczek. W 1977 roku Światowa Organizacja Zdrowia określiła termin leukoplakii jako każdą białą plamę lub tarczkę, na błonie śluzowej, która nie jest związana z żadnym fizycznym lub chemicznym czynnikiem z wyjątkiem palenia tytoniu [34,65,140,144].

Współcześnie najczęściej wykorzystywana jest klasyfikacja van der Waala, która ma najszersze kliniczne zastosowanie [73,144]. Klasyfikacja ta uwzględnia rozmiar zmian o charakterze leukoplakii, ale także jej obraz kliniczny (homogeny i niehomogeny), jak i zmiany w obrazie histopatologicznym. Wspomniany podział pozwala na wydzielenie czterech

stopni zaawansowania tego schorzenia. Każdy kolejny (wyższy) stopień leukoplakii w klasyfikacji van der Waala wiąże się ze wzrostem ryzyka złośliwej transformacji nowotworowej. W sytuacji, w której istnieje trudność w klasyfikowaniu danego przypadku do określonego stopnia umieszcza się go w grupie o mniejszym stadium zaawansowania. Natomiast w przypadku, gdy w badaniu histopatologicznym więcej niż jednego wycinka z ogniska lub wielu zmian o charakterze leukoplakii stwierdza się różnicę w stopniu zaawansowania, ostateczne rozpoznanie stawia się na podstawie obrazu histopatologicznego, który jest bardziej zaawansowany [73,79,144,146].

Klasyfikacja nowotworów Pindboga dzieli leukoplakię na dwa typy, gdzie jednolita plama, bez cech dysplazji nazywana jest leukoplakią homogeną, zaś typ niehomogeny to taki, w którym powierzchnia plamy nie jest jednolita, mogą występować w niej grudki, pęknięcia lub może współwystępować ze zmianami o charakterze erytroplakii [73].

Podłożem powstawania leukoplakii jest zaburzony proces rogowacenia nabłonka oraz patologicznego pogrubienia warstwy kolczystej w obrębie nabłonka błony śluzowej jamy ustnej. Klinicznie zmiany o charakterze leukoplakii mogą być lepiej lub słabiej odgraniczone oraz mieć różną wielkość. Zabarwienie może być zmienione od lekko białawego po mocno intensywne białe, żółte lub szare [101].

Do najczęstszych przyczyn leukoplakii należy palenie tytoniu (w postaci papierosów i fajki), zażywanie tabaki, długotrwałe drażnienie mechaniczne lub termiczne błony śluzowej jamy ustnej, wysokoprocentowy alkohol. Niektórzy autorzy jako ryzyko powstania zmian o typie rogowacenia białego uznają zakażenie wirusem *HPV*. Najczęstsze lokalizacje zmian to błona śluzowa policzka, wargi dolnej, dna jamy ustnej i podniebienia.

Właściwe rozpoznanie stawia się na podstawie badania histopatologicznego pobranego wycinka z klinicznie zdiagnozowanej białej zmiany.

Leukoplakia wg klasyfikacji Gwiedzińskiego należy do grupy właściwych chorób przednowotworowych, gdzie prawdopodobieństwo zezłośliwienia wynosi 10 – 20%, a więc jest określane jako średnie [73,101].

Melanoza ograniczona

Jest zmianą o zwiększonym stopniu pigmentacji. Przebarwienie to może mieć mniej lub bardziej regularny kształt, a jego rozmiary są w granicach 5-10 mm średnicy. Zmiany tego typu lokalizują się najczęściej na błonie śluzowej wargi dolnej, aczkolwiek są spotykane także na błonie śluzowej policzków i podniebienia. Melanoza ograniczona wg klasyfikacji Gwiedzińskiego należy do grupy zmian predysponujących do rozwoju nowotworów o niskim prawdopodobieństwie (1 – 5%) zezłośliwienia [21,73,140].

Słoneczne zapalenie warg

Zmiany na wargach o typie słonecznego zapalenia (*Cheilitis actinica*) charakteryzują się w początkowym okresie choroby zwiększeniem objętości warg spowodowanym rozlanym obrzękiem. Z czasem do łagodnego obrzęku dołącza się złuszczenie nabłonka, czerwieni wargowej i skóry wargi, które wraz z wiekiem rozszerza się. Możliwe są także drobne krwawiące pęknięcia i niegojące się owrzodzenia powstające na tle wspomnianego złuszczenia, które skłaniają pacjentów do zgłoszenia się do specjalisty. Dochodzić może także do zatarcia granicy między czerwienią warg a skórą [73,100,101].

Choroba ta związana jest głównie z długotrwałym nasłonecznianiem i zwykle rozwija się w obrębie wagi dolnej. Najczęściej dotyczy mężczyzn (10 razy częściej niż kobiet), istotnie częściej u osób powyżej 50 roku życia. Skuteczna diagnostyka polega na badaniu histopatologicznym wycinka z podejrzanego obszaru.

Według klasyfikacji Gwóździńskiego złuszczone zapalenie warg niesie ryzyko zezłośliwienia na średnim poziomie, gdyż rak wargi u pacjentów ze zdiagnozowanym słonecznym zapaleniem warg statystycznie rozwija się u około 6 – 10% chorych [73,171].

1.2.2.2. Nowotwory łagodne

Zmiany o typie nowotworów łagodnych charakteryzują się tym, że są dobrze odgraniczone, rosną powoli, charakteryzują się brakiem przerzutów do węzłów chłonnych i tkanek odległych. Tkanki budujące ten typ zmian są na ogół dobrze zróżnicowane i dojrzałe.

Włókniak

Zmiany o charakterze włókniaka są najczęstszym typem nowotworów niezłośliwych występujących w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Powstają najczęściej na skutek długotrwałego drażnienia danej okolicy. Zwykle powstają pojedynczo, chociaż znane są przypadki mnogiego występowania włókniaków. Włókniak zwykle przyjmuje postać grudki o owalnym lub kulistym kształcie. Błona śluzowa nad nią i wokół niej nie jest zmieniona, ma różowy kolor, jest gładka i lśniąca [143].

Najczęstszym miejscem występowania włókniaków w jamie ustnej jest błona śluzowa policzków, ze względu na częste przygryzanie tej okolicy,

a także na granicy miękkiego i twardego podniebienia (częściej u użytkowników protez ruchomych). Włókniaki spotyka się także na błonie śluzowej języka, są one jednak znacznie rzadsze niż te, występujące we wcześniej wymienionych lokalizacjach. Włókniaki wycina się w całości, a pozyskany materiał poddaje badaniu histopatologicznemu [73,143,171].

Naczyniak krwionośny

Jest typem zmiany łagodnej, a tkanką stanowiącą punkt wyjścia dla tego nowotworu są naczynia krwionośne. W jamie ustnej zwykle przyjmuje dwie postacie. Pierwszą z nich jest naczyniak jamisty diagnozowany najczęściej w obrębie języka, dna jamy ustnej, warg lub policzka. Ma on przeważnie kulisty kształt i powoduje obrzęk wymienionych obszarów jamy ustnej. Drugi typ ma charakter ziarniniaka naczyniowego, a miejscem jego lokalizacji jest najczęściej dąsłko poprzez przyjęcie kształtu uszypułowanej zmiany [86,171].

Zmiany o typie naczyniaka powstają najczęściej na skutek zaburzeń rozwojowych prowadzących do zwiększonej proliferacji komórek endotelium odpowiedzialnych za tworzenie ścian naczyń. Rzadko przyczynami powstawania naczyniaków mogą być choroby tarczycy, wątroby oraz choroba reumatyczna [73].

W przypadku naczyniaków jamistych głównym problemem z jakim zgłasza się pacjent jest najczęściej obrzęk utrudniający funkcjonowanie (mówienie, jedzenie, itp.). W przypadku ziarniniaków przyczyną zgłaszania się pacjentów najczęściej bywa samoistne lub występujące podczas przyjmowania pokarmów krwawienie. Przed podjęciem decyzji o chirurgicznym usunięciu zmiany (poprzez elektrokoagulację lub embolizację naczynia) zasadnym jest przeprowadzenie dokładnej diagnostyki oceniającej wielkość zmiany i pozwalającej określić w sposób bezpieczny rozległość planowanego zabiegu [72,171].

Tłuszczak

Tłuszczak jest guzem łagodnym, którego występowanie w obrębie jamy ustnej jest bardzo rzadkie. Najczęstszą lokalizacją tłuszczaka w jamie ustnej jest język, ale zdarza się on także w obrębie warg, dna jamy ustnej oraz policzka. Zwykle przyjmuje postać niebolesnej, niekrwawiącej, pojedynczej, homogennej, przeświecającej na żółto zmiany, rzadko występując jako twór mnogi [73, 178]. Najczęstszym powodem zgłoszenia się pacjenta jest ucisk dużej masy guza na zakończenia lub zwoje nerwowe, co wywołuje ból lub rozrost utrudniający funkcjonowanie (mowę, przyjmowanie pokarmów, itp.). Zwykle taki rodzaj guza usuwa się w całości poprzez wyłuszczenie wraz z otaczającą go torebką, a wyłuszczonej zmianę poddaje się badaniu histopatologicznemu. Zmiany w jamie ustnej o charakterze tłuszczaka są rzadkie, zwykle częściej występują u mężczyzn niż u kobiet [35,72,200].

Brodawczak

Zmiany o typie brodawczaka w obrębie błony śluzowej jamy ustnej są niebolesnymi guzami łagodnymi, o charakterze grudkowo – brodawkowym i kolorze od różowego do białego. Według niektórych badaczy są najczęstszym typem zmian nowotworowych łagodnych pochodzenia nabłonkowego występujących u dzieci. Powodem tworzenia się brodawczaka jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego – *human papilloma virus* HPV (najczęściej typ 6 i 11). Zmiany o tym typie lokalizują się najczęściej w obrębie błony śluzowej języka, ale także warg i policzków (wzdłuż przebiegu linii zgryzowej). Innymi obszarami, na których lokalizują się brodawczaki są podniebienie i dno jamy ustnej [171].

Zwykle diagnostyka zmian o charakterze brodawczaka nie budzi wątpliwości, niemniej zmiany te po całkowitym usunięciu ze względu na

ryzyko zezłośliwienia powinny być poddane badaniu histopatologicznemu. Podścielisko przy konwencjonalnym chirurgicznym usuwaniu wymraża się zwykle lub odparowuje za pomocą lasera, w celu doszczętnego przeprowadzenia zabiegu [73,101,181].

1.2.2.3. Nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe w obrębie głowy i szyi stanowią około 6% wszystkich złośliwych nowotworów. Dominującymi zmianami złośliwymi w tej grupie są zmiany pochodzenia nabłonkowego – raki, które stanowią w Polsce nieco ponad 5% wszystkich odnotowanych zmian złośliwych. W obrębie głowy i szyi występują także przypadki czerniaka złośliwego. Rzadziej spotyka się przypadki chłoniaków i mięsaków [74,104].

Rak błony śluzowej jamy ustnej

Raki błony śluzowej jamy ustnej, ustnej części gardła i warg stanowią około 2% wszystkich złośliwych nowotworów wykrywanych w Polsce. Blisko trzykrotnie częściej występują u mężczyzn niż u kobiet. Częściej nowotwory głowy i szyi dotyczą osób po 45 roku życia. Wśród zmian tego typu dominują raki płaskonabłonkowe (ponad 95% zmian), którym znacząco ustępują raki z tkanki gruczołowej (gdzie punktem wyjścia są drobne gruczoły ślinowe) [60,177].

Najczęstszą lokalizacją zmian złośliwych w jamie ustnej są: warga dolna, brzuszna powierzchnia języka oraz dno jamy ustnej. Wśród głównych czynników ryzyka powstawania raków błony śluzowej jamy ustnej wymienić należy palenie i żucie tytoniu, zwłaszcza skorelowane z piciem wysokoprocentowych alkoholi, infekcję wirusem brodawczaka ludzkiego HPV oraz długotrwałe drażnienie mechaniczne błony śluzowej (np. przez

nawykowe przygryzanie lub przewlekłe użytkowanie źle dopasowanych uzupełnień protetycznych) [60,128].

Biorąc pod uwagę dobre ukrwienie wymienionych wcześniej pozostałych obszarów jamy ustnej oraz stosunkowo niewielką grubość nabłonka błony śluzowej jamy ustnej nowotwory złośliwe jamy ustnej ulegają szybkiemu rozwojowi, powodując powstawanie przerzutów do węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych. Część objawów wewnętrznych, jak krwawienie, ból czy uczucie ciała obcego w ustach jest ignorowanych przez niektórych pacjentów. Biorąc pod uwagę powyższe, stawianie rozpoznania powinno być możliwie najszybsze, a najlepszą metodą leczenia jest doszczętne usunięcie raka w fazie „in situ”, z dokładną oceną histopatologiczną wycięcia zmiany z marginesem tkanek zdrowych. Znając także wpływ czynników ryzyka na rozwój raków błony śluzowej jamy ustnej zalecana jest szeroko rozumiana profilaktyka, z wyeliminowaniem wymienionych wcześniej czynników ryzyka [73,86].

Czerniak złośliwy błony śluzowej jamy ustnej

Czerniak złośliwy jest wywodzącym się z melanocytów nowotworem złośliwym umiejscawiającym się przede wszystkim na skórze. Rzadkim miejscem występowania tego nowotworu jest błona śluzowa, w tym błona śluzowa jamy ustnej – tutaj czerniaki pierwotnie lokalizują się w 1 – 2% przypadków [60].

Statystycznie dwukrotnie częściej czerniaki złośliwe w jamie ustnej diagnozowane są u mężczyzn niż u kobiet, zwykle u osób po 40 roku życia. Zmiany o charakterze czerniaka złośliwego w jamie ustnej najczęściej lokalizują się na podniebieniu twardym oraz na dziąsłach, nieco rzadziej na podniebieniu miękkim [73].

Rzeczywisty rozwój zmiany rozpoczyna się najczęściej od plamy barwnikowej w początkowym okresie, która z czasem może się uwypuklać tworząc guzek. Może dochodzić także do tworzenia owrzodzeń w miejscu zmiany, a także do zacierania granicy zmiany barwnikowej. Z uwagi na bardzo złe rokowanie (odsetek 5-letniego przeżycia nie przekracza 5%) ze względu na szybkie tworzenie przerzutów nowotworowych do węzłów i do narządów odległych w przypadku wystąpienia podejrzanego zmiany barwnikowej badacze wskazują radykalne wycięcie z następnym badaniem histopatologicznym za postępowanie najlepsze [73,101,178].

1.2.3. Zaburzenia rozwojowe błony śluzowej jamy ustnej

1.2.3.1. Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe

W wyniku nieprawidłowego rozwoju dochodzi do powstania zaburzeń, które rzutują na stan błony śluzowej w okolicy dziąseł i przejścia dziąsła związanego w ruchomą błonę śluzową przedsionka i dna jamy ustnej. Zaburzenia te wtórnie mogą prowadzić do powstawania stanów zapalnych oraz rozwoju chorób tkanek przyzębia. Poniżej opisano trzy z tych zaburzeń.

Wąska strefa dziąsła związanego

Wąska strefa dziąsła związanego charakteryzuje się małą ilością tkanki dziąsła przyczepionego mierzoną od dna szczeliny dziąsłowej do miejsca przejścia dziąsła związanego w luźną błonę śluzową przedsionka jamy ustnej lub dna jamy ustnej. Może być przyczyną powstawania tzw. „objawu pociągania” (pull-syndrome), a oddziałując na większym obszarze może powodować wtórnie tworzenie mnogich recesji dziąsłowych. Wąska strefa dziąsła związanego utrudnia utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej,

a w przypadku konieczności leczenia ortodontycznego lub protetycznego może być przyczyną uniemożliwiającą użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych lub aparatów ortodontycznych [86].

Wrodzony płytki przedsionek jamy ustnej

Wrodzony płytki przedsionek jamy ustnej podobnie jak wąska strefa dziąsła związanego jest zaburzeniem sprzyjającym powstawaniu wtórnie recesji dziąsłowych. Związany jest on z nieprawidłowym, zbyt płytkim przyczepieniu tkanek (głównie mięśni), co sprzyja urazom, utrudnia utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej, a w konsekwencji sprzyja występowaniu tzw. „objawu pociągania”, a dalej tworzenia recesji przez mechaniczne uszkodzenie i odrywanie tkanek przyzębia brzeżnego od zębów [73].

Wrodzony przerost wędzidełek warg

Pierwotnie zbyt krótkie, zgrubiałe, zwłókniałe wędzidełka warg, jak również ich nieprawidłowe przyczepy (brodawkowy lub penetrujący brodawkę) sprzyjają wtórnie objawowi pociągania (pull-syndrom) i tworzeniu recesji dziąsłowych. Dodatkowo takie wędzidełko uniemożliwia prawidłowe przeprowadzenie leczenia ortodontycznego lub protetycznego [73].

1.2.3.2. Choroba Delbanco

Choroba Delbanco jest przemieszczeniem gruczołów łojowych z błony podśluzowej do błony śluzowej policzka. Rozpoznawane jest przypadkowo (gdyż nie daje żadnych dolegliwości i nie wymaga leczenia), jako białawe lub żółtawe grudki (zwane grudkami Fordyce’a) rozmieszczone samotnie lub w skupiskach na powierzchni błony śluzowej policzka. Pomimo, iż jest to ektopia wrodzona, z wiekiem, na skutek cieńczenia błony śluzowej mogą

stawać się bardziej widoczne, co może wzbudzać niepokój onkologiczny pacjentów [73,171].

1.2.3.3. Wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej

Wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (*Ankyloglossia*) jest zaburzeniem rozwojowym, polegającym na wytworzeniu zbyt krótkiego wędzidełka języka, co powoduje zrost języka z dnem jamy ustnej. Taki stan jest zwykle diagnozowany w pierwszych latach życia, ponieważ utrudnia przyjmowanie pokarmów, mowę oraz ogranicza ruchy języka. Może też powodować (w przypadku braku korekty chirurgicznej) odrywanie tkanek dziąsła od powierzchni zębów (objaw pull syndrome) w miejscu przyczepu na skutek działania silnych mięśni języka. Wymaga korekty chirurgicznej [73,171].

1.2.4. Zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry i tkanki łącznej

Wiele chorób dermatologicznych i chorób tkanki łącznej znajduje swoje odzwierciedlenie także na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej. Wystąpienie objawów w obrębie błony śluzowej jamy ustnej niejednokrotnie przed pojawieniem się objawów ogólnoustrojowych pozwala czasami na szybszą diagnostykę i wdrożenie wczesnego leczenia, co ma olbrzymie znaczenie z klinicznego punktu widzenia [72].

Liszaj płaski Wilsona

Przyczyny powstawania liszaja płaskiego Wilsona są złożone i nie do końca wyjaśnione. Badacze szukają związku liszaja z pewnymi chorobami przebiegającymi z zaburzeniami autoimmunologicznymi, jak cukrzyca, toczeń rumieniowaty, miastenia, *colitis ulcerosa*, przewlekłe zapalenie wątroby typu C i inne [8,116]. Istnieje jednak doniesienia, iż przyczyny liszaja płaskiego mogą

być związane z czynnikami psychoneurgennymi (np. u pacjentów depresyjnych, z wysokim poziomem lęku), zaburzeniami metabolicznymi, genetycznymi, a także czynnikami zakaźnymi (teoria roli wirusów neurotropowych) i chemicznymi oraz elektrogalwanicznymi (materiały stomatologiczne, leki, interakcje amalgamatów z innymi metalowymi częściami uzupełnień protetycznych) [80,140,170].

Liszaj płaski posiada specyficzny obraz kliniczny w postaci wywołujących świąd lśniących grudek skórnych umiejscowionych po zgięciowych stronach nadgarstków i podudzi. W połowie przypadków skórnej postaci liszaja istnieje współwystępowanie zmian na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej, gdzie można zaobserwować białawe, niewielkie grudki o układzie siateczkowatym. Najczęściej zmiany lokalizują się na błonie śluzowej policzków (często symetrycznie), ale mogą także występować na bocznych powierzchniach języka, podniebieniu, wargach, dnie jamy ustnej oraz dziąsłach [80,116]. O rozpoznaniu decyduje badanie histopatologiczne (gdzie stwierdza się m.in. hiper i parakeratozę, degenerację keratynocytów, układ sopli nabłonka w kształcie „zębów piły”, obecność ciałek Civette’a oraz cechy nacieku zapalnego i zwyrodnienia wodniczkowego komórek w obrębie warstwy podstawnej). Można także wykonać badanie immunofluorescencji w celu wykrycia charakterystycznych złogów immunoglobuliny A wraz ze składnikiem C3 układu dopełniacza [85,185].

Liszaj płaski występuje w kilku postaciach klinicznych: siateczkowej, pęcherzykowej, nadżerkowej, plamkowej, zanikowej oraz wrzodziejącej. Najczęstszą postacią jest postać siateczkowa. Postacie pęcherzykową wrzodziejącą i nadżerkową można zaliczyć do zmian przednowotworowych [73,116].

Pęcherzyca

Pęcherzyca jest chorobą skóry, w przebiegu której powstają przeciwciała przeciwko warstwie kolczystej. Cechą charakterystyczną dla pęcherzycy jest akantoliza, czyli rozdzielanie się komórek kolczystych, co prowadzi do tworzenia pęcherzy śródskórkowych i śród nabłonkowych [72,151]. W badaniach immunohistochemicznych stwierdza się występowanie przeciwciał przeciwko desmogleinie 1 i 3 [109]. W zależności od głębokości akantolizy wyróżnia się pęcherzycę zwykłą, o głębszym tworzeniu pęcherzy ponad warstwą podstawną lub występującą bardziej powierzchownie pod warstwą rogową. Objaw Nikolskiego jest cechą kliniczną akantolizy. Prowadzi od do spękania naskórka po pocieraniu pozornie zdrowego obszaru skóry [13,73,175].

Pemfigoid

Pemfigoid podobnie jak pęcherzyca należy do pęcherzowych chorób o podłożu autoimmunologicznym, w wyniku działania z autoagresji przeciwciał przeciwko antygenom zlokalizowanym w strefie podstawnej. W związku z tym pęcherze podnaskórkowe lub podśluzówkowe w pemfigoidzie pojawiają się głębiej, są dobrze napięte, utrzymują się dłużej, a po pęknięciu nadżerki goją się dłużej, częściej pozostawiając blizny [72,109].

W przeciwieństwie do pęcherzycy w pemfigoidzie brak jest cech akantolizy. Zmiany w pemfigoidzie występować mogą na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej (głównie na podniebieniu i dziąśle). Powszechnym jest objaw złuszczonego zapalenia dziąseł. Pemfigoid może także prezentować objawy oczne od nieżyty spojówek po unieruchomienie gałki ocznej na skutek tworzenia blizn w tkance leżącej pod spojówką [101]. Częstość występowania pemfigoidu jest bardzo rzadka, waha się od 0,87 do 1,24 na milion osób w populacji [73,101,171].

Rumień wielopostaciowy

Rumień wysiękowy wielopostaciowy jest typem schorzenia skórno – śluzówkowego, którego etiologia nie jest do końca poznana. Wśród przyczyn powstawania wymienia się m.in. takie czynniki jak: wirusowe, mykoplazmatyczne, bakteryjne, leki [73]. W postaci łagodnej (*erythema multiforme minor*) cechą charakterystyczną jest wystąpienie rumieniowo – obrzękowych pierścieniowatych zmian, głównie w dystalnej części kończyn, chociaż zmiany te mogą występować również na błonach śluzowych [23]. Istnieje tendencja do tworzenia pęcherzy, których wykwitem zejściowym po pęknięciu jest nadżerka. Częstość występowania wynosi 0,75 na milion osób w europejskiej populacji, a statystycznie częściej chorują mężczyźni w wieku 20 – 40 lat [3,171].

Zespół Stevensa – Johnsona

Zespół Stevensa – Johnsona jest bardziej zaawansowaną formą reaktywną rumienia wielopostaciowego. Przyczyny jego powstawania są podobne. Zmiany w tym zespole mają różnorodny charakter, powstają pęcherzyki, pęcherze, nadżerki, grudki, zmiany obrzękowe i/lub rumień [3,73]. Zmiany dotyczą nie tylko skóry, ale również błony śluzowej jamy ustnej. Dołączają się także objawy oczne o ciężkim przebiegu, jak również objawy ogólnoustrojowe (gorączka, bóle stawowe). Choroba występuje rzadziej niż postać łagodniejsza (<0,75 przypadków na milion osób w populacji) [3].

Toczeń rumieniowaty

Toczeń rumieniowaty (*lupus erythematosus*) jest stosunkowo rzadką chorobą o podłożu autoimmunologicznym. Należy do grupy kolagenoz. Jest

schorzeniem przewlekłym o częstości występowania 1 przypadek na 2-2,5 tysięcy osób w populacji [175]. Charakteryzuje się obecnością w surowicy autoprzeciwciał dsDNA, a także odkładaniu się kompleksów immunologicznych w skórze i narządach wewnętrznych. Na 10 chorujących osób 9 to kobiety, najczęściej w wieku 20 – 40 lat (średnia wieku w Europie to 29 lat). Toczeń rumieniowaty występuje w dwóch postaciach: SLE czyli układowej (gdzie chorobą objęte są narządy wewnętrzne) oraz DLE czyli łagodniejszej skórnej. Na bonie śluzowej poza innymi objawami mogą pęcherzyki i pęcherze oraz wtórnie nadżerki i owrzodzenia [73,171].

Zespół Sjögrena

Zespół Sjögrena należy również do grupy chorób związanych z tkanką łączną. Obecnie diagnostyka wyróżnia dwie postacie zespołu Sjögrena. Idiopatyczny zespół pierwotny związany jest z suchością oczu i zaburzeniem wydzielania śliny [101]. Zespół wtórny charakteryzuje się natomiast tym, że oprócz objawów zespołu pierwotnego prezentuje także defekty autoimmunologiczne związane z tkanką łączną [171,193]. Najczęstszym zaburzeniem (występującym w ok. 50% przypadków zespołu wtórnego) jest reumatoidalne zapalenie stawów, ale także zespołowi Sjögrena towarzyszyć mogą: twardzina układowa, toczeń rumieniowaty oraz inne stany zapalne obejmujące elementy wywodzące się tkanki łącznej (naczynia, tarczyca, wątroba) [73]. Na 10 chorych 9 to kobiety, a częstotliwość zachorowań wzrasta wraz z wiekiem. Częstość występowania zespołu Sjögrena szacuje się na poziomie 0,3 – 0,7% populacji [73,113,171].

1.2.5. Patologie związane z błoną śluzową języka

Język geograficzny

Język geograficzny jest formą występującego brzeźnie złuszczonego zapalenia języka. Jest zmianą stosunkowo często występującą – dotyczy 1 – 2% populacji. Charakterystycznym obrazem są wędrujące, zmieniające się co kilka dni plamy – obszary języka pozbawione brodawek nitkowatych. Obszary te mogą być otoczone zaczerwienionym rąbkiem [78]. Powiększone i zaczerwienione mogą być także brodawki okolone. Histopatologiczne można stwierdzić w wycinkach nacieki limfocytarne oraz nacieki neutrofili przy jednoczesnym ścięczeniu nabłonka [86]. Podobny obraz obserwowany jest w łuszczycy i niektórzy badacze stwierdzają dodatnią korelację pomiędzy tą jednostką chorobową a językiem geograficznym. Zmiany o charakterze języka geograficznego nie wymagają leczenia [73,101,171].

Język czarny włochaty

Język czarny włochaty znany jest także pod pojęciem rogowacenie czarne brodawek języka jest stanem, w którym brodawki nitkowate na języku ulegają wydłużeniu i hiperkeratozie [86]. W związku z tym barwniki pokarmowe gromadzą się na powierzchni brodawek dając obraz ciemnego futra. Zwykle zmiany te występują w części centralnej języka, do przodu od brodawek okolonych, jednak z czasem mogą się rozprzestrzeniać i obejmować całą grzbietową powierzchnię języka [62,194]. Przerost brodawek nitkowatych jest zwykle stymulowany określonym czynnikiem (zwykle jest to palenie tytoniu, ale także może być to nadwrażliwość na chlorheksydynę lub inną substancję chemiczną). Język czarny włochaty stwierdza się czasami w przypadku nadhigienizacji jamy ustnej [101]. Wydłużone brodawki nitkowate mogą u części pacjentów powodować wrażenie ciała obcego

w ustach, wzmacniać odruch wymiotny, a zwiększona powierzchnia i utrudnione oczyszczanie sprawia, iż możliwość kolonizacji języka przez grzyby drożdżopodobne i patologiczną florę bakteryjną jest znacznie większa [62,73,152,171].

Romboidalne zapalenie języka

Zapalenie języka środkowe romboidalne jest schorzeniem o niepoznanej do końca etiologii. Część badaczy uważa to schorzenie za zaburzenie rozwojowe, inni jako przyczynę jego powstania podają infekcję grzybami drożdżopodobnymi [86]. Zmiana ta występuje zwykle na grzbietowej powierzchni języka i charakteryzuje się tym, że jest to gładki obszar, pozbawiony brodawek nitkowatych i ostro odgraniczony od pozostałej części języka. W miejscu zaniku powstaje plama – różowa lub biała, która utrzymuje się przez dłuższy czas [72,73]. Zmiany te przez niektórych autorów uważane są za charakterystyczne dla palaczy tytoniu. Romboidalne zapalenie języka występuje też częściej u osób chorych na cukrzycę, zakażonych wirusem HIV oraz o zmniejszonej odporności organizmu. Romboidalne zapalenie języka nie jest zmianą częstą, a odsetek tego typu zmian nie jest zwykle większy niż 1% [101,171].

Język pofałdowany

Język pofałdowany jest spowodowany niedorozwojem mięśnia powierzchownego języka. Pojawia się we wczesnym dzieciństwie, natomiast pełne objawy zostają uwidocznione po osiągnięciu dojrzałości płciowej. Schorzenie może występować rodzinnie, a częściej chorującymi na tę chorobę są mężczyźni [86,101]. Stwierdza się go u 1-3% populacji. Z uwagi na głębokie bruzdy pozbawione brodawek, miejsca te mogą predysponować do

nadkażania grzybami z rodzaju *Candida* oraz oportunistyczną florą bakteryjną [133]. Język pofałdowany wchodzi wraz z ziarninowym zapaleniem warg i porażeniem nerwu twarzowego w skład zespołu Melkerssona – Rosenthala [73,86,171].

Język olbrzymi

Język olbrzymi jest typem zaburzenia, które może mieć podłoże rozwojowe (np. w przypadku zaburzeń towarzyszących genetycznemu zespołowi Downa) lub być typem zmian powstałych na skutek zaburzeń hormonalnych (np. nadczynność przysadki, niedoczynność tarczycy) [73,86]. Może także wynikiem rozwoju nowotworów (zwykle łagodnych) lub efektem spichrzania (np. w przypadku amyloidozy) [101,171].

1.2.6. Schorzenia powstałe na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie

Zmiany pourazowe

Do zmian pourazowych zalicza się patologie, których etiologia ma wyraźne źródło w mechanicznym drażnieniu błony śluzowej jamy ustnej. Najczęstszym typem takich zmian jest biała linia (*Linea alba*) zlokalizowana na błonie śluzowej policzków i odpowiadająca linii zgryzowej zębów. Powstaje najczęściej w przypadku zaburzeń zgryzowych lub nawyku wciągania błony śluzowej podczas zagryzania [73, 120]. Zwykle po wyeliminowaniu czynnika sprawczego ustępuje bez pozostawienia śladu. Może także pozostawiać blizny w przypadku długotrwałego i agresywnego przygryzania [101]. Ponadto na skutek urazów mechanicznych na błonie śluzowej jamy ustnej mogą pojawiać się owrzodzenia, pęknięcia lub

skaleczenia. W przypadkach niepowikłanych infekcjami u osób zdrowych goją się zwykle szybko, bez pozostawiania blizn [86,171].

Torbiel zastoinowa

Torbiele zastoinowe obserwuje się znacznie częściej u dzieci niż u dorosłych. W wyniku urazu, a w konsekwencji stanu zapalnego w obrębie błony śluzowej lub gojenia dochodzi do zamknięcia światła przewodu wyprowadzającego drobnego gruczołu ślinowego [101]. Na skutek tego procesu dochodzi do pojawienia się wygórowania na błonie śluzowej jamy ustnej, co świadczy o gromadzeniu się treści surowiczej, śluzowej lub surowiczo – śluzowej w obrębie drobnych gruczołów ślinowych. Najczęstszym miejscem występowania torbieli zastoinowych jest warga dolna. Leczenie polega najczęściej na wyłuszczeniu torbieli, chociaż czasami zaczopowany gruczoł ślinowy ulega samoczynnemu drenażowi i opróżnieniu [73,86,171].

Ziarniniak szczelinowaty

Na skutek niefizjologicznych sił żucia, przenoszonych przez źle wykonane ruchome uzupełnienia protetyczne na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej może dochodzić do rozwoju zmian zapalnych z komponentą przerostową – dochodzi wówczas do rozwoju tzw. ziarniniaka szczelinowatego. Zwykle zmiany te nie są bolesne, jednak w wyniku tworzenia się zagłębień może dochodzić do ich zakażenia grzybami z rodzaju *Candida* lub inną niefizjologiczną florą [91,101]. Z uwagi na stałe, przewlekłe drażnienie tego miejsca może także dochodzić po dłuższym czasie do metaplastji nowotworowej poprzez mechaniczne oddziaływanie na dany fragment błony śluzowej. Ziarniniaki szczelinowate tworzą się głównie u podstawy wyrostka zębodołowego, częściej w szczęcie, ale również

i w zuchwie. Zwykle zmiany te są następstwem kilkuletniego noszenia protez, które były niedopasowane lub przestały pasować na skutek zmiany obciążonego podłoża protetycznego [73,86]. Ziarniniaki szczelinowate częściej występują u kobiet, częściej także w grupie wiekowej powyżej 50 roku życia. W przypadku rozwoju tego typu zmian brak ich chirurgicznej korekty, wraz z poprawą jakości użytkowanych uzupełnień protetycznych może doprowadzić do zniszczenia pola protetycznego uniemożliwiającego wykonawstwo dobrej jakości ruchomych uzupełnień protetycznych w przyszłości [28,127,171].

1.2.7. Zespół pieczenia jamy ustnej - BMS

Zespół pieczenie jamy ustnej (ang. *burning mouth syndrome* – BMS) jest zespołem objawów polegających na długotrwałym uczuciu pieczenia oraz palenia błony śluzowej jamy ustnej. Ból może być zlokalizowany w języku, wargach, policzkach, podniebieniu, dziąsłach. Objawom pieczenia towarzyszyć mogą także zaburzenia czucia (parastezje, drętwienia), zaburzenia odczuwania smaku oraz subiektywne uczucie suchości jamy ustnej [73].

Pierwotnej formie BMS nie towarzyszą żadne zmiany kliniczne na błonie śluzowej, nie stwierdza się też infekcji grzybiczej ani bakteryjnej. Rozpoznanie stawia się po wykluczeniu innych schorzeń. Przy współwystępowaniu czynników ogólnych (m.in. zaburzeń niedoborowych, hematologicznych, cukrzycy) oraz miejscowych (m.in. prądów galwanicznych) rozpoznaje się postać wtórną BMS-u [20].

Frekwencja BMS w populacji w zależności od badań wynosi od 0,7% do 14,8%. Zdecydowanie częściej, bo aż siedmiokrotnie chorują kobiety, niż mężczyźni. Średnia wieku chorych wynosi 60 lat, a zespół ten nie towarzyszy osobom poniżej 20 roku życia [38,171].

1.2.8. Pozostałe wcześniej niesklasyfikowane schorzenia błony śluzowej jamy ustnej

Afty nawracające

Etiologia aft nawrotowych jest bardzo złożona, przez co klinicznie nierzadko napotyka się trudności diagnostyczne w określaniu przyczyn ich powstawania. Problem jest o tyle ważny, że na zmiany o typie aft nawracających skarży się od 17 do 50% populacji (dane dla Polski wynosiły od 11% do 30%). [12,22]

Z uwagi na złożony patomechanizm powstawania tego typu zmian, bierze się pod uwagę zarówno czynniki miejscowe (np. czynnik urazowy) jak i ogólne (zaburzenia immunologiczne, niedoborowe, hormonalne i inne) [19].

Do najczęściej występujących aft należą zmiany nawracające. Pacjenci, którzy mają doświadczenie z tego typu zmianami na 1 – 2 doby przed pojawieniem się afty czują objawy prodromalne w postaci pieczenia lub mrowienia w miejscu wystąpienia późniejszej zmiany [36].

Wykwitem pierwotnym w przypadku aft mogą być zarówno plamki, jak i grudki, albo pęcherzyki, a także wykwity plamkowo – grudkowe. Wtórnie zmiany te przekształcają się w pojedyncze lub mnogie nadżerki pokryte włóknikowatym nalotem z zapalnych rąbkiem na obwodzie. Afty występują głównie na powierzchni nierogowaciejącej błony śluzowej. Badania niektórych autorów wskazują, iż palenie tytoniu zwykle zmniejsza częstotliwość występowania aft [73,101,144].

Istnieje kilka typów zmian o charakterze aft. Afty małe Mikulicza charakteryzują pojawieniem się nadżerek o średnicy od 0,5 do 1 cm, goją się bez pozostawienia blizn. Afty duże Suttona występują mniej więcej w 10% wszystkich przypadków aftoz. Średnica nadżerek i owrzodzeń przekracza

1 cm, objawy bólowe i zapalne są znacznie bardziej nasilone niż w przypadku poprzedniego typu zmian, a wykwity goją się często z pozostawieniem blizn, przy czym częstym miejscem ich występowania jest tylna ściana gardła, języczek i podniebienie, co jest bardzo bolesne i znacznie utrudnia przyjmowanie pokarmów [19]. Równie rzadko jak afty Suttona mogą pojawiać się zmiany o charakterze aft opryszczkopodobnych, gdzie obserwuje się mnogą ilość drobnych 1-2 mm wykwitów na dużym obszarze błony śluzowej jamy ustnej. Wiąże się to z bolesnością, a zmiany mogą obejmować nabłonek rogowaciejący [22,82,88,172].

Nikotynowe zapalenie jamy ustnej

Nikotynowe zapalenie jamy ustnej jest typem odczynowej reakcji zapalnej na czynniki termiczne i chemiczne oddziałujące na błonę śluzową podczas palenia tytoniu (w postaci fajki, papierosów i cygar) [128,138]. Charakterystycznym typem zmian w przypadku tej jednostki chorobowej jest białawo – szare zmętnienie błony śluzowej podniebienia, mogące świadczyć o zaburzonym procesie rogowacenia tkanek w tym obszarze [129]. Do tego obrazu dołączają się czerwone punkty będące ujściami przewodów wyprowadzających drobnych gruczołów ślinowych na podniebieniu. Częstość występowania zmian o charakterze nikotynowego zapalenia jamy ustnej w zależności od badanej populacji wynosi od 0,1% do 3% palących pacjentów [73]. Chociaż zapalenie to nie jest obecnie traktowane jako zmiana przednowotworowa i po zaprzestaniu palenia tytoniu zmiany te ulegają remisji to ryzyko transformacji nowotworowej w przypadku wieloletnich palaczy z błoną śluzową o cechach nikotynowego zapalenia jest wyższe [72,154,171,203].

Tatuaż amalgamatowy

Tatuaż amalgamatowy jest formą szarego przebarwienia na błonie śluzowej jamy ustnej. Wiąże się on z przenikaniem jonów srebra z amalgamatu rtęci do otaczających wypełnienie tkanek (policzka, dziąsła, wargi). Jest to zmiana trwała i wymiana wypełnienia na nieamalgamatowe nie powoduje remisji zmiany [73]. Zmiana ta, chociaż budzi niepokój wśród pacjentów jest nieszkodliwa aczkolwiek wymaga kontroli lekarza stomatologa w celu wykluczenia innych, czasem groźnych zmian barwnikowych. Zdarza się, że związki srebra zdeponowane w tkankach miękkich potrafią pochłaniać promienie rentgenowskie, co może być widoczne na zdjęciach rentgenowskich [86,171].

Przewlekłe wrzodziejące zapalenie jamy ustnej

Ten typ schorzenia (*stomatitis ulcerosa chronica* – CUS) jest stosunkowo rzadki. Objawia się jako nawracający, przewlekły stan zapalny błony śluzowej, z odczynowym występowaniem zmian o charakterze owrzodzeń oraz nadżerek [86,171]. Zmiany te lokalizują się najczęściej na błonie śluzowej policzków, czasami języka oraz wyjątkowo na dziąśle. Jest to choroba autoimmunologiczna, gdyż w trakcie diagnostyki podczas badania immunofluorescencyjnego stwierdza się obecność antagonistycznie nastawionych względem wielowarstwowego nabłonka płaskiego przeciwciał przeciwwądrowych [73,104].

Makrochelia

Makrochelia może być objawem ziarniniakowego zapalenia warg. Objawia się to powiększeniem czerwieni wargowej, wrażeniem wystąpienia obrzęku warg. Jest to jeden z objawów występowania zespołu Melkerssona – Rosenthala [73,86,171].

Hemofilia

Hemofilia jest typem wrodzonej skazy osoczowej. Zgłaszający się pacjenci zwykle są prowadzeni przez lekarza hematologa oraz mają świadomość poinformowania innych lekarzy o swojej chorobie ogólnoustrojowej [72].

Obraz hemofilii w jamie ustnej to częste rozległe wylewy podśluzówkowe krwi (np. w obrębie języka czy policzka) na skutek niewspółmiernie nieznacznego urazu. W przypadku naruszenia ciągłości tkanek trwałe zatamowanie krwawienia jest trudne i wymaga często współpracy z lekarzem hematologiem [86,171].

Zespół Melkerssona – Rosenthala

Zespół Melkerssona – Rosenthala jest niezwykle rzadko występującym zespołem, a jego etiologia nie jest dobrze znana chociaż niektórzy badacze przypisują mu tło alergiczne [104,171]. Podłoże tego zespołu stanowi łagodne ale nawracające ziarniniakowi zapalenie naczyń. Do cech zespołu Melkerssona – Rosenthala należą: obrzęk warg i pofałdowanie języka, nawracające porażenie nerwu twarzowego, a niekiedy także innych nerwów czaszkowych. Do objawów dołączyć mogą się także polineuropatie lub inne objawy ośrodkowe [73,86].

Nadziąślak olbrzymiokomórkowy

Nadziąślak olbrzymiokomórkowy powstaje na skutek drażnienia mechanicznego, a cechą różnicującą z innymi podobnymi zmianami jest obecność komórek olbrzymich. Punktem wyjścia tego typu zmiany jest brzeg dziąsła [72,127,188]. Może także wychodzić z ozębnej lub okostnej wyrostka

zębodołowego. Zwykle łatwo krwawi, mając kolor czerwono siny lub sino brunatny przyjmuje kształt kulistego lub płaskiego guzka. Ze względu na dużą skłonność do wznowy wymaga radykalnego usunięcia wraz z podłożem (czasami także ze znajdującymi się obok zębami) [86,171].

1.3. Czynniki ryzyka mogące mieć wpływ na rozwój chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej

Istnieje wiele czynników miejscowych, które mają wpływ na stan błony śluzowej jamy ustnej. Wśród nich wymienić można m.in. użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych, ruchomych aparatów ortodontycznych oraz palenie tytoniu. Także współwystępowanie chorób ogólnoustrojowych jak np. cukrzyca, czy choroby układu sercowo – naczyniowego mogą mieć wpływ na stan błony śluzowej poprzez predysponowanie do powstania pewnego rodzaju zmian lub modulowanie już istniejących schorzeń.

1.3.1. Użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych

Głównym, najczęściej spotykanym w ruchomych protezach zębowych i aparatach do korekty zgryzu materiałem jest akryl. Jest to barwione tworzywo plastifikowane, charakteryzujące się obecnością mikroporów, a przez to nasiąkliwe. Dodatkowo powstaje w procesie polimeryzacji, a więc zamiany cząstek monomeru w duży polimerowy konglomerat[45].

Użytkowana proteza lub aparat ortodontyczny wywiera bezpośredni wpływ na tkanki znajdujące się w jamie ustnej, w tym na wyściełającą ją błonę śluzową. Zjawisko samooczyszczania poprzez ruchy języka i ślinę jest utrudnione z powodu obecności rozległej płyty protezy lub aparatu ortodontycznego. Dochodzi także do zaburzeń wilgotności i temperatury,

zarówno na powierzchni błony śluzowej jak i w jej głębszych warstwach, co ma niebagatelny wpływ na rozwój drobnoustrojów, takich jak grzyby i bakterie. Dochodzić może także do powstawania mikro i makrourazów błony śluzowej jamy ustnej, zwłaszcza w sytuacji gdy uzupełnienie protetyczne lub aparat ortodontyczny do korekty wad zgryzu użytkowany jest od dłuższego czasu. Może wówczas dochodzić do zmiany warunków przestrzennych pomiędzy wymienianymi leczniczo – rehabilitacyjnymi elementami a tkankami jamy ustnej. Utrudnia to gojenie oraz sprzyja penetracji tkanek przez mikroorganizmy, w tym powszechnie grzyby drożdżopodobne. Wspomniany wcześniej monomer, który w pewnym zakresie może nie ulec spolimeryzowaniu i uwalniać się działając drażniąco i alergizująco na otaczające tkanki także nie pozostaje bez znaczenia w ocenie wpływu elementów akrylowych na stan błony śluzowej jamy ustnej [7,66].

Biorąc pod uwagę powyższe aspekty warto zwrócić uwagę na problem, wpływu akrylowych ruchomych uzupełnień protetycznych i także ruchomych aparatów ortodontycznych na stan zdrowia jamy ustnej [7,45,66,202].

1.3.2. Palenie tytoniu

Na szczególną uwagę w aspekcie zdrowia jamy ustnej zasługuje palenie tytoniu. Istnieje coraz więcej doniesień zarówno w piśmiennictwie światowym jak i polskim na temat negatywnego wpływu nikotynizmu na stan błony śluzowej jamy ustnej i tkanek przyzębia. Badania przeprowadzone w Polsce wykazały że, około 10 milionów dorosłych Polaków uzależnionych od wyrobów tytoniowych. Biorąc pod uwagę występowanie blisko 4000 tysięcy substancji powstających podczas spalania tytoniu, z czego zdecydowana większość to związki silnie trujące, o działaniu kancerogennym, mutagennym, a także cytotoksycznym i antygenowym. WHO uznaje nikotynizm za chorobę

przewlekłą i nawracającą, która wymaga intensywnej i złożonej terapii [27,154].

Najsilniejszą substancją uzależniającą w wyrobach tytoniowych jest nikotyna i to ona pod względem biologicznym prowadzi do pogłębiania nałogu. Ponadto palenie tytoniu prowadzi do powstawania przebarwień melaninowych w wyniku aktywacji melanocytów błony śluzowej jamy ustnej, a w konsekwencji do zwiększonej produkcji melaniny. Modyfikacji ulega także flora bakteryjna osób palących, z występowaniem promocji mikroorganizmów szczególnie szkodliwych dla tkanek przyzębia i błony śluzowej. Należą do nich bakterie tzw. kompleksu czerwonego (*Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*) jak również *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a). Nikotynizm prowadzi także do zaburzeń krążenia, zarówno w znaczeniu ogólnoustrojowym, jak i dotyczących mikrokrążenia, w tym mikrokrążenia obejmującego błonę śluzową jamy ustnej i przyzębie. Poprzez uwalnianie obwodowych katecholamin (adrenaliny i noradrenaliny), zwiększenie lepkości krwi przez obniżenie stężenia prostaglandyn, upośledzenie produkcji erytrocytów przez uszkodzenie ich prekursorów, a także zmniejszenie przenoszenia tlenu m.in. przez powinowactwo tlenku węgla do hemoglobiny, ukrwienie tkanek, w tym tkanek przyzębia i błony śluzowej ulega znacznemu zaburzeniu. Prowadzi to do zmian zwyrodnieniowo – degeneracyjnych w tkankach. Skutkiem klinicznym zaburzeń krążenia w dziąsłach i błonie śluzowej jest skłonność do gorzej rokujących przewlekłych zapaleń przyzębia, przebiegających paradoksalnie z mniejszym krwawieniem. Palenie tytoniu prowadzi także do wzrostu temperatury wywołując mikrooparzenia błony śluzowej, a także jej reakcje o charakterze zapalnym.

Zaburzeniu ulega proces rogowacenia błony śluzowej. Wówczas często występującą patologią jest leukoplakia, należąca do zmian

przednowotworowych, a ta nieleczona może stać się (średnio w 10-20% przypadków) podłożem metaplastji nowotworowej. Nakładając na to działanie metabolitów nikotyny, nitropochodnych i pierścienowych węglowodorów aromatycznych wchodzących w skład substancji smolistych dymu tytoniowego, następuje proces tworzenia grupy wysoko reaktywnych związków, które działając modyfikująco na białka oraz kwasy nukleinowe stają się bezpośrednio odpowiedzialne za karcynogenezę i rozwój nowotworów, w tym także nowotworów w obrębie jamy ustnej [183,200].

Dodatkowo palenie tytoniu nierzadko prowadzi do występowania tzw. kserostomii, czyli suchości jamy ustnej. Związane jest to z redukcją ilości wydzielanej śliny. Jednakże na stan błony śluzowej istotnie wpływa nie tylko ilość, ale także skład wydzielanej śliny, która stanowi płynne środowisko jamy ustnej i odgrywa niezwykle istotną rolę we wszystkich zachodzących w niej procesach [195]. Z punktu widzenia zdrowia jamy ustnej bardzo ważnym parametrem jest także szybkość wydzielania śliny, zarówno w spoczynku, jak i podczas stymulowania [27]. Zaburzenia w składzie i ilości wydzielanej śliny wpływają destabilizująco na pełnione przez ślinę funkcje, co pośrednio w bardzo istotny sposób przekłada się na kondycję błony śluzowej jamy ustnej oraz całego przewodu pokarmowego [128,156,180,183].

1.3.3. Współwystępowanie cukrzycy

Cukrzyca jest chorobą, która powoduje nieprawidłowości metaboliczne spowodowane zaburzeniami w sekrecji lub tworzeniu insuliny, bądź nieprawidłowej reakcji na jej obecność tkanek obwodowych. Uznawana jest za chorobę społeczną i cywilizacyjną, a częstość jej występowania w populacji szacowana jest na 1 – 2% [41,54].

Cukrzyca wpływa na stan błony śluzowej jamy ustnej oraz może mieć znaczenie przy występowaniu lub przebiegu niektórych chorób związanych z błoną śluzową. Analizując wpływ cukrzycy na stan jamy ustnej warto wymienić kilka elementów, na które wpływa ta choroba metaboliczna. W trakcie przebiegu cukrzycy dochodzi do zaburzeń w układzie krążenia [44,54]. Na stan błony śluzowej jamy ustnej wpływa cukrzycowe upośledzenie mikrokrażenia poprzez uszkodzenie drobnych naczyń krwionośnych znajdujących się m.in. w błonie śluzowej. Występuje także zjawisko makroangiopatii, co łącznie doprowadza do upośledzenia w odżywianiu tkanek błony śluzowej oraz utrudnia jej właściwe natlenowanie oraz oczyszczenie ze szkodliwych produktów przemiany materii. Kolejnym problemem jest modulacja czynników, takich jak pH tkanek, obniżenie odporności oraz zmieniona odpowiedź układu odpornościowego organizmu diabetyka (w tym głównie nieprawidłowa funkcja neutrofili). Powyższe połączone z utrudnionym gojeniem sprawia, że cukrzyca może mieć decydujące znaczenie w przebiegu niektórych patologii dotyczących błony śluzowej jamy ustnej [38,44].

Ponadto u diabetyków często obserwuje się zaburzenia wydzielania śliny, która jest bardziej gęsta, a jej ilość zauważalnie spada w porównaniu z osobami zdrowymi. Wiąże się to z większym subiektywnym odczuwaniem na przykład pieczenia czy bólu w obrębie błony śluzowej. Cukrzyca może również wpływać znacząco np. na intensywność grzybicy jamy ustnej, czy utrudnione gojenie po urazach mechanicznych [41,59]. Warto wspomnieć także o przyjmowanych lekach, które mają wpływ na stan błony śluzowej jamy ustnej. Nie bez znaczenia zarówno w przypadku cukrzycy, jak i chorób układu sercowo – naczyniowego pozostaje fakt, iż istnieje zjawisko sprzężenia zwrotnego. Im bardziej choroby ogólnoustrojowe są nieustabilizowane tym trudniej utrzymać pod kontrolą choroby przyzębia i błony śluzowej jamy

ustnej. Podobnie odwrotnie, im bardziej zaniedbana jest jama ustna tym trudniej kontrolować choroby ogólnoustrojowe [38,44,54,116].

1.3.4. Współwystępowanie chorób układu sercowo – naczyniowego

Istnieją hipotezy mówiące o tym, iż stan zdrowia jamy ustnej może mieć związek z chorobami sercowo – naczyniowymi. Takie relacje zostały szczegółowo zbadane i określone dla chorób przyzębia [16-18,50,51,154]. Nie bez znaczenia pozostają przyjmowane w przypadku chorób sercowo – naczyniowych leki, które mogą diametralnie wpływać przez swoje działanie niepożądane i skutki uboczne na ukrwienie błony śluzowej, wydzielanie śliny, zachowanie właściwego poziomu pH, proliferację komórek nabłonka, a także na inne mechanizmy [20,41,159].

1.4. Uzasadnienie podjęcia badań

Stan błony śluzowej jamy ustnej zależy od wielu czynników zarówno zewnątrz jak i wewnątrzustrojowych. Zmieniające się nawyki żywieniowe, występowanie nałogów oraz parafunkcji, współistnienie chorób ogólnoustrojowych, a także wprowadzanie nowych generacji leków mają ogromny wpływ na kondycję błony śluzowej jamy ustnej.

Biorąc pod uwagę możliwość zapobiegania powstawaniu pewnych schorzeń w populacji oraz skuteczne metody leczenia tych chorób bezwzględnie koniecznym jest wczesne wykrywanie tych schorzeń. Wnikliwe badanie błony śluzowej jamy ustnej, jak również obserwowanie fluktuacji częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie chorób ogólnych manifestujących się w jamie ustnej, mają duże znaczenie praktyczne, gdzie konsekwencje zaniechania leczenia mogą diametralnie wpływać na pogorszenie się stanu zdrowia, a nawet zagrożenie życia

pacjentów. Dlatego też lekarze stomatolodzy jako lekarze pierwszego kontaktu mogą odegrać bardzo ważną rolę w tym zakresie.

Dobrze przeprowadzone badania: podmiotowe, przedmiotowe oraz wykonanie badań dodatkowych są warunkiem postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia jak najwcześniejszego skutecznego niejednokrotnie wielospecjalistycznego leczenia.

Dużą wagę przykładają się obecnie do badań epidemiologicznych, które mają odpowiedzieć na pytanie, jak zmienia się częstość występowania wielu chorób ogólnych w zależności od m.in. działań profilaktycznych lub programów wczesnego ich wykrywania. Dotyczy to zarówno losowo wybieranych grup (np. mieszkańców określonego terytorium, osób w określonym wieku, pacjentów ze wspólnymi czynnikami ryzyka itp.), jak również grup pacjentów kierowanych do wysokospecjalistycznych jednostek [35,40,84].

Podjęte w niniejszej pracy badania retrospektywne uwzględniające pacjentów zgłaszających się poradni specjalistycznej z chorobami błony śluzowej jamy ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego mogłyby się stać przyczynkiem do znalezienia odpowiedzi na pytanie jakie schorzenia błony śluzowej były diagnozowane najczęściej i jakie zmiany częstości ich występowania zaobserwowano w okresie 9-letniej obserwacji uwzględniając czynniki ryzyka i choroby ogólne.

2. CELE PRACY

1. Analiza częstości występowania chorób i nieprawidłowości rozwojowych błony śluzowej jamy ustnej w odniesieniu do płci i wieku oraz czynników ryzyka ze szczególnym uwzględnieniem zmian przednowotworowych u pacjentów Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego.
2. Próba odpowiedzi na pytanie czy istnieje tendencja wzrostowa częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii w ciągu ostatnich lat.

3. MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy stanowili pacjenci, którzy zgłosili się w latach 2003 – 2011 do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej.

Z kart historii choroby uzyskano dane dotyczące badania podmiotowego (wywiadu lekarskiego), badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych (mikrobiologicznych, histopatologicznych, immunohistochemicznych, immunologicznych, alergologicznych oraz laboratoryjnych badań krwi).

3.1. Grupa badana

Przeanalizowano 15154 karty pacjentów, którzy na przestrzeni 9 lat (od 2003 do 2011 roku) zgłosili się celem konsultacji i leczenia do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Podczas analizy wyodrębniono 4669 kart choroby pacjentów, u których zdiagnozowano schorzenia i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Grupa 4669 pacjentów (3029 kobiet, 1640 mężczyzn) w wieku od 3 miesięcy do 102 lat (średnia wieku 48,6 lat) stanowi grupę badaną.

3.2. Analizowane dane

Z kart historii choroby pacjentów, pozyskano następujące dane:

- 1) nazwa jednostki chorobowej lub nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej w oparciu o postawioną diagnozę. Oceniając zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe brano pod uwagę nieprawidłowe przyczepy wędzidełek (typ III i IV), wąską strefę dziąsła związanego oraz płytki przedsionek jamy ustnej, które miały charakter pierwotny.
- 2) płeć pacjenta,
- 3) wiek pacjenta, a pacjentów zakwalifikowano do następujących grup wiekowych:
 - a. osoby do 10 roku życia,
 - b. osoby w wieku 11 – 20 lat
 - c. osoby w wieku 21 – 40 lat
 - d. osoby w wieku 41 – 60 lat,
 - e. osoby powyżej 60 roku życia,
- 4) informację czy dana jednostka chorobowa albo nieprawidłowość była lub nie była bezpośrednim powodem zgłoszenia się na wizytę. Określenie celu wizyty wynikało z opisu powodu zgłoszenia się pacjenta do Poradni i było odnotowywane w karcie historii choroby w obszarze opisu wywiadu lekarskiego, natomiast schorzenia i nieprawidłowości niebędące bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się, a zdiagnozowane podczas wizyty były także odnotowywane w karcie historii choroby w obszarze dotyczącym badania przedmiotowego. W przypadku braku koincydencji kilku jednostek chorobowych

dotyczących błony śluzowej jamy ustnej i gdy przyczyną zgłoszenia się nie był bezpośrednio stan błony śluzowej jamy ustnej, powodem zgłoszenia się był stan tkanek przyzębia lub powodem zgłoszenia się pacjenta na wizytę było przeprowadzenie wizyty profilaktycznej w odniesieniu do tkanek przyzębia,

- 5) dane w zakresie użytkowania lub nieużytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych. Fakt użytkowania protez zębowych lub aparatów ortodontycznych był zaznaczany w karcie historii choroby w obszarze badania podmiotowego,
- 6) dane w zakresie palenia lub niepalenia tytoniu. Z uwagi na retrospektywny charakter pracy, której wyniki opierają się o dane zawarte w kartach historii choroby pacjentów, którzy na przestrzeni 9 lat byli diagnozowani i leczeni w Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej w wielu przypadkach niemożliwe było ustalenie w jakiej formie pacjenci palą tytoń, a także jaką liczbę papierosów i przez jak długi okres czasu, dlatego do analizy przyjęto jedynie fakt palenia lub niepalenia tytoniu.

Na badania uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej Do Spraw Badań Naukowych Przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym nr NKEBN/266/2011.

3.3. Metody statystyczne

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej w oparciu o programy komputerowe Microsoft Office Excel 2007 oraz STATISTICA 10 (firmy StatSoft Polska Sp. z o. o.), z wykorzystaniem testu nieparametrycznego Chi-kwadrat z poprawką Yatesa. Do analizy korelacji poszczególnych jednostek chorobowych oraz płci, wieku i innych czynników ryzyka wykorzystany został współczynnik korelacji Spearmana przyjmując dwa poziomy istotności: $p < 0,05$ i $p < 0,001$.

4. WYNIKI

4.1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

W wyniku przeanalizowania kart historii choroby pacjentów, którzy w okresie od 2003 do 2011 roku zgłosili się do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej w Gdańsku stwierdzono, że łącznie w tym okresie w Poradni diagnozowano i leczono 15154 pacjentów, z czego 5179 pacjentów zgłosiło się z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, co stanowiło 34,2% ogólnej liczby pacjentów. Pacjenci z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej stanowili materiał badany. Powodem zgłoszenia się pozostałych pacjentów Poradni były choroby związane z tkankami przyzębia – najczęściej zapaleniem dziąseł, zapaleniem przyzębia oraz wizytami profilaktycznymi.

Tabela 2 oraz rycina 1 ilustrują zmianę częstości zgłaszania się pacjentów z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej oraz wszystkich pacjentów Poradni, którzy byli diagnozowani i leczeni w okresie od 2003 do 2011 roku. Najmniejsza liczba pacjentów diagnozowanych w Poradni została stwierdzona w 2003 roku (1533 pacjentów), zaś największą stwierdzono w 2008 roku (1903 pacjentów). Bezwzględna liczba pacjentów zgłaszających się z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej wahała się w zakresie od 457 pacjentów w 2003 roku do 661 pacjentów w 2011 roku. Odsetek pacjentów z problemami w zakresie błony śluzowej w stosunku do wszystkich diagnozowanych pacjentów był także zmienny i mieścił się w zakresie od 27,7% w 2010 roku do 39,1% w 2011 roku. Średnio w całym analizowanym okresie odsetek ten wynosił 34,2%.

Tabela 2. Ogólna liczba pacjentów z chorobami błony śluzowej jamy ustnej diagnozowanych w latach 2003 – 2011

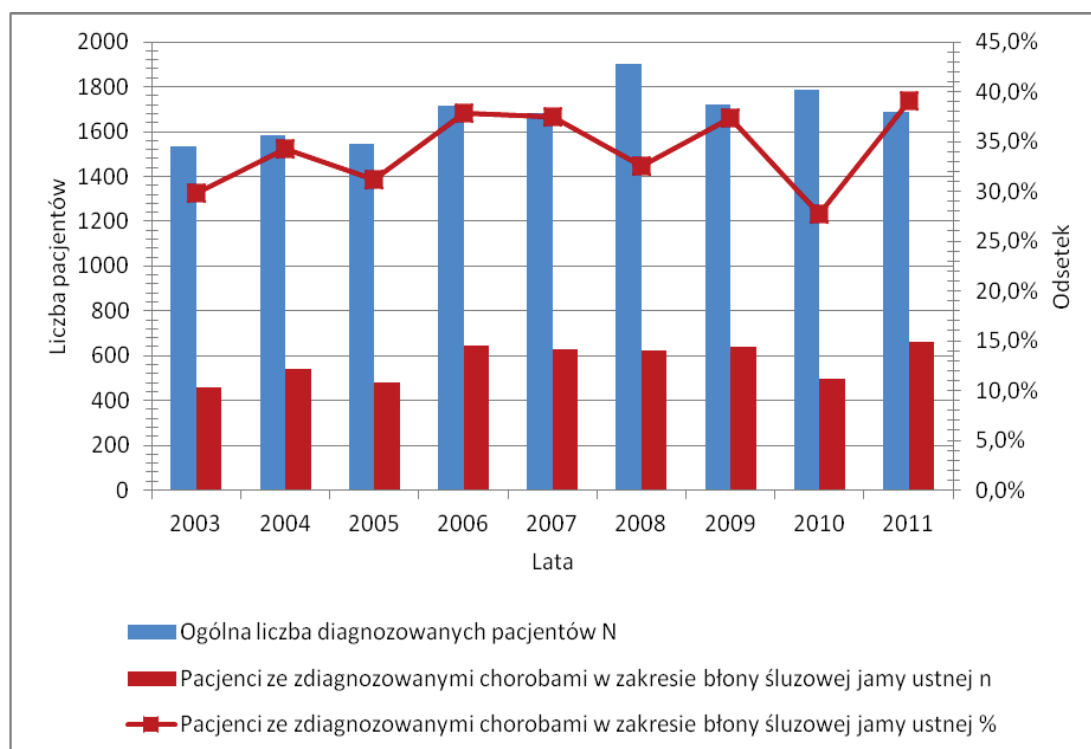
Rok	Ogólna liczba diagnozowanych pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowanymi chorobami w zakresie błony śluzowej jamy ustnej	
	N	n	%
2003	1533**	457**	29,8
2004	1581	543	34,3
2005	1547	482	31,2
2006	1713**	647**	37,8
2007	1682	631	37,5
2008	1903	621	32,6
2009	1720	642	37,3
2010	1785*	495*	27,7
2011	1690**	661**	39,1
RAZEM	15154	5179	34,2

N – liczba wszystkich diagnozowanych w Poradni pacjentów

n - liczba pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami w zakresie błony śluzowej jamy ustnej

* - $p < 0,001$

** - $p < 0,05$



Rycina 1. Ogólna częstość zgłaszania się pacjentów z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej na przestrzeni 9 lat

Krzywa na rycinie 1 pozwala zaobserwować nieznaczny trend wzrostowy w badanym okresie w odniesieniu do procentowego udziału pacjentów z chorobami i nieprawidłowościami w zakresie błony śluzowej jamy ustnej w stosunku do wszystkich diagnozowanych pacjentów.

Z uwagi na koincydencję dwóch lub większej liczby jednostek chorobowych u części pacjentów liczba zdiagnozowanych przypadków występowania chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej była większa od zdiagnozowanych z tymi chorobami oraz nieprawidłowościami pacjentów i wynosiła 5974.

Tabela 3 ilustruje fluktuację występowania przypadków jednostek chorobowych oraz nieprawidłowości w zakresie błony śluzowej jamy ustnej na przestrzeni badanego dziewięcioletniego okresu. Prezentuje także podział w odniesieniu do płci występowania wspomnianych chorób i nieprawidłowości w poszczególnych latach. Najmniejszą liczbę przypadków jednostek chorobowych z zakresu błony śluzowej jamy ustnej zdiagnozowano w 2005 roku (555 przypadków), największą cztery lata później w 2009 roku (750 przypadków).

Tabela 3. Ogólna liczba przypadków występowania jednostek chorobowych chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 2003 – 2011 z uwzględnieniem płci

Rok	Liczba przypadków jednostek chorobowych	Kobiety		Mężczyźni	
	N	n _k	% _k	n _m	% _m
2003	589	367	62,3	222	37,7
2004	598	363	60,7	235	39,3
2005	555	340	61,3	215	38,7
2006	718	457	63,6	261	36,4
2007	677	411	60,7	266	39,3
2008	701	444	63,3	257	36,7
2009	750	499	66,4	252	33,6
2010	670	452	67,5	218	32,5
2011	715	476	66,6	239	33,4
RAZEM	5974	3809	63,8	2165	36,2

N – liczba przypadków jednostek chorobowych w zakresie błony śluzowej jamy ustnej

n_k – liczba przypadków jednostek chorobowych w zakresie błony śluzowej jamy ustnej występujących u kobiet

n_m – liczba przypadków jednostek chorobowych w zakresie błony śluzowej jamy ustnej występujących u mężczyzn

Przypadki schorzeń i nieprawidłowości w zakresie błony śluzowej jamy ustnej zdecydowanie częściej diagnozowano u kobiet (3809 przypadków u kobiet, co stanowiło 63,8% wszystkich przypadków). Zdiagnozowane jednostki chorobowe i nieprawidłowości śluzówkowo – dziąsłowe jedynie w 36,2% diagnozowano w badanym okresie u mężczyzn (2165 przypadków). Odsetek ten nie był jednak stały. W analizowanym okresie wahał się on od najniższych 60,7% u kobiet i jednocześnie najwyższych 39,3% u mężczyzn (w latach 2004 i 2007) do najwyższych 67,5% u kobiet i najniższych 32,5% u mężczyzn (w roku 2010). W każdym z badanych lat różnica przypadków między kobietami i mężczyznami była istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$.

Tabela 4 prezentuje szczegółowo występowanie chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej z podziałem na poszczególne jednostki chorobowe oraz lata. W tabeli zestawiono dane dotyczące zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Łącznie zaobserwowano 42 jednostki chorobowe. Najczęściej występującą chorobą błony śluzowej jamy ustnej była kandydoza, którą ogółem diagnozowano w 1543 przypadkach, co stanowiło 25,8% wszystkich postawionych rozpoznań. Liczba przypadków występowania zakażeń grzybiczych jamy ustnej w poszczególnych latach była zmienna i wahała się od 129 przypadków w 2005 roku do 221 przypadków w 2009 roku. Pokrywało się to z wynikiem odsetkowym – najniższy wynosił 23,2% w 2005 roku a najwyższy 29,4% w 2009.

Na drugim miejscu pod względem częstości występowania znalazły się zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe, które stwierdzono w 609 przypadkach (10,2% wszystkich schorzeń i nieprawidłowości). Najmniejszą liczbę i odsetek przypadków zaburzeń z tej grupy stwierdzono w 2004 roku – (44 przypadki czyli 7,4%). Największą liczbę (88 przypadków) zanotowano w 2009 roku, a największy odsetek 2011 roku (11,9%).

Tabela 4 – STRONA 1/2. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 2003 – 2011

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych w latach 2003 – 2011																			
		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Kandydoza jamy ustnej	142	24,1	134	22,4	129	23,2	194	27,0	158	23,3	177	25,3	221	29,4	183	27,3	205	28,7	1543	25,8
2.	Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe	55	9,3	44	7,4	47	8,5	79	11,0	70	10,3	71	10,1	88	11,7	70	10,5	85	11,9	609	10,2
3.	Liszaj płaski Wilsona	51	8,7	49	8,2	46	8,3	58	8,1	57	8,4	56	8,0	64	8,5	57	8,5	55	7,7	493	8,3
4.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	32	5,4	27	4,5	32	5,8	50	7,0	48	7,1	51	7,3	61	8,1	61	9,1	74	10,4	436	7,3
5.	Leukoplakia	48	8,2	45	7,5	46	8,3	55	7,7	49	7,2	52	7,4	49	6,5	46	6,9	42	5,9	432	7,2
6.	Zmiany pourazowe	41	7,0	47	7,9	51	9,2	47	6,6	44	6,5	36	5,1	40	5,3	32	4,8	43	6,0	381	6,4
7.	Język geograficzny	26	4,4	28	4,7	25	4,5	33	4,6	31	4,6	33	4,7	35	4,7	34	5,1	32	4,5	277	4,6
8.	Afty nawracające	26	4,4	28	4,7	18	3,2	25	3,5	22	3,3	26	3,7	25	3,3	24	3,6	23	3,2	217	3,6
9.	Włókniak	25	4,2	20	3,3	21	3,8	28	3,9	22	3,3	25	3,6	19	2,5	28	4,2	15	2,1	203	3,4
10.	Zmiany opryszczkowe	27	4,6	31	5,2	16	2,9	17	2,4	22	3,3	28	4,0	23	3,1	15	2,2	20	2,8	199	3,3
11.	Język czarny włochaty	17	2,9	22	3,7	14	2,5	19	2,7	21	3,1	17	2,4	11	1,5	20	3,0	13	1,8	154	2,6
12.	Melanoma ograniczona	10	1,7	12	2,0	17	3,1	17	2,4	12	1,8	14	2,0	15	2,0	13	1,9	16	2,2	126	2,1
13.	Romboidalne zapalenie języka	7	1,2	12	2,0	10	1,8	12	1,7	14	2,1	13	1,9	7	0,9	6	0,9	6	0,8	87	1,5
14.	Torbiel zastołnowa	4	0,7	7	1,2	9	1,6	8	1,1	15	2,2	18	2,6	10	1,3	9	1,3	5	0,7	85	1,4
15.	Choroba Delbanc	6	1,0	8	1,3	9	1,6	11	1,5	10	1,5	11	1,6	9	1,2	9	1,3	9	1,3	82	1,4
16.	Wrodzony zrost języka z dnem j. ustnej	5	0,9	9	1,5	11	2,0	9	1,3	8	1,2	6	0,9	6	0,8	6	0,9	8	1,1	68	1,1
17.	Rak błony śluzowej jamy ustnej	7	1,2	5	0,8	7	1,3	5	0,7	8	1,2	5	0,7	7	0,9	3	0,5	6	0,8	53	0,9
18.	Naczyniak krwionośny	4	0,7	5	0,8	4	0,7	7	1,0	5	0,7	8	1,1	4	0,5	7	1,0	4	0,6	48	0,8
19.	Ziarniniak szczelinowaty	6	1,0	3	0,5	6	1,1	2	0,3	5	0,7	6	0,9	8	1,1	4	0,6	7	1,0	47	0,8
20.	Nikotynowe zapalenie jamy ustnej	7	1,2	5	0,8	4	0,7	4	0,6	6	0,9	7	1,0	6	0,8	2	0,3	6	0,8	47	0,8
21.	Zapalenie kątów warg	5	0,9	9	1,5	6	1,1	3	0,4	6	0,9	4	0,6	2	0,3	6	0,9	3	0,4	44	0,7

Tabela 4 – STRONA 2/2. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 2003 – 2011

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych w latach 2003 – 2011																			
		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
22.	Zespół Sjogrena	3	0,5	6	1,0	7	1,3	5	0,7	4	0,6	6	0,9	3	0,4	5	0,8	5	0,7	44	0,7
23.	Śloneczne zapalenie warg	5	0,9	5	0,8	6	1,1	6	0,8	5	0,7	5	0,7	6	0,8	2	0,3	3	0,4	43	0,7
24.	Pęcherzyca	6	1,0	5	0,8	2	0,4	4	0,6	6	0,9	4	0,6	7	0,9	3	0,5	4	0,6	41	0,7
25.	Tłuszczak	3	0,5	7	1,2	3	0,5	3	0,4	6	0,9	5	0,7	3	0,4	1	0,2	3	0,4	34	0,6
26.	Zmiany wywołane wirusem VZV	1	0,2	2	0,3	2	0,4	4	0,6	4	0,6	3	0,4	6	0,8	2	0,3	4	0,6	28	0,5
27.	Język potłuczony	1	0,2	5	0,8	0	0,0	1	0,1	3	0,4	4	0,6	4	0,5	3	0,5	4	0,6	25	0,4
28.	Czerńak złośliwy	4	0,7	4	0,7	1	0,2	1	0,1	3	0,4	2	0,3	3	0,4	1	0,2	3	0,4	22	0,4
29.	Bakteryjne zapalenie jamy ustnej	2	0,3	2	0,3	1	0,2	3	0,4	4	0,6	2	0,3	0	0,0	4	0,6	1	0,1	19	0,3
30.	Brodawczak	2	0,3	1	0,2	1	0,2	2	0,3	3	0,4	1	0,1	1	0,1	2	0,3	1	0,1	14	0,2
31.	Ropień podśluzówkowy	2	0,3	2	0,3	0	0,0	1	0,1	1	0,2	2	0,3	2	0,3	1	0,2	1	0,1	12	0,2
32.	Tatuaż amalgamatowy	3	0,5	3	0,5	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,3	11	0,2
33.	Język olbrzymi	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	4	0,6	1	0,1	10	0,2
34.	Pemfigoid	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,1	2	0,3	2	0,3	10	0,2
35.	Przewlekłe wrzodzące zapalenie j.u.	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,2	1	0,1	7	0,1
36.	Rumień wielopostaciowy	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,2	1	0,1	6	0,1
37.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	4	0,1
38.	Warga olbrzymia	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	4	0,1
39.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,1
40.	Toczeń rumieniowaty	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,1
41.	Zespół Melkerssona – Rosenthala	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,0
42.	Nadziąśnięcie olbrzymiokomórkowy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
	RAZEM	589		598		555		718		677		701		751		670		715		5974	

Trzecią jednostką chorobową, która co do częstości została zdiagnozowana w 493 przypadkach był liszaj płaski Wilsona. Rozpoznanie to stanowiło 8,3% wszystkich postawionych rozpoznań. Najmniejszą liczbę 46 przypadków zanotowano w 2005 roku, natomiast największą – 64 przypadki w 2009 roku. Nie pokrywało się to jednak z odsetkiem, który najmniejszy okazał się być w 2011 roku (7,7%), a największy był w 2003 roku (8,7%).

Zespół pieczenia jamy ustnej BMS był kolejną, czwartą co do częstości diagnozowaną jednostką chorobową. Został stwierdzony w 436 przypadkach, czyli 7,3% wszystkich postawionych rozpoznań. Zespół ten wykazywał się też znacznymi różnicami w liczbie i odsetku występowania w poszczególnych latach – w 2004 roku był zdiagnozowany w 27 przypadkach (4,5%), a w 2011 roku w 74 przypadkach, co stanowiło 10,3% wszystkich rozpoznań w danym roku.

Piątą co do częstości występowania jednostką chorobową była leukoplakia stwierdzona w 432 przypadkach (7,2%). W ostatnim roku obserwacji (2011) stwierdzano ją najrzadziej, bo w 42 przypadkach (5,9%). Za to rok 2006 okazał się być tym, w którym liczba zdiagnozowanych przypadków była największa i wynosiła 55 przypadków. Największy odsetek stwierdzono za to rok wcześniej w 2005 roku, kiedy to wynosił on 8,3%.

Zmiany pourazowe były następną z często diagnozowanych schorzeń błony śluzowej jamy ustnej. Łącznie u kobiet i mężczyzn ich obecność stwierdzono w 381 przypadkach, czyli w 6,4% wszystkich stawianych rozpoznań. W roku 2010 diagnozowano je tylko w 32 przypadkach (4,8%), natomiast 5 lat wcześniej w 2005 roku odkryto 51 przypadków (9,2%).

Następną diagnozowaną jednostką były przypadki występowania zmian o charakterze języka geograficznego stwierdzonego w 277 przypadkach (4,6%), a kolejne to afty nawracające diagnozowane u 217 chorych (3,6% rozpoznań), zmiany o charakterze włókniaka (203 przypadki – 3,4%) oraz zmiany opryszczkowe (199 przypadków czyli 3,3%).

Najrzadziej łącznie wśród pacjentów obojga płci diagnozowanymi jednostkami chorobowymi były: nadziąślak olbrzymiokomórkowy diagnozowany jednokrotnie w 2009 roku, dwukrotnie diagnozowany zespół Melkerssona – Rosenthala, trzy przypadki toczenia rumieniowatego, trzy przypadki hemofilii, a także po cztery przypadki zespołu Stevensa – Johnsona oraz makrochelii.

Nieco inaczej przedstawia się zestawienie najczęściej występujących chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej u kobiet. Ilustruje to tabela 5, gdzie przedstawiono częstość występowania 40 jednostek chorobowych i nieprawidłowości stwierdzanych przez 9 lat u pacjentek Poradni.

Wśród pacjentek zdecydowanie najczęściej diagnozowaną jednostką chorobową podobnie jak w ogóle populacji była kandydoza jamy ustnej stwierdzona w 1126 przypadkach, co stanowiło 29,6% wszystkich postawionych rozpoznań. W badanym okresie czasu najmniejszą liczbę i odsetek przypadków występowania grzybicy stwierdzono w 2005 roku (89 przypadków - 26,2%). Największą liczbę i odsetek diagnozowanej kandydozy stwierdzono w 2009 roku (169 przypadków co stanowiło 33,9%).

Zespół pieczenia jamy ustnej BMS stanowił drugie co do częstości rozpoznanie stawiane pacjentkom ze zmianami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Łącznie zdiagnozowano 386 przypadków, stanowiących 10,1% wszystkich zaburzeń u kobiet. Różnice w liczbie i odsetku przypadków BMS na przestrzeni obserwowanego okresu były znaczne. Najmniej przypadków stwierdzono w 2004 roku. Wówczas też odsetkowy wskaźnik dla BMS był najniższy i wynosił 6,3%. Najliczniej zespół pieczenia jamy ustnej diagnozowano w 2011 roku (69 przypadków), co także stanowiło najwyższy odsetek BMS spośród wszystkich obserwowanych lat (14,5%).

Tabela 5 – STRONA 2/2. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej u kobiet w latach 2003 – 2011

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u kobiet w latach 2003 – 2011																		OGÓŁEM	
		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
22.	Tłuszczak	3	0,8	3	0,8	2	0,6	0	0,0	3	0,7	4	0,9	3	0,6	1	0,2	2	0,4	21	0,6
23.	Słoneczne zapalenie warg	1	0,3	4	1,1	2	0,6	3	0,7	3	0,7	4	0,9	2	0,4	1	0,2	0	0,0	20	0,5
24.	Rak błony śluzowej i warg	2	0,5	1	0,3	2	0,6	1	0,2	2	0,5	3	0,7	4	0,8	1	0,2	2	0,4	18	0,5
25.	Czerniak złośliwy	2	0,5	3	0,8	0	0,0	1	0,2	2	0,5	2	0,5	3	0,6	1	0,2	1	0,2	15	0,4
26.	Nikotynowe zapalenie jamy ustnej	2	0,5	2	0,6	0	0,0	1	0,2	2	0,5	3	0,7	2	0,4	1	0,2	1	0,2	14	0,4
27.	Zmiany wywołane wirusem VZV	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,2	2	0,5	2	0,5	4	0,8	1	0,2	2	0,4	14	0,4
28.	Język pofałdowany	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	3	0,7	3	0,7	2	0,4	3	0,7	0	0,0	14	0,4
29.	Brodawczak	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,4	2	0,5	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	11	0,3
30.	Pemfigoid	1	0,3	1	0,3	0	0,0	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,4	2	0,4	10	0,3
31.	Bakteryjne zapalenie jamy ustnej	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,2	2	0,5	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	9	0,2
32.	Język olbrzymi	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,7	1	0,2	7	0,2
33.	Przewlekłe wrzodzące zapalenie j.u.	1	0,3	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	7	0,2
34.	Tatuaż amalgamowy	2	0,5	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
35.	Rumień wielopostaciowy	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	4	0,1
36.	Ropień podśluzówkowy	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
37.	Toczeń rumieniowaty	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,1
38.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
39.	Warga olbrzymia	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
40.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,0
	RAZEM	367		363		340		457		411		444		499		452		476		3809	

Trzecią co do częstości jednostką były zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe diagnozowane u 365 pacjentek (9,6%). Różnica częstości w poszczególnych latach była zauważalna. W 2004 roku obserwowano 21 przypadków tych zaburzeń (5,8%), natomiast w 2010 aż 61 przypadków stanowiących 12,2% wszystkich obserwowanych chorób i nieprawidłowości u kobiet.

Liszaj płaski Wilsona był także często występującym schorzeniem. Zdiagnozowano go w 356 przypadkach, czyli w 9,4% wszystkich stawianych pacjentkom rozpoznań. Fluktuacja częstości występowania liszaja u kobiet nie była wyraźnie zaznaczona. Najmniej licznie diagnozowano liszaj w 2005 roku (33 przypadki stanowiące 9,7%), natomiast najliczniej cztery lata później - w 2009 roku (u 46 pacjentek – 9,2%). Najniższy odsetek zanotowano w 2011 roku (8,8%), a najwyższy w 2004 roku (10,7%).

Na piątym miejscu sklasyfikowano leukoplakię, która u pacjentek występowała 218 razy (5,7%). Liczba przypadków u kobiet w danym roku wahała się od 21 w 2005 roku do 32 w 2006 roku. Odsetek natomiast zawierał się w zakresie od 4,6% w 2011 roku do 7,0% w 2006 roku.

U kobiet, podobnie jak w grupie pacjentów obojga płci na szóstym miejscu co do częstości znalazły się zmiany pourazowe diagnozowane w 198 przypadkach, co stanowiło 5,2% wszystkich postawionych pacjentkom rozpoznań. Najmniejsza liczba przypadków i najniższy odsetek stwierdzono w 2008 roku (16 przypadków – 3,6%). Najliczniej zmiany pourazowe diagnozowano w 2011 roku (31 przypadków), a najwyższy odsetek stwierdzono w 2003 roku (7,7%).

Język geograficzny został rozpoznany na przestrzeni analizowanego dziewięcioletniego okresu u 143 pacjentek (3,8%), afty nawracające w 136 przypadkach (3,6%), włókniak u 129 kobiet (3,4%) natomiast zmiany wywołane wirusem opryszczki HSV u 104 pacjentek (2,7%).

Najrzadziej u kobiet diagnozowano hemofilię (1 przypadek), makrochelię (1 przypadek) oraz zespół Stevensa – Johnsona (1 przypadek). Ponadto rzadko występowały toczeń rumieniowaty oraz ropień podśluzówkowy – każdą z dwóch wymienionych jednostek diagnozowano trzykrotnie.

U mężczyzn zaobserwowano występowanie 39 jednostek chorobowych i nieprawidłowości w zakresie błony śluzowej jamy ustnej, co obrazuje tabela 6. W tej grupie kandydoza jamy ustnej była także najczęściej występującą jednostką chorobową. Zdiagnozowano ją u 417 mężczyzn, ale odsetek występowania grzybicy względem wszystkich schorzeń i nieprawidłowości występujących u mężczyzn był zdecydowanie niższy niż u kobiet, wynosząc 19,3%. Najmniej przypadków wystąpienia grzybicy u mężczyzn odnotowano w 2004 roku (37 przypadków), natomiast najniższy odsetek względem innych chorób i nieprawidłowości określono w 2007 roku na poziomie 15,4%. Najliczniej grzybica jamy ustnej u mężczyzn była diagnozowana w 2010 roku – występowała ona w 56 przypadkach, co stanowiło 25,7% wszystkich rozpoznań w 2010 roku.

Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe stanowiły drugie co do częstości rozpoznanie, gdyż stawiano je u 244 mężczyzn (11,3%). Liczność przypadków i odsetek w latach wahały się od 15 rozpoznań zaburzeń w 2005 roku (7,0%) do 37 przypadków w 2006 roku (14,2%).

Trzecim co do częstości występowania schorzeniem u mężczyzn była leukoplakia stwierdzona w 214 przypadkach (9,9%). W każdym z obserwowanych lat leukoplakia u mężczyzn była rozpoznawana co najmniej 20 razy (w 2011 roku) co stanowiło 8,4% rozpoznań w tym roku, jednak nie częściej niż 27 razy rocznie (w 2008 roku). Najwyższy odsetek leukoplakii względem innych chorób i zaburzeń w zakresie błony śluzowej jamy ustnej mężczyzn odnotowano w 2005 roku (11,6%).

Tabela 6 – STRONA 1/2. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej u mężczyzn w latach 2003 – 2011

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u mężczyzn w latach 2003 – 2011																							
		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		OGÓŁEM					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%				
1.	Kandydoza jamy ustnej	41	18,5	37	15,7	40	18,6	53	20,3	41	15,4	44	17,1	52	20,6	56	25,7	53	22,2	417	19,3				
2.	Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe	25	11,3	23	9,8	15	7,0	37	14,2	33	12,4	35	13,6	27	10,7	18	8,3	31	13,0	244	11,3				
3.	Leukoplakia	25	11,3	22	9,4	25	11,6	23	8,8	23	8,7	27	10,5	25	9,9	24	11,0	20	8,4	214	9,9				
4.	Zmiany pourazowe	21	9,5	22	9,4	25	11,6	25	9,6	22	8,3	20	7,8	22	8,7	14	6,4	12	5,0	183	8,5				
5.	Liszaj płaski Wilsona	12	5,4	10	4,3	13	6,1	17	6,5	20	7,5	18	7,0	18	7,1	16	7,3	13	5,4	137	6,3				
6.	Język geograficzny	13	5,9	15	6,4	13	6,1	15	5,8	16	6,0	16	6,2	18	7,1	15	6,9	13	5,4	134	6,2				
7.	Zmiany opryszczkowe	10	4,5	16	6,8	8	3,7	10	3,8	12	4,5	12	4,7	11	4,4	7	3,2	9	3,8	95	4,4				
8.	Język czarny włochaty	10	4,5	12	5,1	8	3,7	9	3,5	14	5,3	10	3,9	7	2,8	10	4,6	7	2,9	87	4,0				
9.	Afty nawracające	10	4,5	11	4,7	7	3,3	9	3,5	8	3,0	11	4,3	8	3,2	8	3,7	9	3,8	81	3,7				
10.	Włókniak	12	5,4	8	3,4	5	2,3	7	2,7	12	4,5	10	3,9	7	2,8	6	2,8	7	2,9	74	3,4				
11.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	5	2,3	4	1,7	4	1,9	3	1,2	6	2,3	7	2,7	6	2,4	10	4,6	5	2,1	50	2,3				
12.	Choroba Delbanco	4	1,8	5	2,1	5	2,3	7	2,7	5	1,9	7	2,7	5	2,0	5	2,3	6	2,5	49	2,3				
13.	Wrodzony zrost języka z dnem j. ustnej	2	0,9	5	2,1	8	3,7	6	2,3	5	1,9	2	0,8	4	1,6	4	1,8	5	2,1	41	1,9				
14.	Torbiel zastoynowa	1	0,5	3	1,3	5	2,3	4	1,5	7	2,6	8	3,1	6	2,4	3	1,4	2	0,8	39	1,8				
15.	Melanoma ograniczona	3	1,4	5	2,1	4	1,9	5	1,9	4	1,5	5	2,0	4	1,6	3	1,4	4	1,7	37	1,7				
16.	Romboidalne zapalenie języka	3	1,4	4	1,7	5	2,3	5	1,9	6	2,3	4	1,6	3	1,2	3	1,4	2	0,8	35	1,6				
17.	Rak błony śluzowej jamy ustnej	5	2,3	4	1,7	5	2,3	4	1,5	6	2,3	2	0,8	3	1,2	2	0,9	4	1,7	35	1,6				
18.	Nikotynowe zapalenie jamy ustnej	5	2,3	3	1,3	4	1,9	3	1,2	4	1,5	4	1,6	4	1,6	1	0,5	5	2,1	33	1,5				
19.	Naczyniak krwionośny	2	0,9	2	0,9	3	1,4	3	1,2	2	0,8	3	1,2	2	0,8	3	1,4	3	1,3	23	1,1				
20.	Słoneczne zapalenie warg	4	1,8	1	0,4	4	1,9	3	1,2	2	0,8	1	0,4	4	1,6	1	0,5	3	1,3	23	1,1				
21.	Ziarniniak szczelinowaty	1	0,5	0	0,0	3	1,4	2	0,8	3	1,1	3	1,2	4	1,6	1	0,5	5	2,1	22	1,0				

Tabela 6 – STRONA 2/2. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej u mężczyzn w latach 2003 – 2011

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u mężczyzn w latach 2003 – 2011																			
		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
22.	Zmiany wywołane wirusem VZV	0	0,0	2	0,9	1	0,5	3	1,2	2	0,8	1	0,4	2	0,8	1	0,5	2	0,8	14	0,7
23.	Tłuszczak	0	0,0	4	1,7	1	0,5	3	1,2	3	1,1	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4	13	0,6
24.	Język pośladowany	0	0,0	3	1,3	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	2	0,8	0	0,0	4	1,7	11	0,5
25.	Zapalenie kątów warg	1	0,5	2	0,9	1	0,5	0	0,0	2	0,8	1	0,4	0	0,0	1	0,5	2	0,8	10	0,5
26.	Bakteryjne zapalenie jamy ustnej	1	0,5	1	0,4	0	0,0	2	0,8	2	0,8	1	0,4	0	0,0	2	0,9	1	0,4	10	0,5
27.	Ropień podśluzówkowy	1	0,5	2	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4	2	0,8	1	0,5	1	0,4	9	0,4
28.	Czerniak złośliwy	2	0,9	1	0,4	1	0,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	7	0,3
29.	Tatuż amalgamatowy	1	0,5	2	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,8	7	0,3
30.	Zespół Sjogrena	0	0,0	1	0,4	1	0,5	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,5	1	0,4	6	0,3
31.	Pęcherzyca	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	0,8	6	0,3
32.	Brodawczak	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	0,1
33.	Język olbrzymi	1	0,5	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	3	0,1
34.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	3	0,1
35.	Warga olbrzymia	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	3	0,1
36.	Rumień wielopostaciowy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,1
37.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
38.	Zespół Melkerssona – Rosenthala	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,1
39.	Nadziąślak olbrzymiokomórkowy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1
RAZEM		222		235		215		261		266		257		252		218		239		2165	

Częściej niż u kobiet w grupie mężczyzn diagnozowano zmiany pourazowe (183 przypadki – 8,5%). Liczba przypadków i odsetek występowania zmieniały się wynosząc najmniej 12 przypadków (5,0%) w 2011 roku i najwięcej 25 przypadków (11,6%) w 2005 roku.

Na piątym miejscu znalazł się liszaj płaski Wilsona, który będąc rozpoznawanym u 137 mężczyzn stanowił 6,3% wszystkich postawionych u mężczyzn rozpoznań. Najrzadziej liszaj był diagnozowany w 2004 roku, kiedy to stwierdzono go jedynie w 10 przypadkach (4,3%). Dwukrotnie więcej przypadków liszaja zdiagnozowano trzy lata później w 2007 roku (20 przypadków), co stanowiło największy odsetek występowania tego schorzenia (7,5%).

Ponadto stosunkowo często u mężczyzn diagnozowano język geograficzny (134 przypadki – 6,2%), zmiany wywołane wirusem opryszczki HSV (stwierdzone u 95 mężczyzn – 4,4%), język czarny włochaty (87 przypadki – 4,0%), a także przypadki aft nawracających (zdiagnozowane u 81 mężczyzn – 3,7%).

W grupie mężczyzn w badanym okresie najrzadziej, bo jednokrotnie stwierdzono przypadek ziarniniaka olbrzymiokomórkowego. Dwukrotnie u pacjentów płci męskiej występowały zespół Melkerssona – Rosenthala, hemofilia oraz rumień wielopostaciowy.

Częstość występowania chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem wieku pacjentów ilustruje tabela 7. W grupach wiekowych do 10 roku życia oraz od 11 – 20 lat zaobserwowano zaburzenia stanowiące najmniejszą liczbę przypadków i jednostek chorobowych. W grupach tych stwierdzono odpowiednio 426 przypadków 9 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej do 10 roku życia oraz 278 przypadków 16 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej w grupie wiekowej 11 – 20 lat.

Tabela 7. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem wieku

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u pacjentów w wieku											
		do 10 r.ż.		11-20 lat		21-40 lat		41-60 lat		61 lat i powyżej		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Kandydoza jamy ustnej	75	17,6	45	16,2	215	17,6	564	27,7	644	31,9	1543	25,8
2.	Zab. śluzówkowo - dziąstowe	245	57,5	140	50,4	115	9,4	73	3,6	36	1,8	609	10,2
3.	Liszaj płaski Wilsona	0	0,0	0	0,0	81	6,6	195	9,6	217	10,8	493	8,3
4.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	0	0,0	0	0,0	31	2,5	154	7,6	251	12,5	436	7,3
5.	Leukoplakia	0	0,0	0	0,0	86	7,1	197	9,7	149	7,4	432	7,2
6.	Zmiany pourazowe	13	3,1	19	6,8	116	9,5	141	6,9	92	4,6	381	6,4
7.	Język geograficzny	9	2,1	7	2,5	112	9,2	82	4,0	67	3,3	277	4,6
8.	Afty nawracające	27	6,3	10	3,6	86	7,1	65	3,2	29	1,4	217	3,6
9.	Włókniak	3	0,7	4	1,4	68	5,6	54	2,7	74	3,7	203	3,4
10.	Zmiany opryszczkowe	7	1,6	4	1,4	47	3,9	93	4,6	48	2,4	199	3,3
11.	Język czarny włochaty	0	0,0	0	0,0	29	2,4	74	3,6	51	2,5	154	2,6
12.	Melanoza ograniczona	0	0,0	0	0,0	37	3,0	48	2,4	41	2,0	126	2,1
13.	Romboidalne zapalenie języka	0	0,0	0	0,0	9	0,7	43	2,1	35	1,7	87	1,5
14.	Torbiel zastoinowa	6	1,4	14	5,0	25	2,1	21	1,0	19	0,9	85	1,4
15.	Choroba Delbanco	0	0,0	0	0,0	22	1,8	42	2,1	18	0,9	82	1,4
16.	Wrodz.zrost języka z dnem ju	41	9,6	19	6,8	6	0,5	1	0,1	1	0,1	68	1,1
17.	Rak błony śluzowej j. ustnej	0	0,0	0	0,0	4	0,3	24	1,2	25	1,2	53	0,9
18.	Naczyniak krwionośny	0	0,0	2	0,7	6	0,5	13	0,6	27	1,3	48	0,8
19.	Nikotynowe zapalenie j. ustnej	0	0,0	0	0,0	4	0,3	26	1,3	17	0,8	47	0,8
20.	Ziarniniak szczelinowaty	0	0,0	0	0,0	2	0,2	17	0,8	28	1,4	47	0,8
21.	Zapalenie kątów warg	0	0,0	0	0,0	10	0,8	14	0,7	20	1,0	44	0,7
22.	Zespół Sjogrena	0	0,0	0	0,0	17	1,4	17	0,8	10	0,5	44	0,7
23.	Słoneczne zapalenie warg	0	0,0	1	0,4	3	0,3	16	0,8	23	1,1	43	0,7
24.	Pęcherzyca	0	0,0	3	1,1	10	0,8	14	0,7	14	0,7	41	0,7
25.	Tłuszczak	0	0,0	0	0,0	3	0,3	10	0,5	21	1,0	34	0,6
26.	Zmiany wywołane wirusem VZV	0	0,0	2	0,7	15	1,2	4	0,2	7	0,4	28	0,5
27.	Język ofałdowany	0	0,0	0	0,0	14	1,2	5	0,3	6	0,3	25	0,4
28.	Czerniak złośliwy	0	0,0	0	0,0	3	0,3	6	0,3	13	0,6	22	0,4
29.	Bakteryjne zapalenie j. ustnej	0	0,0	0	0,0	4	0,3	4	0,2	11	0,6	19	0,3
30.	Brodawczak	0	0,0	0	0,0	3	0,3	5	0,3	6	0,3	14	0,2
31.	Ropień podśluzówkowy	0	0,0	0	0,0	5	0,4	5	0,3	2	0,1	12	0,2
32.	Tatuaż amalgamatowy	0	0,0	0	0,0	3	0,3	3	0,2	5	0,3	11	0,2
33.	Język olbrzymi	0	0,0	0	0,0	10	0,8	0	0,0	0	0,0	10	0,2
34.	Pemfigoid	0	0,0	3	1,1	7	0,6	0	0,0	0	0,0	10	0,2
35.	Przew. wrzodziejące zap. j.u.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	6	0,3	7	0,1
36.	Rumień wielopostaciowy	0	0,0	1	0,4	4	0,3	1	0,1	0	0,0	6	0,1
37.	Warga olbrzymia	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,1	1	0,1	4	0,1
38.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	2	0,7	2	0,2	0	0,0	0	0,0	4	0,1
39.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	2	0,2	1	0,1	0	0,0	3	0,1
40.	Toczeń rumieniowaty	0	0,0	2	0,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1
41.	Zespół Melkerssona - Rosenthala	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
42.	Nadziąślak olbrzymiokomórkowy	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
RAZEM		426		278		1219		2035		2016		5974	

Zdecydowanie najczęstszymi wśród nich, były zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe, głównie w postaci nieprawidłowego przyczepu wędzidełka wargi górnej oraz płytkiego przedsionka jamy ustnej, które stwierdzono u 245 pacjentów (57,5%) z grupy do 10 roku życia oraz u 140 pacjentów (50,4%) z grupy wiekowej 11 – 20 lat. Na drugim miejscu znalazła się, będąca oportunistyczną infekcją grzybiczą, kandydoza. Zakażenie grzybami z rodzaju *Candida* stwierdzono w 75 przypadkach (17,6%) w grupie do 10 roku życia, oraz w 45 przypadkach (16,2%) w grupie 11 – 20 lat. Jako trzeci w tych przedziałach wiekowych odnotowano, również będący zaburzeniem rozwojowym wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej, stwierdzony w 41 przypadkach (14,7%) u pacjentów do 10 roku życia i w 19 przypadkach (6,8%) u pacjentów od 11 – 20 lat.

U badanych w przedziale wiekowym 21 – 40 lat stwierdzono 40 schorzeń występujących w 1219 przypadkach. W tej grupie wiekowej wiodące miejsce zajęła kandydoza, którą stwierdzono u 215 pacjentów, co stanowi 17,6%. Kolejne miejsca pod względem występowania przypadków i jednostek chorobowych przypadły: zmianom pourazowym (116 przypadków – 9,5%), zaburzeniom śluzówkowo – dziąsłowym (115 przypadków – 9,4%) oraz językowi geograficznemu (112 przypadków – 9,2%).

W najliczniejszej grupie badanych pacjentów (2035 osób) w wieku od 41 do 60 lat stwierdzono 36 typów chorób i zaburzeń związanych z błoną śluzową jamy ustnej. Tu, podobnie jak w poprzednim przedziale wiekowym, najczęściej występującym schorzeniem była kandydoza – 564 przypadki (27,7%). Zdiagnozowana w 197 przypadkach (9,7%) leukoplakia znalazła się na drugim miejscu. Kolejne miejsca zajęły: liszaj płaski Wilsona – 195 zachorowań (9,6%), zespół pieczenia jamy ustnej BMS stwierdzony u 154 pacjentów (7,6%) oraz zmiany pourazowe – 141 przypadków (6,9%).

Badani pacjenci w wieku 61 lat i powyżej stanowili pod względem liczebności grupę zbliżoną do grupy poprzedniej, wynoszącą 2016 przypadków z 35 rodzajami nieprawidłowości. Analogicznie do poprzedniej grupy, najczęściej diagnozowanym schorzeniem była kandydoza występująca 644 razy tj. w 31,9%. Zespół pieczenia jamy ustnej znalazł się na drugim miejscu z 251 przypadkami (12,5%). Liszaj płaski Wilsona jako trzeci w kolejności zdiagnozowano w 217 przypadkach co stanowi 10,8% ich ogółu. Warto również wspomnieć o leukoplakii, która ze 149 zachorowaniami (7,4%) znalazła się na czwartym miejscu pod względem częstości występowania w tej grupie.

W tabeli 8 przedstawiono częstość występowania chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej u kobiet z podziałem na poszczególne grupy wiekowe.

Zaburzenia stanowiące najmniejszą liczbę przypadków i jednostek chorobowych stwierdzono u pacjentek w grupach wiekowych do 10 roku życia i od 11 – 20 lat. W grupie do 10 roku życia odnotowano 232 przypadki 9 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. Najczęstszym z owych typów okazały się zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe, które stwierdzono w 142 przypadkach, co stanowi 61,2% ogółu. Na drugim miejscu uplasowała się kandydoza jamy ustnej, która była diagnozowana u dziewczynek w tej grupie 35 razy (15,1%). Odnotowano również 17 przypadków nawrotowego aftowego zapalenia jamy ustnej stanowiące 7,33%. Taki sam odsetek (7,33%) stanowił również wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej stwierdzony w 17 przypadkach.

U pacjentek z grupy wiekowej 11 – 20 lat stwierdzono 163 przypadki 15 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. Tu również zdiagnozowano 82 przypadki zaburzeń śluzówkowo-dziąsłowych stanowiące 50,31%. Kandydoza, w liczbie 25 zachorowań

Tabela 8. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej u kobiet z uwzględnieniem wieku

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u kobiet w wieku											
		do 10 r.ż.		11-20 lat		21-40 lat		41-60 lat		61 lat i powyżej		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Kandydoza jamy ustnej	35	15,1	25	15,3	154	20,5	433	32,7	479	35,8	1126	29,6
2.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	0	0,0	0	0,0	28	3,7	136	10,3	222	16,6	386	10,1
3.	Zab. śluzówkowo - dziąsłowe	142	61,2	82	50,3	74	9,8	44	3,3	24	1,8	366	9,6
4.	Liszaj płaski Wilsona	0	0,0	0	0,0	60	8,0	143	10,8	153	11,4	356	9,3
5.	Leukoplakia	0	0,0	0	0,0	43	5,7	102	7,7	73	5,5	218	5,7
6.	Zmiany pourazowe	7	3,0	10	6,1	59	7,9	75	5,7	47	3,5	198	5,2
7.	Język geograficzny	5	2,2	4	2,5	58	7,7	43	3,3	33	2,5	143	3,8
8.	Afty nawracające	17	7,3	8	4,9	54	7,2	41	3,1	16	1,2	136	3,6
9.	Włókniak	2	0,9	3	1,8	44	5,9	34	2,6	46	3,4	129	3,4
10.	Zmiany opryszczkowe	4	1,7	2	1,2	24	3,2	50	3,8	24	1,8	104	2,7
11.	Melanoza ograniczona	0	0,0	0	0,0	27	3,6	33	2,5	29	2,2	89	2,3
12.	Język czarny włochaty	0	0,0	0	0,0	12	1,6	34	2,6	21	1,6	67	1,8
13.	Romboidalne zapalenie języka	0	0,0	0	0,0	6	0,8	25	1,9	21	1,6	52	1,4
14.	Torbiel zastoinowa	3	1,3	9	5,5	13	1,7	10	0,8	11	0,8	46	1,2
15.	Zespół Sjogrena	0	0,0	0	0,0	14	1,9	15	1,1	9	0,7	38	1,0
16.	Pęcherzyca	0	0,0	3	1,8	9	1,2	12	0,9	11	0,8	35	0,9
17.	Zapalenie kątów warg	0	0,0	0	0,0	8	1,1	12	0,9	14	1,1	34	0,9
18.	Choroba Delbanco	0	0,0	0	0,0	10	1,3	15	1,1	8	0,6	33	0,9
19.	Wrodz. zrost języka z dnem ju	17	7,3	9	5,5	1	0,1	0	0,0	0	0,0	27	0,7
20.	Naczyniak krwionośny	0	0,0	1	0,6	5	0,7	5	0,4	14	1,1	25	0,7
21.	Ziarniniak szczelinowaty	0	0,0	0	0,0	1	0,1	9	0,7	15	1,1	25	0,7
22.	Tłuszczak	0	0,0	0	0,0	2	0,3	7	0,5	12	0,9	21	0,6
23.	Słoneczne zapalenie warg	0	0,0	1	0,6	1	0,1	8	0,6	10	0,8	20	0,5
24.	Rak błony śluzowej j. ustnej	0	0,0	0	0,0	1	0,1	8	0,6	9	0,7	18	0,5
25.	Czerniak złośliwy	0	0,0	0	0,0	2	0,3	5	0,4	8	0,6	15	0,4
26.	Nikotynowe zapalenie j.ustnej	0	0,0	0	0,0	1	0,1	8	0,6	5	0,4	14	0,4
27.	Zmiany wywołane wirusem VZV	0	0,0	1	0,6	9	1,2	1	0,1	3	0,2	14	0,4
28.	Język ofałdowany	0	0,0	0	0,0	7	0,9	4	0,3	3	0,2	14	0,4
29.	Brodawczak	0	0,0	0	0,0	2	0,3	4	0,3	5	0,4	11	0,3
30.	Pemfigoid	0	0,0	3	1,8	7	0,9	0	0,0	0	0,0	10	0,3
31.	Bakteryjne zapalenie j. ustnej	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,2	5	0,4	9	0,2
32.	Język olbrzymi	0	0,0	0	0,0	7	0,9	0	0,0	0	0,0	7	0,2
33.	Przew. wrzodziejące zap. j.u.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	6	0,5	7	0,2
34.	Tatuaż amalgamatowy	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	4	0,1
35.	Rumień wielopostaciowy	0	0,0	0	0,0	3	0,4	1	0,1	0	0,0	4	0,1
36.	Ropień podśluzówkowy	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,1
37.	Toczeń rumieniowaty	0	0,0	2	1,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1
38.	Warga olbrzymia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
39.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
40.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
41.	Zespół Melkerssona - Rosenthala	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
42.	Nadziąślak olbrzymiokomórkowy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RAZEM		232		163		752		1324		1339		3810	

(15,34%) występowania tego schorzenia zajmowała drugie miejsce. Na trzecim miejscu stwierdzono zmiany pourazowe 10 (6,13%) przypadków.

Grupa wiekowa od 21 – 40 lat liczyła 752 pacjentki z 38 typami schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. Wiodącym schorzeniem okazała się kandydoza jamy ustnej. Infekcję grzybiczą zdiagnozowano w 154 przypadkach (20,5%). Drugie miejsce zajmowały zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe z ilością 74 przypadków (9,8%). Jako trzeci w kolejności odnotowano liszaj płaski Wilsona – wśród pacjentek z tej grupy wiekowej postawiono 60 rozpoznań (8,0%) tej patologii.

Najliczniej reprezentowane były pacjentki w grupach wiekowych od 41 do 60 lat oraz powyżej 60 roku życia. Grupa wiekowa pacjentek od 41 do 60 lat liczyła 1324 osoby i stwierdzono w niej 36 typów chorób i zaburzeń związanych z błoną śluzową jamy ustnej. Na pierwszym miejscu znalazła się infekcja grzybami z rodzaju *Candida*, którą stwierdzono w 433 przypadkach (32,7%). Liszaj płaski Wilsona ułożył się na drugim miejscu z 143 zachorowaniami (10,8%). Trzecie miejsce przypadło zespołowi pieczenia jamy ustnej BMS – zdiagnozowano 136 przypadków (10,3%).

Pacjentki w wieku 61 lat i więcej były najliczniejszą grupą wiekową – 1339 osób. Stwierdzono wśród nich 32 typy chorób i zaburzeń związanych z błoną śluzową jamy ustnej. Podobnie jak w poprzedniej grupie wiekowej najliczniej zdiagnozowaną chorobą była kandydoza z 479 przypadkami, co dało 35,8%. Drugim co do liczebności schorzeniem był zespół pieczenia jamy ustnej BMS zdiagnozowany w 222 przypadkach tj. w 16,6%. Na trzecim miejscu stwierdzono liszaj płaski Wilsona – 153 przypadki (11,4%).

Analogicznie do danych dotyczących kobiet w tabeli 8., tabela 9. przedstawia częstość występowania chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej u mężczyzn z podziałem na poszczególne grupy wiekowe.

Tabela 9. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej u mężczyzn z uwzględnieniem wieku

L.p.	Rozpoznanie	Występowanie przypadków poszczególnych jednostek chorobowych u mężczyzn w wieku											
		do 10 r.ż.		11-20 lat		21-40 lat		41-60 lat		61 lat i powyżej		OGÓŁEM	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Kandydoza jamy ustnej	40	20,6	20	17,4	61	13,1	131	18,4	165	24,4	417	19,3
2.	Zab. śluzówkowo - dziąsłowe	103	53,1	58	50,4	41	8,8	29	4,1	12	1,8	243	11,2
3.	Leukoplakia	0	0,0	0	0,0	43	9,2	95	13,4	76	11,2	214	9,9
4.	Zmiany pourazowe	6	3,1	9	7,8	57	12,2	66	9,3	45	6,7	183	8,5
5.	Liszaj płaski Wilsona	0	0,0	0	0,0	21	4,5	52	7,3	64	9,5	137	6,3
6.	Język geograficzny	4	2,1	3	2,6	54	11,6	39	5,5	34	5,0	134	6,2
7.	Zmiany opryszczkowe	3	1,6	2	1,7	23	4,9	43	6,1	24	3,6	95	4,4
8.	Język czarny włochaty	0	0,0	0	0,0	17	3,6	40	5,6	30	4,4	87	4,0
9.	Afty nawracające	10	5,2	2	1,7	32	6,9	24	3,4	13	1,9	81	3,7
10.	Włókniak	1	0,5	1	0,9	24	5,1	20	2,8	28	4,1	74	3,4
11.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	0	0,0	0	0,0	3	0,6	18	2,5	29	4,3	50	2,3
12.	Choroba Delbanco	0	0,0	0	0,0	12	2,6	27	3,8	10	1,5	49	2,3
13.	Wrodz. zrost języka z dnem ju	24	12,4	10	8,7	5	1,1	1	0,1	1	0,2	41	1,9
14.	Torbiel zastoinowa	3	1,6	5	4,4	12	2,6	11	1,6	8	1,2	39	1,8
15.	Melanoza ograniczona	0	0,0	0	0,0	10	2,1	15	2,1	12	1,8	37	1,7
16.	Romboidalne zapalenie języka	0	0,0	0	0,0	3	0,6	18	2,5	14	2,1	35	1,6
17.	Rak błony śluzowej j. ustnej	0	0,0	0	0,0	3	0,6	16	2,3	16	2,4	35	1,6
18.	Nikotynowe zapalenie j. ustnej	0	0,0	0	0,0	3	0,6	18	2,5	12	1,8	33	1,5
19.	Naczyniak krwionośny	0	0,0	1	0,9	1	0,2	8	1,1	13	1,9	23	1,1
20.	Słoneczne zapalenie warg	0	0,0	0	0,0	2	0,4	8	1,1	13	1,9	23	1,1
21.	Ziarniniak szczelinowaty	0	0,0	0	0,0	1	0,2	8	1,1	13	1,9	22	1,0
22.	Zmiany wywołane wirusem VZV	0	0,0	1	0,9	6	1,3	3	0,4	4	0,6	14	0,7
23.	Tłuszczak	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,4	9	1,3	13	0,6
24.	Język ośladowany	0	0,0	0	0,0	7	1,5	1	0,1	3	0,4	11	0,5
25.	Zapalenie kątów warg	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3	6	0,9	10	0,5
26.	Bakteryjne zapalenie j. ustnej	0	0,0	0	0,0	3	0,6	1	0,1	6	0,9	10	0,5
27.	Ropień podśluzówkowy	0	0,0	0	0,0	4	0,9	4	0,6	1	0,2	9	0,4
28.	Czerniak złośliwy	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	5	0,7	7	0,3
29.	Tatuaż amalgamatowy	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3	3	0,4	7	0,3
30.	Zespół Sjogrena	0	0,0	0	0,0	3	0,6	2	0,3	1	0,2	6	0,3
31.	Pęcherzyca	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	3	0,4	6	0,3
32.	Brodawczak	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	1	0,2	3	0,1
33.	Język olbrzymi	0	0,0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	0,1
34.	Warga olbrzymia	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	1	0,2	3	0,1
35.	Zespół Stevensa-Johnsona	0	0,0	2	1,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,1
36.	Rumień wielopostaciowy	0	0,0	1	0,9	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,1
37.	Hemofilia	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,1
38.	Zespół Melkerssona - Rosenthala	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,1
39.	Nadziąsłak olbrzymiokomórkowy	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1
40.	Pemfigoid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
41.	Przew. wrzodziejące zap. j.u.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
42.	Toczeń rumieniowaty	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RAZEM		194		115		467		711		677		2164	

Wśród chłopców w grupie do 10 roku życia odnotowano 194 przypadki 9 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. Analogicznie jak u dziewcząt, u chłopców również najczęstszymi z tych typów są zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe, które stwierdzono w 103 przypadkach, co stanowiło 61,2% wszystkich przypadków schorzeń u chłopców w tej grupie wiekowej. Kandydoza jamy ustnej sklasyfikowana została na miejscu drugim – diagnozowano ją 40 razy (20,6%). Na trzecim miejscu znalazła się ankyloglosja z 24 przypadkami (12,4%). Zarejestrowano również 10 przypadków aft nawracających, które stanowiły 7,3% ogółu przypadków w tej grupie.

Grupa wiekowa 11 – 20 lat liczyła 115 pacjentów, wśród których zanotowano 13 typów schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. W grupie tej zdiagnozowano 58 przypadków zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych stanowiących 50,4%. Drugie miejsce, podobnie jak w poprzedniej grupie chłopców oraz w analogicznych grupach dziewcząt, zajęła kandydoza z ilością 20 przypadków (17,4%) tego schorzenia. Na trzecim odnotowano zaburzenie rozwojowe w postaci wrodzonego zrostu języka z dnem jamy ustnej w liczbie 10 przypadków (6,1%).

U mężczyzn z grupy wiekowej od 21 – 40 lat stwierdzono 467 przypadków z 38 typami schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej. Schorzeniem występującym na pierwszym miejscu okazała się kandydoza jamy ustnej, zdiagnozowana w 61 przypadkach (13,1%). Drugie pod względem częstości występowania były zmiany pourazowe z ilością 57 zachorowań (12,2%). Jako trzeci w kolejności odnotowano język geograficzny – 54 przypadki (11,6%).

Pacjenci w wieku od 41 – 60 lat tworzyli grupę liczącą 711 osób i stwierdzono w niej 34 typy chorób i zaburzeń związanych z błoną

śluzową jamy ustnej. Na pierwszym miejscu wśród mężczyzn z tej grupy wiekowej diagnozowano infekcję grzybiczą – kandydozę, którą stwierdzono w 131 przypadkach (18,4%). Leukoplakia ulokowała się na drugim miejscu z 95 zachorowaniami (13,4%). Trzecie miejsce przypadło zmianom pourazowym, które zdiagnozowano w 66 przypadkach (9,3%).

Mężczyźni powyżej 60 roku życia tworzyli grupę wiekową w ilości 677 osób. Stwierdzono wśród nich 34 typy chorób i zaburzeń związanych z błoną śluzową jamy ustnej. Podobnie jak w poprzedniej grupie wiekowej najliczniej zdiagnozowaną chorobą była kandydoza ze 165 przypadkami, co dało 24,4%. Drugim co do liczebności schorzeniem była leukoplakia zdiagnozowana w 76 przypadkach tj. w 11,2%. Na trzecim miejscu stwierdzono liszaj płaski Wilsona – 64 przypadki (9,5%).

Tabela 10 prezentuje różnice w zgłaszaniu się kobiet i mężczyzn z powodu określonych jednostek chorobowych. Analizując najczęściej występujące jednostki chorobowe można zauważyć, że niektóre z nich stają się częstszą przyczyną zgłoszenia do Poradni w zależności od płci.

Kandydoza jamy ustnej skłaniała 71,0% kobiet oraz 81,8% mężczyzn do zgłoszenia się do Poradni. W pozostałych przypadkach był wykrywana dodatkowo, gdyż bezpośredni powód zgłoszenia się był odmienny.

Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe częściej skłaniały mężczyzn do zgłaszania się do Poradni (68,7%). Nieco mniej, bo 62,0% kobiet z tymi zaburzeniami decydowało się konsultować je w specjalistycznej poradni.

Liszaj płaski Wilsona zarówno u kobiet (47,5%) jak i u mężczyzn (46,0%) rzadziej niż w połowie przypadków skłaniał do szukania pomocy u specjalisty. W pozostałych sytuacjach był wykrywany przypadkowo.

Tabela 10. Występowanie nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem płci oraz bezpośredniego powodu zgłoszenia się do lekarza

L.p.	Rozpoznanie	Przypadki chorób i nieprawidłowości									
		u kobiet				u mężczyzn					
		N _k	Schorzenie będące bezpośrednim powodem zgłoszenia się				N _m	Schorzenie będące bezpośrednim powodem zgłoszenia się			
			TAK		NIE			TAK		NIE	
			n _{kT}	% _{kT}	n _{kN}	% _{kN}		n _{mT}	% _{mT}	n _{mN}	% _{mN}
1.	Kandydoza jamy ustnej	1126	799*	71,0	327*	29,0	417	341*	81,8	76*	18,2
2.	Zab. śluzówkowo - dziąsłowe	366	227*	62,0	139*	38,0	243	167*	68,7	76*	31,3
3.	Liszaj płaski Wilsona	356	169	47,5	187	52,5	137	63	46,0	74	54,0
4.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	386	361*	93,5	25*	6,5	50	50*	100,0	0*	0,0
5.	Leukoplakia	218	104	47,7	114	52,3	214	91	42,5	123	57,5
6.	Zmiany pourazowe	198	99	50,0	99	50,0	183	90	49,2	93	50,8
7.	Język geograficzny	143	57	39,9	86	60,1	134	40**	29,9	94**	70,2
8.	Afty nawracające	136	116*	85,3	20*	14,7	81	76*	93,8	5*	6,2
9.	Włókniak	129	84	65,1	45	34,9	74	49	66,2	25	33,8
10.	Zmiany opryszczkowe	104	73**	70,2	31**	29,8	95	67**	70,5	28**	29,5
11.	Język czarny włochaty	67	62*	92,5	5*	7,5	87	77*	88,5	10*	11,5
12.	Melanoza ograniczona	89	28**	31,5	61**	68,5	37	6**	16,2	31**	83,8
13.	Romboidalne zapalenie języka	52	16	30,8	36	69,2	35	13	37,1	22	62,9
14.	Torbiel zastoinowa	46	33	71,7	13	28,3	39	32**	82,1	7**	18,0
15.	Choroba Delbanco	33	4*	12,1	29*	87,9	49	11**	22,5	38**	77,6
16.	Wrodz. zrost języka z dnem ju	27	25*	92,6	2*	7,4	41	37*	90,2	4*	9,8
17.	Rak błony śluzowej jamy ustnej	18	11	61,1	7	38,9	35	25	71,4	10	28,6
18.	Naczyniak krwionośny	25	14	56,0	11	44,0	23	14	60,9	9	39,1
19.	Nikotynowe zapalenie j. ustnej	25	21**	84,0	4**	16,0	22	22*	100,0	0*	0,0
20.	Ziarniniak szczelinowaty	14	14*	100,0	0*	0,0	33	30*	90,9	3*	9,1
21.	Zapalenie kątów warg	34	28**	82,4	6**	17,7	10	9	90,0	1	10,0
22.	Zespół Sjogrena	38	33*	86,8	5*	13,2	6	4	66,7	2	33,3
23.	Słoneczne zapalenie warg	20	13	65,0	7	35,0	23	20*	87,0	3*	13,0
24.	Pęcherzyca	35	32*	91,4	3*	8,6	6	6	100,0	0	0,0
25.	Tłuszczak	21	8	38,1	13	61,9	13	7	53,9	6	46,2
26.	Zmiany wywołane wirusem VZV	14	11	78,6	3	21,4	14	13**	92,9	1*	7,1
27.	Język pofałdowany	14	7	50,0	7	50,0	11	7	63,6	4	36,4
28.	Czerniak złośliwy	15	8	53,3	7	46,7	7	3	42,9	4	57,1
29.	Bakteryjne zapalenie j. ustnej	9	8	88,9	1	11,1	10	10**	100,0	0*	0,0
30.	Brodawczak	11	8	72,7	3	27,3	3	3	100,0	0	0,0
31.	Ropień podśluzówkowy	3	3	100,0	0	0,0	9	9	100,0	0	0,0
32.	Tatuaż amalgamatowy	4	0	0,0	4	100,0	7	4	57,1	3	42,9
33.	Język olbrzymi	7	4	57,1	3	42,9	3	3	100,0	0	0,0
34.	Pemfigoid	10	9	90,0	1	10,0	0	0	0,0	0	0,0
35.	Przew. wrzodziejące zap. j.u.	7	7	100,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0
36.	Rumień wielopostaciowy	4	3	75,0	1	25,0	2	2	100,0	0	0,0
37.	Warga olbrzymia	1	1	100,0	0	0,0	3	2	66,7	1	33,3
38.	Zespół Stevensa-Johnsona	1	1	100,0	0	0,0	3	3	100,0	0	0,0
39.	Hemofilia	1	1	100,0	0	0,0	2	1	50,0	1	50,0
40.	Toczeń rumieniowaty	3	3	100,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0
41.	Zespół Melkerssona - Rosenthala	0	0	0,0	0	0,0	2	2	100,0	0	0,0
42.	Nadziąślak olbrzymiokomórkowy	0	0	0,0	0	0,0	1	1	100,0	0	0,0
RAZEM		3810	2505	65,8	1305	34,3	2164	1410	65,2	754	34,8

* - p<0,001

** - p<0,05

Ciekawe zjawisko można zaobserwować w przypadkach zespołu pieczenia jamy ustnej BMS. Schorzenie to zdecydowanie częściej występowało u kobiet (386 przypadków), z czego 93,5% pacjentek szuka pomocy właśnie z tego powodu. U mężczyzn BMS zdiagnozowano u 50 pacjentów, natomiast wszyscy oni (100%) zgłosili się bezpośrednio z tym problemem do lekarzy pracujących w Poradni.

Leukoplakia, podobnie jak liszaj płaski Wilsona była przyczyną zgłoszenia rzadziej niż w połowie przypadków (47,7% przypadków leukoplakii u kobiet i 42,5% u mężczyzn).

Rzadko powodem zgłoszenia stawały się zmiany o charakterze języka geograficznego (39,9% przypadków u kobiet oraz 29,9% u mężczyzn), melanoza ograniczona (31,5% przypadków u kobiet i 16,2% u mężczyzn) oraz choroba Delbanco (12,1% przypadków u kobiet i 22,5% u mężczyzn).

Natomiast bardzo częstym powodem zgłaszania się pacjentów były takie zmiany jak afty nawracające (85,3% u kobiet i 93,9% u mężczyzn), język czarny włochaty (92,5% u kobiet oraz 88,5% u mężczyzn), wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (92,6% u kobiet, 90,2% u mężczyzn) oraz nikotynowe zapalenie jamy ustnej (84,0% u kobiet i 100% u mężczyzn).

Tabela 11. Podział nieprawidłowości i chorób błony śluzowej jamy ustnej ze względu na etiologię i częstość występowania

L.p.	Grupa schorzeń i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	Liczba jednostek chorobowych w danej grupie	Przypadki	
			N	%
I	Choroby infekcyjne	6	1845	30,9
II	Stany przednowotworowe, nowotwory łagodne i złośliwe	9	975	16,3
III	Zaburzenia rozwojowe	3	759	12,7
IV	Zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry	7	601	10,1
V	Patologie związane z błoną śluzową języka	5	553	9,3
VI	Schorzenia powstałe na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie	3	513	8,6
VII	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	1	436	7,3
VIII	Pozostałe	8	292	4,9
RAZEM		43	5974	100,0

Z uwagi na różne przyczyny powstawania obserwowanych schorzeń i nieprawidłowości oraz częstość ich występowania w tabeli 11 podjęto próbę uszeregowania zdiagnozowanych jednostek chorobowych do 8 grup.

Najliczniejszą z nich stanowiła grupa chorób infekcyjnych, w której 6 jednostek chorobowych łącznie zdiagnozowano 1845 razy, co stanowiło 30,9% wszystkich rozpoznań. Na pierwszym miejscu w tej grupie znalazła się grzybica jamy ustnej diagnozowana 1543 razy, a na drugim zmiany opryszczkowe występujące blisko 8 razy rzadziej (199 rozpoznań). Ponadto do tej grupy zakwalifikowano Zapalenie kątów warg (44 przypadki), zmiany wywołane wirusem *Herpes varizella zoster* HHV3, VZV (28 przypadków), a także 19 przypadków bakteryjnego zapalenia jamy ustnej oraz dwunastokrotnie stwierdzone zmiany o charakterze ropnia podśluzówkowego. Szczegółowo przedstawione wyniki prezentuje tabela 12.

Tabela 12. Choroby infekcyjne

L.p.	Grupa schorzeń infekcyjnych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	Przypadki	
		N	%
1.	Kandydoza jamy ustnej	1543	25,8
2.	Zmiany opryszczkowe	199	3,3
3.	Zapalenie kątów warg	44	0,7
4.	Zmiany wywołane wirusem VZV	28	0,5
5.	Bakteryjne zapalenie jamy ustnej	19	0,3
6.	Ropień podśluzówkowy	12	0,2
RAZEM		1845	30,9

Kolejną grupą schorzeń powstających na podobnym tle były zmiany przednowotworowe oraz nowotwory łagodne i złośliwe występujące w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, co prezentuje tabela 13. Umieszczono w niej 3 jednostki chorobowe będące zmianami, które mogą się z czasem w sprzyjających warunkach przekształcić w wyniku transformacji nowotworowej w raki nabłonkowe. Należy do nich

leukoplakia zaobserwowana w 342 przypadkach, melanoza ograniczona (126 przypadków) oraz słoneczne zapalenie warg (43 przypadki).

Tabela 13. Zmiany przednowotworowe, nowotwory łagodne i złośliwe

L.p.	Grupa schorzeń będących zmianami przednowotworowymi oraz nowotworami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	Przypadki	
		N	%
ZMIANY PRZEDNOWOTWOROWE			
1.	Leukoplakia	432	7,2
2.	Melanoza ograniczona	126	2,1
3.	Słoneczne zapalenie warg	43	0,7
NOWOTWORY ŁAGODNE			
1.	Włókniak	203	3,4
2.	Naczyniak krwionośny	48	0,8
3.	Tłuszczak	34	0,6
4.	Brodawczak	14	0,2
NOWOTWORY ZŁOŚLIWE			
1.	Rak błony śluzowej jamy ustnej	53	0,9
2.	Czerniak złośliwy	22	0,4
RAZEM		975	16,3

Podgrupa zmian nowotworowych łagodnych obejmowała cztery rozpoznania. Włókniak w obrębie błony śluzowej jamy ustnej zaobserwowano u 203 chorych, naczyniak krwionośny występował w 48 sytuacjach klinicznych, tłuszczak diagnozowano 34 razy, a zmiany o charakterze brodawczaka obecne były u 14 pacjentów. Nowotwory złośliwe obserwowano u 75 chorych – rak błony śluzowej jamy ustnej w 53 przypadkach, a czerniak złośliwy w 22. Łącznie wszystkie zmiany w tej grupie stwierdzane były 975 razy, co stanowiło 16,3% wszystkich stawianych przez 9 lat rozpoznań.

Tabela 14 ilustruje kolejną wyodrębnioną grupę 759 przypadków (12,7%), obejmującą zaburzenia rozwojowe. W grupie tej najczęściej występowały zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (609 przypadków). Poza nimi stwierdzano także 82 przypadki występowania choroby Delbanco oraz 68 przypadków wrodzonego zrostu języka z dnem jamy ustnej.

Tabela 14. Zaburzenia rozwojowe

L.p.	Grupa zaburzeń rozwojowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	Przypadki	
		N	%
1.	Zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe	609	10,2
2.	Choroba Delbanco	82	1,4
3.	Wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej	68	1,1
RAZEM		759	12,7

Tabela 15. Zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry i tkanki łącznej

L.p.	Grupa zmian w obrębie błony śluzowej jamy ustnej w przebiegu chorób skóry i tkanki łącznej	Przypadki	
		N	%
1.	Liszaj płaski Wilsona	493	8,3
2.	Zespół Sjögrena	44	0,7
3.	Pęcherzyca	41	0,7
4.	Pemfigoid	10	0,2
5.	Rumień wielopostaciowy	6	0,1
6.	Zespół Stevensa-Johnsona	4	0,1
7.	Toczeń rumieniowaty	3	0,0
RAZEM		601	10,1

W 601 przypadkach obserwowano na błonie śluzowej zmiany, które pojawiają się w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry i tkanki łącznej. Tabela 15 obejmuje 7 jednostek spełniających powyższe kryteria. Najczęściej bo aż w 493 przypadkach obserwowano liszaj płaski Wilsona, a następnie ponad jedenaście razy rzadziej występujące zespół Sjögrena (44 przypadki) i pęcherzyca (41 przypadków). Pozostałe: pemfigoid (10), rumień wielopostaciowy (6), zespół Stevensa – Johnsona (4) oraz toczeń rumieniowaty (3) były diagnozowane w niespełna 4 promilach.

Patologie związane z błoną śluzową języka stanowiły kolejną grupę schorzeń. Obejmowała ona 553 przypadki (9,3%) występowania 5 jednostek chorobowych, co ilustruje tabela 16. W tej grupie najczęściej stwierdzano zmiany o charakterze języka geograficznego (277) i sytuacje występowania

języka czarnego włochatego (154 rozpoznania). Rzadziej występowały: romboidalne zapalenie języka (87 przypadków), język pofałdowany (25 przypadków) oraz język olbrzymi stwierdzany u 10 chorych.

Tabela 16. Patologie związane z błoną śluzową języka

L.p.	Grupa patologii związanych z błoną śluzową języka	Przypadki	
		N	%
1.	Język geograficzny	277	4,7
2.	Język czarny włochaty	154	2,6
3.	Romboidalne zapalenie języka	87	1,4
4.	Język pofałdowany	25	0,4
5.	Język olbrzymi	10	0,2
RAZEM		553	9,3

Tabela 17. Schorzenia powstałe na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie

L.p.	Grupa schorzeń powstałych na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie	Przypadki	
		N	%
1.	Zmiany pourazowe	381	6,4
2.	Torbiel zastoinowa	85	1,4
3.	Ziarniniak szczelinowaty	47	0,8
RAZEM		513	8,6

W tabeli 17 ujęto 3 jednostki chorobowe powstające na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie. W grupie tej znalazły się zmiany pourazowe (381 przypadków), torbiel zastoinowa stwierdzana 85 razy oraz ziarniniak szczelinowy obserwowany u 47 chorych. Powyższe schorzenia w liczbie 513 przypadków stanowiły 8,6% wszystkich diagnozowanych w latach 2003 – 2011 zmian.

Zespół pieczenia jamy ustnej BMS ze względu na swój charakter oraz dużą liczbę przypadków został sklasyfikowany oddzielnie, co prezentuje tabela 18. Występował on często, bo będąc czwartą co do częstości diagnozowaną jednostką chorobową stwierdzony został w 436 przypadkach, co stanowiło 7,3% rozpoznań.

Tabela 18. Zespół pieczenia jamy ustnej BMS

L.p.	Schorzenie	Przypadki	
		N	%
1.	Zespół pieczenia jamy ustnej BMS	436	7,3
RAZEM		436	7,3

Tabela 19. Pozostałe wcześniej niesklasyfikowane schorzenia

L.p.	Pozostałe wcześniej niesklasyfikowane schorzenia	Przypadki	
		N	%
1.	Afty nawracające	217	3,6
2.	Nikotynowe zapalenie jamy ustnej	47	0,8
3.	Tatuaż amalgamatowy	11	0,2
4.	Przewlekłe wrzodziejące zapalenie j.u.	7	0,1
5.	Warga olbrzymia	4	0,1
6.	Hemofilia	3	0,1
7.	Zespół Melkerssona – Rosenthala	2	0,0
8.	Nadziąślak olbrzymiokomórkowy	1	0,0
RAZEM		292	4,9

Tabela 19 prezentuje pozostałych osiem jednostek chorobowych, które nie mają wspólnej etiologii i poza najliczniejszymi aftami nawrotowymi (217 przypadków – 3,6%) każda z nich występuje rzadziej niż 1% rozpoznań. Poza zmianami o charakterze aft znalazły się w tej grupie nikotynowe zapalenie jamy ustnej (47 przypadków), tatuaż amalgamatowy stwierdzony u 11 chorych, 7 przypadków przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, a także: 4 przypadki wargi olbrzymieji, 3 przypadki hemofilii, 2 przypadki występowania zespołu Melerssona – Rosenthala oraz nadziąślak olbrzymiokomórkowy zdiagnozowany u jednego chorego.

Kolejnym wartym omówienia aspektem było zjawisko współwystępowania kilku jednostek chorobowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej u jednego chorego, co prezentuje tabela 20. Stwierdzono je u 633 pacjentów czyli w 12,2% przypadków, przy czym dwie jednostki chorobowe diagnozowano u 495 pacjentów (9,6%), trzy rozpoznania stawiano u 115 pacjentów (2,2%), natomiast cztery lub więcej rozpoznań postawiono w 23 przypadkach (0,4%). U pozostałych 4546 chorych (87,8%) stwierdzono występowanie tylko jednej jednostki chorobowej lub nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

Tabela 20. Przypadki współwystępowania chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem liczby współistniejących chorób

L.p.	Liczba występujących u pacjentów jednostek chorobowych i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej	Liczba pacjentów	
		N	%
1.	Jedna	4546	87,8
2.	Dwie	495	9,6
3.	Trzy	115	2,2
4.	cztery lub więcej	23	0,4
RAZEM		5179	100,0

Natomiast tabela 21 prezentuje najczęściej stawiane rozpoznania w przypadku ich współwystępowania. Najczęściej, bo w 280 przypadkach była to grzybica jamy ustnej (występująca częściej u kobiet – 182 przypadki, niż u mężczyzn – 98 przypadków). Najczęściej współwystępującymi z grzybicą chorobami błony śluzowej były: leukoplakia (85 przypadków współwystępowania), liszaj płaski Wilsona (61 przypadków) oraz język czarny włochaty (44 przypadki). Drugą najczęściej współwystępującą jednostką chorobową była leukoplakia diagnozowana u 101 kobiet i 75 mężczyzn (łącznie w 176 przypadkach), przy czym najczęściej występowała ona wraz z przypadkami kandydozy jamy ustnej (85 przypadków), liszaja płaskiego Wilsona (34 przypadki) oraz języka geograficznego (22 przypadki).

Trzecią natomiast najczęściej występującą jednostką chorobową w przypadku współwystępowania dwóch lub większej liczby schorzeń był liszaj płaski Wilsona współstwierdzany w 159 przypadkach (u 120 kobiet i 39 mężczyzn), w tym w 61 przypadkach z kandydozą jamy ustnej, w 34 przypadkach z leukoplakią oraz w 18 przypadkach z językiem geograficznym.

Tabela 21. Schorzenia i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej najczęściej współistniejące z innymi schorzeniami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem płci

L.p.	Najczęściej stawiane rozpoznania w przypadku koincydencji	Liczba przypadków jednostek chorobowych występujących w przypadku koincydencji				
		Ogółem	w tym u kobiet		w tym u mężczyzn	
		N	n _k	% _k	n _m	% _m
1.	Kandydoza jamy ustnej	280	182*	65,0	98*	35,0
2.	Leukoplakia	176	101	57,4	75	42,6
3.	Liszaj płaski Wilsona	159	120*	75,5	39*	24,5
4.	Zaburzenia śluzówkowo - dziąsłowe	88	55	62,5	33	37,5
5.	Włókniak	86	58**	67,4	28**	32,6
6.	Zmiany pourazowe	80	45	56,2	35	43,8
7.	Język geograficzny	73	40	54,8	33	45,2
8.	Afty nawracające	68	39	57,4	29	42,6
9.	Język czarny włochaty	64	38	59,4	26	40,6
10.	Zmiany opryszczkowe	50	23	46,0	27	54,0
11.	Melanoza ograniczona	42	31**	73,8	11**	26,2
12.	Choroba Delbanco	35	16	45,7	19	54,3
...	Pozostałe 22 jednostki występujące w koincydencji	224	141**	63,0	83**	37,0
	RAZEM	1425	889*	62,4	536*	37,6

* - p<0,001

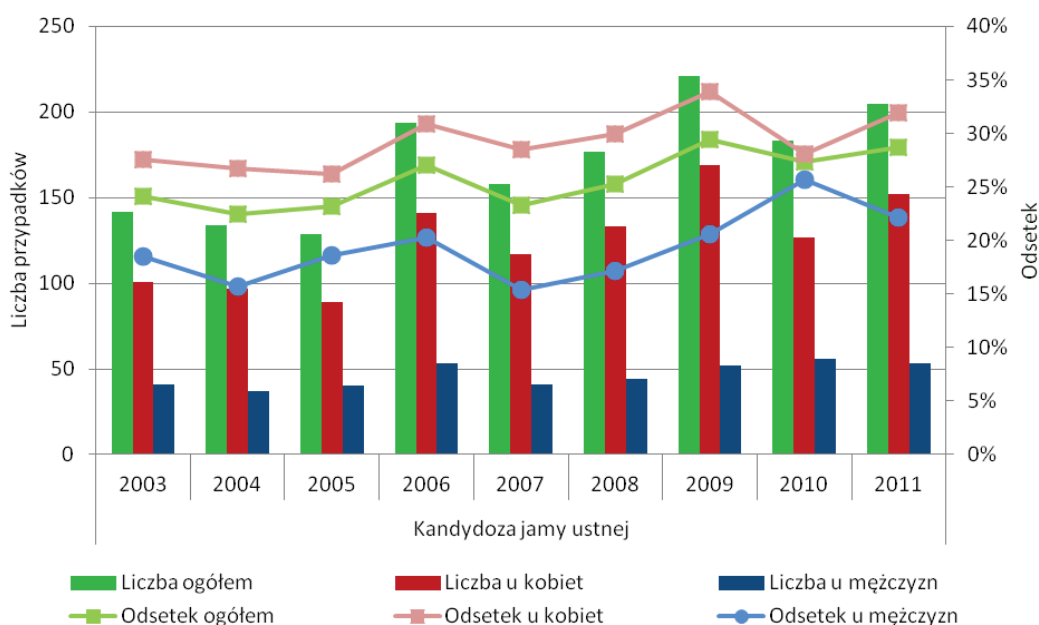
** - p<0,05

Inne często współistniejące ze sobą jednostki chorobowe i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej to: zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (88 przypadków), włókniak (86 przypadków), zmiany pourazowe (80 przypadków), język geograficzny (73 przypadki), afty nawracające (68 przypadków), czy język czarny włochaty (64 przypadki). Razem koincydencję dwóch lub więcej przypadków schorzeń i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej stwierdzano w 1425 przypadkach (z czego 889 występowało u kobiet – 62,4%, a 536 u mężczyzn – 37,6%), a obejmowała ona w sumie 34 różne rozpoznania.

4.2. Analiza zmienności częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii

Liczność oraz odsetek występowania analizowanych jednostek chorobowych i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej zmieniały się w poszczególnych latach będąc związanymi m.in. z analizowaną płcią. Poniżej dokonano analizy i przedstawiono na wykresach fluktuację częstości występowania wybranych patologii błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem płci. Ocenie poddano 5 najczęściej występujących jednostek chorobowych oraz melanozę ograniczoną i raka błony śluzowej jamy ustnej.

Rycina 2 ilustruje zmienność występowania grzybicy jamy ustnej na przestrzeni badanego dziewięcioletniego okresu. Zauważyć można tendencję wzrostową zarówno w bezwzględnej liczbie przypadków kandydozy występującej w ciągu roku, liczbie przypadków grzybicy występującej u kobiet w ciągu roku, ale także odsetkach grzybicy ogółem i grzybicy u kobiet w stosunku do wszystkich badanych przypadków występowania jednostek chorobowych.

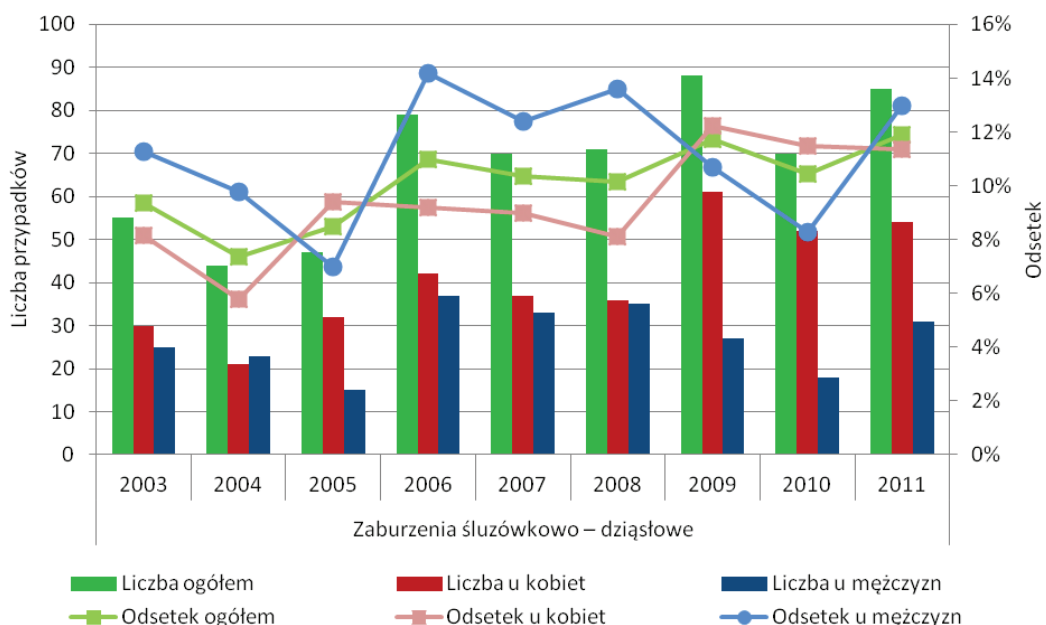


Rycina 2. Zmienność występowania grzybicy jamy ustnej na przestrzeni 9 lat

Średnia roczna liczba przypadków wystąpienia grzybicy w pierwszych trzech latach obserwacji wynosiła 135, natomiast w ostatnich trzech latach obserwacji wynosiła 203. U kobiet wskaźnik ten oscylował między wartością 96 przypadków w odniesieniu do pierwszych trzech lat obserwacji po 149 przypadki w ostatnich trzech latach obserwacji. Analogicznie u mężczyzn wartości te wynosiły 39 przypadków i 54 przypadki.

Średni roczny odsetek występowania grzybicy w stosunku do wszystkich przypadków patologii dotyczącej błony śluzowej jamy ustnej wahał się od 23% w ciągu pierwszych trzech lat po ponad 28% w ciągu trzech ostatnich lat obserwacji. U kobiet wskaźniki te wynosiły odpowiednio 27% i 31%, a u mężczyzn 18% i 23%.

Tendencję wzrostową wykazywały także na przestrzeni 9 lat zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe, których zmiany w liczności i odsetku występowania prezentuje rycina 3.



Rycina 3. Zmienność występowania zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych na przestrzeni 9 lat

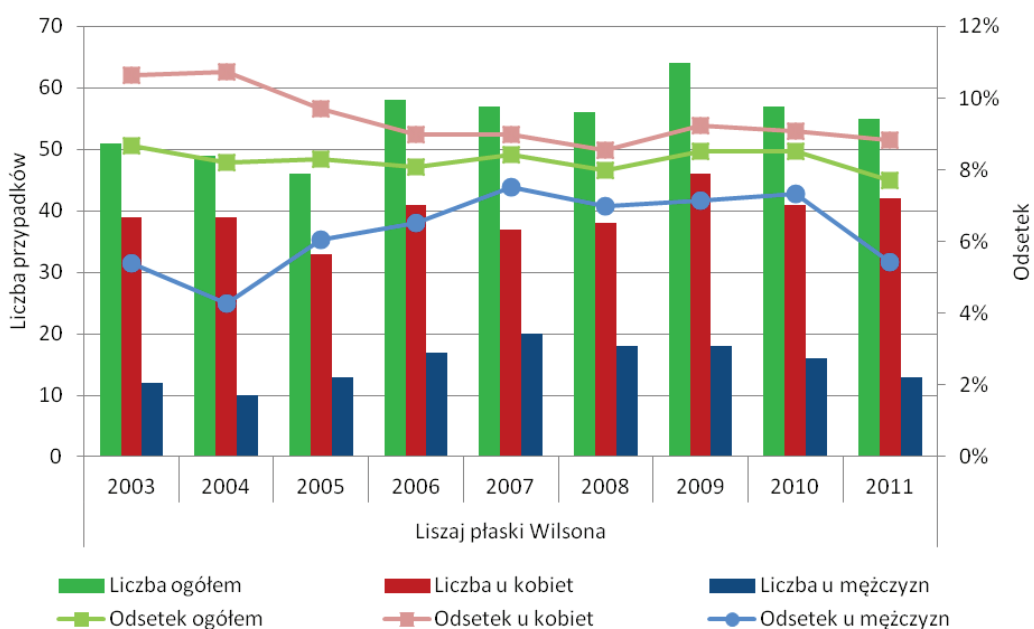
Ogólna liczba przypadków, jak i liczba przypadków zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych u kobiet rosła w analizowanym okresie czasu.

Liczba przypadków zaburzeń u mężczyzn charakteryzowała się większymi wahaniami. Podobną tendencję obserwowano przy względnym odsetku występowania zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych w stosunku do wszystkich chorób i nieprawidłowości diagnozowanych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

Dzieląc dziewięcioletni okres na trzy trzyletnie czasokresy średnia liczba przypadków występowania zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych w pierwszych trzech latach wynosiła średnio ogółem 49 (średnio 28 u kobiet i średnio 21 u mężczyzn). W środkowym trzyletnim okresie średnia ta wynosiła 73 (odpowiednio 43 u kobiet i 35 u mężczyzn). W ostatnich badanych trzech latach średnia liczba występowania zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych wynosiła w skali roku 81 przypadków (odpowiednio 56 u kobiet i 25 u mężczyzn). Powyższe świadczy o trendzie wzrostowym w bezwzględnej liczbie diagnozowania tych zaburzeń

Analizując względny odsetek występowania tych zaburzeń w stosunku do wszystkich diagnozowanych w tym czasie zaburzeń i chorób błony śluzowej jamy ustnej zauważyć można podobny trend. Średnie wskaźniki odsetka występowania zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych w pierwszych trzech latach obserwacji wynosiły 8,4% (7,8% u kobiet i 9,3% u mężczyzn). W środkowym okresie obserwacji średnie te wzrosły do poziomu 10,5% (8,8% u kobiet i 13,4% u mężczyzn). Wartość średniej wartości tegoż odsetka w ostatnich 3 latach analizowanego okresu była wyższa niż w poprzednich okresach i wynosiła 11,4% (przy czym u kobiet wzrosła do średniego poziomu 11,7% a u mężczyzn spadła średnio do poziomu 10,7%).

Na kolejnej rycinie (rycina 4) można obserwować zmianę częstości i odsetka występowania liszaja płaskiego Wilsona w latach 2003 – 2011. Bezwzględna liczba przypadków wykazywała nieznaczną tendencję wzrostową. Średnia liczba diagnozowanych przypadków liszaja w latach 2003 – 2005 wynosiła 49 przypadków rocznie (w tym u kobiet 37, a u mężczyzn 12). W latach 2006 – 2008 liczba ta wynosiła średnio 57 przypadków (w tym u kobiet 39, a u mężczyzn 18). Natomiast w latach 2009 – 2011 średnia roczna liczba występowania przypadków liszaja płaskiego Wilsona wynosiła 59 (w tym 43 przypadki u kobiet i 16 przypadków rocznie u mężczyzn).

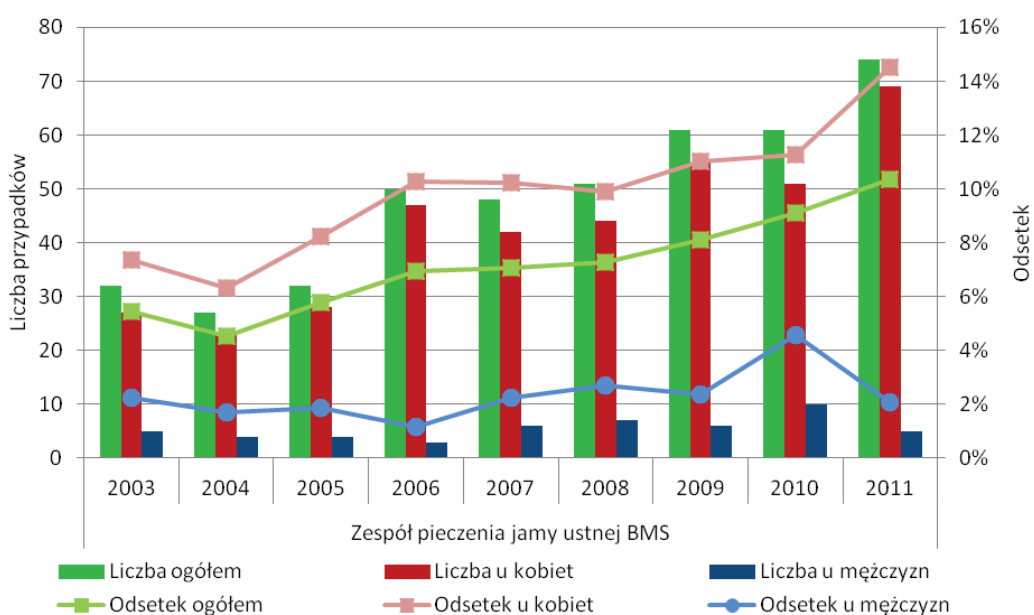


Rycina 4. Zmienność występowania liszaja płaskiego Wilsona na przestrzeni 9 lat

Natomiast odsetek przypadków występowania liszaja płaskiego względem wszystkich diagnozowanych w tym okresie chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej nieznacznie spadał. W pierwszych trzech latach obserwacji odsetek ten średnio wynosił 8,4% (10,4% u kobiet i 5,2% u mężczyzn). W środkowym okresie obserwacji odsetek ten zmienił się do poziomu 8,2% (8,8% u kobiet i 7,0% u mężczyzn). W końcowym okresie obserwacji zasadniczo odsetek pozostawał na średnim poziomie 8,2% (wynosząc średnio u kobiet 9,0% i 6,6% u mężczyzn).

Rycina 5 przedstawia zmienność występowania przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej BMS w okresie od 2003 do 2011 roku. W tym czasie zaobserwowano gwałtowny wzrost występowania przypadków tego zespołu u kobiet, nieznaczny wzrost odsetka BMS u mężczyzn oraz wzrost liczby i odsetka przypadków BMS ogółem.

Średnia liczba przypadków BMS w pierwszym trzyletnim okresie obserwacji wynosiła 30 (w tym średnio 26 u kobiet i średnio 4 przypadki u mężczyzn). W kolejnych trzech latach średnia liczba przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej wynosiła w skali roku 50 (44 u kobiet i 5 u mężczyzn). Ostatnie trzy lata przyniosły także bezwzględny wzrost liczby przypadków BMS do średniego poziomu 65 przypadków (w tym średnio rocznie u kobiet 58, a u mężczyzn 7).

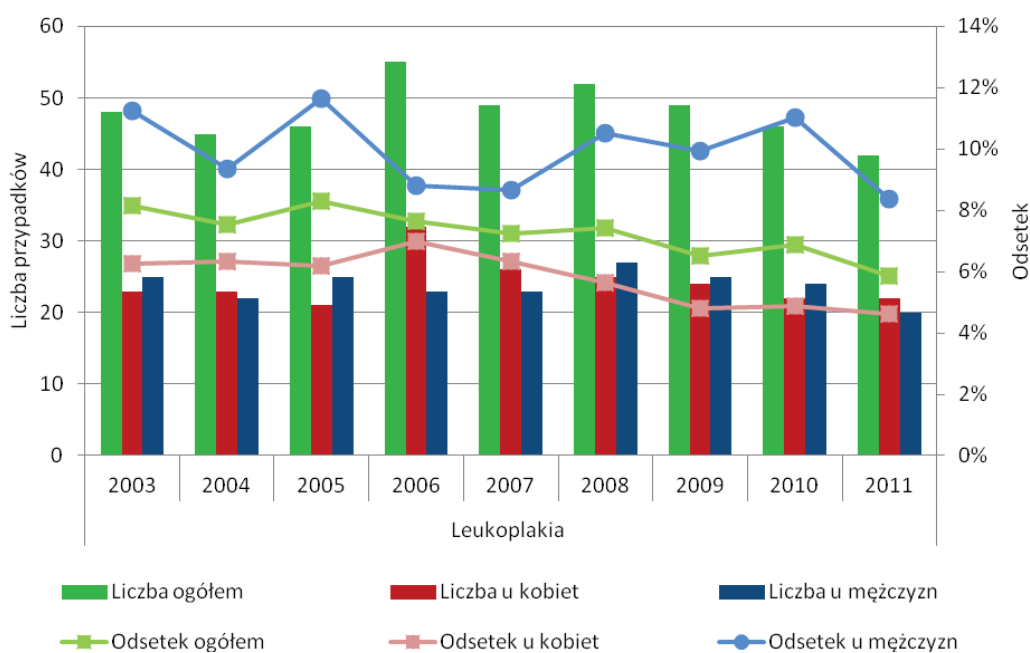


Rycina 5. Zmienność występowania zespołu pieczenia jamy ustnej BMS na przestrzeni 9 lat

Średni odsetek BMS ogółem w latach 2003 – 2005 wynosił 5,2% (7,3% u kobiet i 1,9% u mężczyzn), w latach 2006 – 2008 wynosił 7,1% (10,1% u kobiet i 2,0% u mężczyzn), natomiast w latach 2009 – 2011 wynosił 9,2% (12,3% u kobiet i 3,0% u mężczyzn).

Rycina 6 przedstawia zmiany w liczbie oraz odsetku występowania przypadków leukoplakii w czasie 9 lat obserwacji. Na podstawie przeprowadzonych badań zaboserwowano obecnie nieznaczny trend spadkowy w bezwzględnej liczbie przypadków występowania leukoplakii oraz w odsetku jej diagnozowania w stosunku do wszystkich stwierdzanych patologii błony śluzowej jamy ustnej.

Średnia bezwzględna liczba przypadków występowania leukoplakii w ciągu pierwszych trzech lat obserwacji wynosiła 46 przypadków rocznie (22 u kobiet i 24 u mężczyzn). Średnia liczba diagnozowanych przypadków leukoplakii w kolejnych trzech latach wynosiła 52 (28 u kobiet i 24 u mężczyzn). Średnia liczba przypadków występowania leukoplakii w ostatnich trzech latach obserwacji wynosiła 46 (23 u kobiet i u mężczyzn).



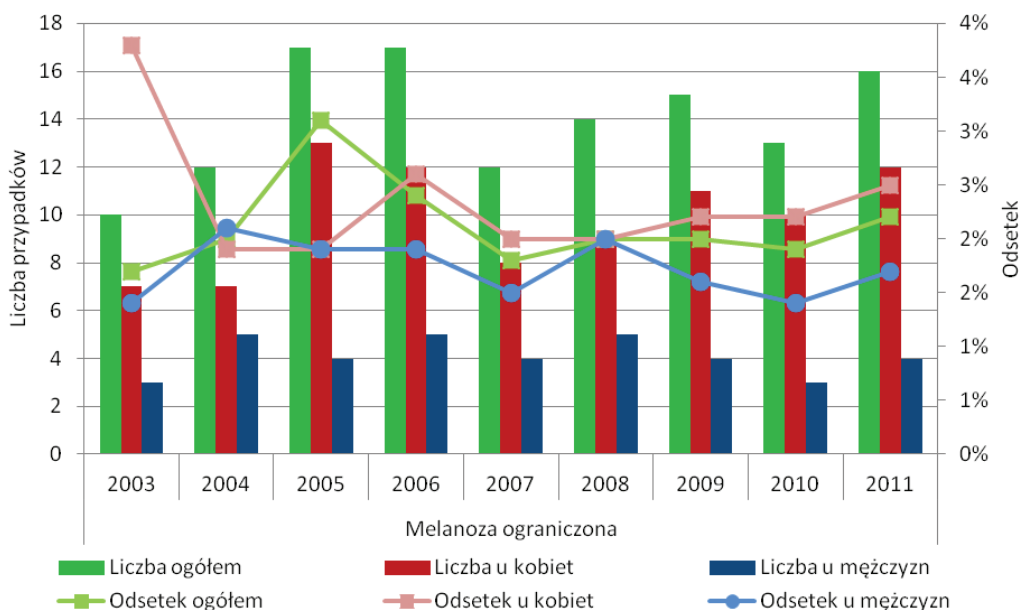
Rycina 6. Zmienność występowania leukoplakii na przestrzeni 9 lat

Natomiast odsetek w początkowym okresie wynosił średnio 8,0% (u kobiet 6,3%, u mężczyzn 10,8%), w środkowym wynosił średnio 7,4% (u kobiet 6,3%, u mężczyzn 9,3%), a w końcowym okresie wynosił średnio 6,4% (u kobiet 4,8%, u mężczyzn 9,8%).

Rycina 7 prezentuje licznosc i odsetek występowania melanozy ograniczonej w badanym okresie czasu. Zmiana ta predysponuje do rozwoju nowotworów złośliwych, dlatego wymaga szczególnej analizy.

Liczba przypadków tego schorzenia w skali roku diagnozowana była na poziomie od 10 do 17. Melanozę częściej stwierdzano u kobiet niż u mężczyzn, a częstość i odsetek występowania utrzymywały się przy nieznacznych wahaniach na podobnym poziomie.

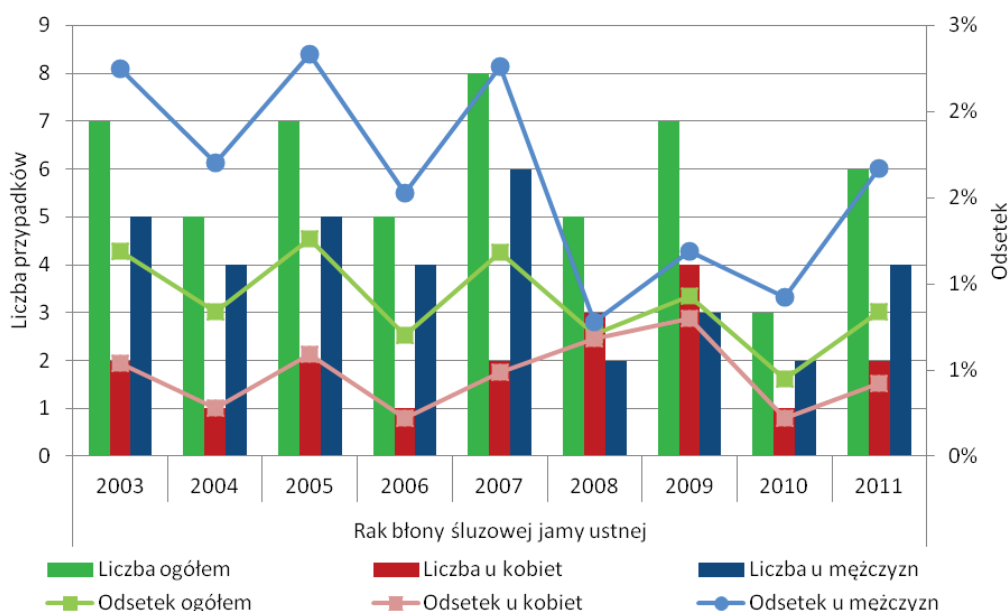
Średnia liczba przypadków melanozy ograniczonej w latach 2003 – 2005 wynosiła 13 (9 u kobiet i 4 u mężczyzn). W kolejnych trzech latach (2006 – 2008) wartość ta uległa zmianie do średnio 14 przypadków rocznie (9 u kobiet i 5 u mężczyzn). Natomiast w ostatnim badanym okresie (2009 – 2011) średnia liczba przypadków melanozy wynosiła 15 przypadków (11 u kobiet i 4 u mężczyzn).



Rycina 7. Zmienność występowania melanozy ograniczonej na przestrzeni 9 lat

Względny odsetek występowania melanozy ograniczonej wynosił w latach 2003 – 2005 średnio 2,3% (u kobiet 2,5%, a u mężczyzn 1,8%), w latach 2006 – 2008 średnio 2,1% (u kobiet 2,2%, u mężczyzn 1,8%), w latach 2009 – 2011 średnio 2,0% (u kobiet 2,3%, u mężczyzn 1,6%).

Ostatnią z wybranych w zakresie zmian w występowaniu jednostek chorobowych był rak błony śluzowej jamy ustnej. Problem ten ilustruje rycina 8. Ze względu na stosunkowo niewielką liczbę przypadków trudno wykreślić jednoznaczną linię trendu. Liczba przypadków w jednym roku oscylowała między 3 a 8, a więcej przypadków stwierdzano u mężczyzn niż u kobiet. Średnia liczba przypadków w latach 2003 – 2005 wynosiła 6 (2 u kobiet i 4 u mężczyzn), w kolejnych trzech latach (2006 – 2008) proporcje pozostawały na niezmienionym poziomie, zaś w następnym okresie (2009 – 2011) nieznacznie spadły do średniego poziomu 5 przypadków rocznie (2 przypadki u kobiet i 3 u mężczyzn).



Rycina 8. Fluktuacja występowania raka błony śluzowej jamy ustnej na przestrzeni 9 lat

Względny odsetek występowania tego typu nowotworu w stosunku do wszystkich rozpoznawanych patologii w obrębie błony śluzowej jamy ustnej przedstawiał się w następujący sposób. W latach 2003 – 2005 odsetek ten wynosił średnio 1,1% (0,5% u kobiet i 2,1% u mężczyzn). W latach 2006 – 2008 odsetek ten spadł do średniego poziomu 0,9% (0,5% u kobiet i 1,5% u mężczyzn). Zaś w latach 2009 – 2011 odsetek ten wynosił 0,7% (0,5% u kobiet i 1,3% u mężczyzn).

4.3. Choroby i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej a czynniki ryzyka oraz współistnienie chorób ogólnoustrojowych

W trakcie analizy danych oprócz zdiagnozowanych chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, płci, wieku oraz bezpośredniego powodu zgłoszenia się badanych wzięto pod uwagę także aspekt potencjalnych czynników ryzyka i współistnienia chorób ogólnoustrojowych. W analizie uwzględniono fakt użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych, względnie dziecięcych protez leczniczych, ponadto odnotowano fakt palenia tytoniu. Oprócz powyższych w zestawieniu uwzględniono również takie choroby ogólne jak cukrzyca, czy schorzenia układu sercowo – naczyniowego, które mogą wpływać na częstość występowania jednostek chorobowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Poniżej zaprezentowano wyniki przedstawiające wybrane jednostki chorobowe z uwzględnieniem powyższych czynników ryzyka.

4.3.1. Użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej

W tabeli 22 przedstawiono liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem podziału na 5 grup wiekowych i płeć. Ponadto w zestawieniu ujęto użytkowanie lub nieużytkowanie ruchomych protez zębowych lub ruchomych aparatów ortodontycznych. Łącznie stwierdzono 5179 pacjentów (3310 kobiet i 1869 mężczyzn) zgłaszających się na przestrzeni analizowanego dziesięcioletniego okresu z powodu problemów związanych z błoną śluzową jamy ustnej. W tej grupie 2107 osób (1420 kobiet i 687 mężczyzn) użytkowało ruchome uzupełnienia protetyczne bądź

wyjmowane aparaty ortodontyczne. Zatem odsetek pacjentów użytkujących wspomniane uzupełnienia i aparaty ortodontyczne wynosił ogółem 40,7% (odpowiednio 42,9% u kobiet i 36,8% u mężczyzn).

Tabela 22. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci z chorobami błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci użytkujący ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne		Pacjenci nieużywający ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	398	36*	9,0	362*	91,0
11 – 20	257	49*	19,1	208*	80,9
21 – 40	1099	200	18,2	899*	81,8
41 – 60	1751	720*	41,1	1031*	58,9
61 i więcej	1674	1102*	65,8	572*	34,2
OGÓŁEM	5179	2107*	40,7	3072*	59,3
KOBIETY					
0 – 10	216	19*	8,8	197*	91,2
11 – 20	151	22*	14,6	129*	85,4
21 – 40	690	125*	18,1	565*	81,9
41 – 60	1147	501*	43,7	646*	56,3
61 i więcej	1106	753*	68,1	353*	31,9
OGÓŁEM	3310	1420*	42,9	1890*	57,1
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	182	17*	9,3	165*	90,7
11 – 20	106	27*	25,5	79*	74,5
21 – 40	409	75*	18,3	334*	81,7
41 – 60	604	219*	36,3	385*	63,7
61 i więcej	568	349*	61,4	219*	38,6
OGÓŁEM	1869	687*	36,8	1182*	63,2

* - p<0,001

W najmłodszej grupie wiekowej do 10 roku życia choroby i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej diagnozowano ogółem u 398 chorych (u 216 dziewcząt i 182 chłopców). Spośród tej grupy wiekowej wyjmowane uzupełnienia protetyczne i aparaty ortodontyczne użytkowało

36 osób (19 dziewcząt i 17 chłopców), zatem odsetek wynosił odpowiednio 9,0% dla całej najmłodszej badanej grupy oraz odpowiednio 8,8% dla dziewcząt i 9,3% dla chłopców z tej grupy.

W grupie wiekowej od 11 do 20 roku życia nastąpił spadek liczby osób, u których występowały jednostki chorobowe dotyczące błony śluzowej jamy ustnej do liczby 257 (151 dziewcząt i kobiet oraz 106 chłopców i mężczyzn). Jednocześnie wzrósł odsetek osób użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne i ruchome aparaty ortodontyczne do poziomu 19,1% ogółem (14,6% u dziewcząt i kobiet oraz 25,5% u chłopców i mężczyzn).

Wyraźny wzrost liczby pacjentów zaobserwowano w kolejnej grupie wiekowej (pacjenci w wieku od 21 do 40 lat). Łącznie w grupie tej znalazło się 1099 osób (690 kobiet i 409 mężczyzn). W tej oraz w starszych grupach wiekowych nie odnotowano już przypadków użytkowania ruchomych aparatów ortodontycznych, zatem wszystkie przypadki użytkowania dotyczą ruchomych uzupełnień protetycznych. Zaobserwowano w analizowanej grupie wiekowej nieznaczny spadek odsetka użytkowania wspomnianych protez zębowych względem poprzedniej grupy do poziomu 18,2% (z czego 18,1% u kobiet i 18,3% u mężczyzn).

Najliczniejszą grupę wiekową stanowili pacjenci, którzy mieli od 41 do 60 lat. Liczebność tej grupy wynosiła 1751 osób (1147 kobiet i 604 mężczyzn). Znacznie wzrósł także odsetek osób użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne i wyniósł ogólnie 41,1% (43,7% u kobiet i 36,3% u mężczyzn).

Najstarsza grupa wiekowa (pacjenci w wieku 61 lat i starsi) liczyła 1674 osoby (1106 kobiet i 568 mężczyzn). Odsetek użytkowania wyjmowanych uzupełnień protetycznych w grupie tej był najwyższy wynosząc ogólnie 65,8% (odpowiednio 68,1% u kobiet i 61,4% u mężczyzn).

Tabela 23 prezentuje liczbę i odsetek pacjentów ze zmianami o charakterze ziarniniaka szczelinowatego użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne. Wśród grupy pacjentów z tą jednostką chorobową zaobserwowano znaczący wzrost odsetka osób użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne względem wszystkich chorych ze zmianami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Zmiany te występowały u pacjentów nie młodszych niż 21 lat. Łącznie zdiagnozowano 34 przypadki ziarniniaka szczelinowatego (po 17 przypadków u kobiet i mężczyzn), z czego 28 chorych (14 kobiet i 14 mężczyzn) użytkowało ruchome uzupełnienia protetyczne, co stanowiło łącznie i u każdej z płci z osobna 82,4% osób użytkujących ruchome protezy zębowe.

Tabela 23. Liczba i odsetek pacjentów ze zmianami o charakterze ziarniniaka szczelinowatego użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zmianami o charakterze ziarniniaka szczelinowatego				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci użytkujący ruchome uzupełnienia protetyczne		Pacjenci nieużytkujący ruchomych uzupełnień protetycznych	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	1	50,0	1	50,0
41 – 60	13	11**	84,6	2**	15,4
61 i więcej	19	16**	84,2	3**	15,8
OGÓŁEM	34	28**	82,4	6**	17,6
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	0	0,0	1	100,0
41 – 60	6	4	66,7	2	33,3
61 i więcej	10	10**	100,0	0**	0,0
OGÓŁEM	17	14	82,4	3	17,6
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	1	100,0	0	0,0
41 – 60	7	7	100,0	0	0,0
61 i więcej	9	6	66,7	3	33,3
OGÓŁEM	17	14	82,4	3	17,6

* - p<0,001

** - p<0,05

W tabeli 24 ujęto chorych z infekcją grzybiczą grzybami z rodzaju *Candida* w odniesieniu do aspektu użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych. W grupie tej znalazło się łącznie 1497 chorych (1105 kobiet i 392 mężczyzn), z czego u 968 osób (702 kobiety i 266 mężczyzn) użytkowało ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne. Zatem odsetek osób użytkujących ruchome protezy zębowe lub wyjmowane aparaty ortodontyczne u osób z infekcją *Candida* wynosił odpowiednio 64,7%, z czego w grupie kobiet 63,5%, a w grupie mężczyzn 67,9%.

Tabela 24. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną infekcją *Candida* użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną infekcją <i>Candida</i>				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci użytkujący ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne		Pacjenci nieużytkujący ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	73	9*	12,3	64*	87,7
11 – 20	42	15	35,7	27	64,3
21 – 40	206	89	43,2	117	56,8
41 – 60	549	353*	64,3	196*	35,7
61 i więcej	627	502*	80,1	125*	19,9
OGÓŁEM	1497	968*	64,7	529*	35,3
KOBIETY					
0 – 10	34	4*	11,8	30*	88,2
11 – 20	24	7	29,2	17	70,8
21 – 40	150	59**	39,3	91**	60,7
41 – 60	424	262*	61,8	162*	38,2
61 i więcej	473	370*	78,2	103*	21,8
OGÓŁEM	1105	702*	63,5	403*	36,5
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	39	5*	12,8	34*	87,2
11 – 20	18	8	44,4	10	55,6
21 – 40	56	30	53,6	26	46,4
41 – 60	125	91*	72,8	34*	27,2
61 i więcej	154	132*	85,7	22*	14,3
OGÓŁEM	392	266*	67,9	126*	32,1

* - p<0,001

** - p<0,05

We wszystkich grupach wiekowych pacjentów z grzybicą jamy ustnej, w stosunku do wszystkich osób z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej zaobserwowano wzrost odsetka osób użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne oraz ruchome aparaty ortodontyczne. Najmniejszy był obserwowany w najmłodszej grupie wiekowej, gdzie wyniósł 12,3% (11,8% u dziewczynek i 12,8% u chłopców). W grupie wiekowej 11 – 20 lat odsetek ten wynosił 35,7% (29,2% dziewcząt i 44,4% chłopców i mężczyzn). W grupie wiekowej 21 – 40 lat odsetek osób zakażonych grzybami z rodzaju *Candida* użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne wzrósł do poziomu 43,2% (39,3% u kobiet i 53,6% u mężczyzn). Jeszcze wyższy poziom odsetek ten uzyskał wśród chorych z *Candida* w wieku od 41 do 60 roku życia, wynosząc 64,3% (61,8% u kobiet i 72,8% u mężczyzn). Wśród najstarszych pacjentów ze zdiagnozowaną infekcją grzybami z rodzaju *Candida* odsetek osób użytkujących ruchome protezy zębowe był najwyższy i wynosił 80,1% (odpowiednio 78,2% u kobiet oraz 85,7% u mężczyzn).

Włókniak prezentowany w tabeli 25, jako kolejna jednostka chorobowa występował łącznie 147 razy (u 92 kobiet i 55 mężczyzn). W grupie tej nie stwierdzono użytkowników ruchomych aparatów ortodontycznych. Ruchome uzupełnienia protetyczne użytkowały 64 osoby z tej grupy (37 kobiet i 27 mężczyzn), co stanowiło ogółem 43,5% w tym 40,2% u kobiet i 49,1% u mężczyzn. Wśród chorych ze zdiagnozowaną zmianą o charakterze włókniaka największy wzrost odsetka przypadków osób użytkujących wyjmowane protezy zębowe stwierdzono w dwóch najstarszych grupach wiekowych (41 – 60 lat oraz 61 lat i więcej). Odsetek ten wynosił odpowiednio 43,9% oraz 76,7%, przy czym u kobiet 40,7% oraz 72,7%, a u mężczyzn 50,0% oraz 81,0%.

Tabela 25. Liczba i odsetek pacjentów ze zmianami o charakterze włókniaka użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zmianami o charakterze włókniaka				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci użytkujący ruchome uzupełnienia protetyczne		Pacjenci nieużytkujący ruchomych uzupełnień protetycznych	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	3	0	0,0	3	100,0
11 – 20	4	1	25,0	3	75,0
21 – 40	56	12*	21,4	44*	78,6
41 – 60	41	18	43,9	23	56,1
61 i więcej	43	33**	76,7	10**	23,3
OGÓŁEM	147	64	43,5	83	56,5
KOBIETY					
0 – 10	2	0	0,0	2	100,0
11 – 20	3	1	33,3	2	66,7
21 – 40	38	9**	23,7	29**	76,3
41 – 60	27	11	40,7	16	59,3
61 i więcej	22	16	72,7	6	27,3
OGÓŁEM	92	37	40,2	55	59,8
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	1	0	0,0	1	100,0
11 – 20	1	0	0,0	1	100,0
21 – 40	18	3**	16,7	15**	83,3
41 – 60	14	7	50,0	7	50,0
61 i więcej	21	17**	81,0	4**	19,0
OGÓŁEM	55	27	49,1	28	50,9

* - p<0,001

** - p<0,05

Następną analizowaną jednostką chorobową w kontekście użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych oraz aparatów ortodontycznych były zmiany pourazowe, co prezentuje tabela 26. Zmiany te stwierdzono u 319 chorych (159 kobiet i 160 mężczyzn), z których blisko co trzecia użytkowała wspomniane protezy lub aparaty (108 osób, w tym 53 kobiety i 55 mężczyzn).

W dwóch najmłodszych grupach wiekowych wyjmowane uzupełnienia protetyczne lub aparaty ortodontyczne były użytkowane jedynie przez chłopców i mężczyzn. Największy odsetek osób ze zmianami pourazowymi jednocześnie użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne odnotowano w grupach wiekowych 41 – 60 lat (ogółem 41,1%, z czego 44,8% kobiet

i 37,0% mężczyzn) oraz u pacjentów powyżej 60 roku życia (ogółem 58,6%, w tym u kobiet 64,5%, a u mężczyzn 53,9%). Podobną tendencję zaobserwowano w przypadku analizy omawianego poprzednio włókniaka.

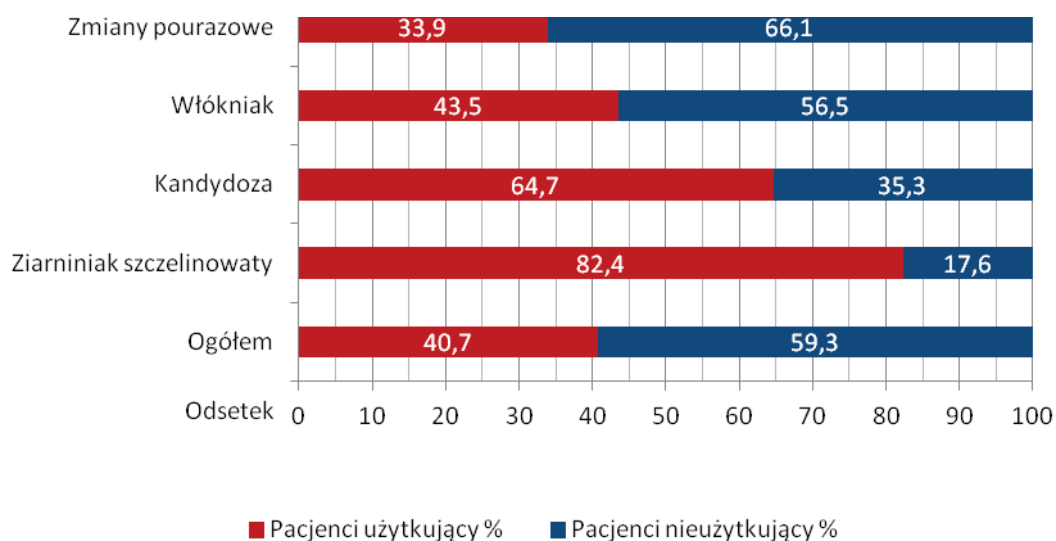
Tabela 26. Liczba i odsetek pacjentów ze zmianami pourazowymi użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zmianami pourazowymi				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci użytkujący ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne		Pacjenci nieużytkujący ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	11	1	9,1	10	90,9
11 – 20	17	2	11,8	15	88,2
21 – 40	109	18*	16,5	91*	83,5
41 – 60	112	46	41,1	66	58,9
61 i więcej	70	41	58,6	29	41,4
OGÓŁEM	319	108*	33,9	211*	66,1
KOBIETY					
0 – 10	6	0	0,0	6	100,0
11 – 20	9	0**	0,0	9**	100,0
21 – 40	55	7*	12,7	48*	87,3
41 – 60	58	26	44,83	32	55,17
61 i więcej	31	20	64,52	11	35,48
OGÓŁEM	159	53*	33,33	106*	66,67
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	5	1	20,0	4	80,0
11 – 20	8	2	25,0	6	75,0
21 – 40	54	11*	20,4	43*	79,6
41 – 60	54	20	37,0	34	63,0
61 i więcej	39	21	53,8	18	46,2
OGÓŁEM	160	55**	34,4	105**	65,6

* - p<0,001

** - p<0,05

Rycina 9 przedstawia odsetek użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych i ruchomych aparatów ortodontycznych w odniesieniu do wybranych chorób błony śluzowej jamy ustnej.



Rycina 9. Odsetek użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych i ruchomych aparatów ortodontycznych we wszystkich grupach wiekowych

4.3.2. Palenie tytoniu a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej

Tabela 27 prezentuje liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej. W tabeli tej uwzględniono podział na płeć, 5 grup wiekowych oraz palenie tytoniu.

Tabela 27. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci z chorobami błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	398	0*	0,0	398*	100,0
11 – 20	257	37*	14,4	220*	85,6
21 – 40	1099	395*	35,9	704*	64,1
41 – 60	1751	820**	46,8	931**	53,2
61 i więcej	1674	679*	40,6	995*	59,4
OGÓŁEM	5179	1931*	37,3	3248*	62,7
KOBIETY					
0 – 10	216	0*	0,0	216*	100,0
11 – 20	151	25*	16,6	126*	83,4
21 – 40	690	248*	35,9	442*	64,1
41 – 60	1147	515**	44,9	632**	55,1
61 i więcej	1106	426*	38,5	680*	61,5
OGÓŁEM	3310	1214*	36,7	2096*	63,3
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	182	0*	0,0	182*	100,0
11 – 20	106	12*	11,3	94*	88,7
21 – 40	409	147*	35,9	262*	64,1
41 – 60	604	305	50,5	299	49,5
61 i więcej	568	253**	44,5	315**	55,5
OGÓŁEM	1869	717*	38,4	1152*	61,6

* - p<0,001

** - p<0,05

Ogółem na 5179 pacjentów (3310 kobiet i 1869 mężczyzn) z problemami dotyczącymi stanu błony śluzowej jamy ustnej tytoń paliło 1931 osób (37,3%), w tym 1214 kobiet (36,7%) oraz 717 mężczyzn (38,4%).

W grupie wiekowej do 10 roku życia nie odnotowano przypadku palenia tytoniu. Natomiast w grupie wiekowej od 11 do 20 lat na 257 osób (151 dziewcząt i kobiet oraz 106 chłopców i mężczyzn), które zmagaly się z chorobami i nieprawidłowościami w zakresie błony śluzowej jamy ustnej problem palenia dotyczył 37 z nich (14,4%). Co ciekawe, większy odsetek stwierdzono w grupie kobiet (25 osób – 16,6%), niż mężczyzn (12 osób – 11,3%).

Znaczący, ponad dwukrotny wzrost odsetka palenia (do poziomu 35,9% zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn) zanotowano w kolejnej grupie wiekowej (21 – 40 lat), gdzie na 1099 chorych (690 kobiet i 409 mężczyzn) palaczami tytoniu było 395 osób (248 kobiet i 147 mężczyzn).

Pacjenci z grupy wiekowej od 41 do 60 lat stanowiąc najliczniejszą grupę wiekową (1751 osób, w tym 1147 kobiet oraz 604 mężczyzn) charakteryzowali się także największym współczynnikiem częstości palenia.

Największy wzrost zanotowano wśród mężczyzn z tej grupy wiekowej, gdzie 305 palących mężczyzn stanowiło 50,5% wszystkich pacjentów z chorobami błony śluzowej jamy ustnej. U kobiet współczynnik ten wynosił 44,9% gdyż palenie tytoniu charakteryzowało 515 kobiet. Ogółem odnotowano 820 pacjentów palących w tej grupie wiekowej (46,8%).

W najstarszej grupie wiekowej (61 i więcej lat) obserwujemy nieznaczny spadek częstości występowania chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej. Zmiany te diagnozowano u 1674 osób (1106 kobiet i 568 mężczyzn), a wśród nich palenie deklarowało 679 chorych (426 kobiet i 253 mężczyzn). Oznacza to, że w tej grupie wiekowej paliło 40,6% pacjentów (w tym 38,5% kobiet oraz 44,5% mężczyzn).

Szczegółowo dane dotyczące nikotynowego zapalenia jamy ustnej skorelowanego z faktem palenia tytoniu prezentuje tabela 28. Wśród 30 chorych (9 kobiet i 21 mężczyzn), którzy zgłosili się do Poradni z powodu nikotynowego zapalenia jamy ustnej wszyscy (100,0%), co zrozumiałe, byli palaczami tytoniu. Nie stwierdzono jednak występowania tego schorzenia u chorych w grupach wiekowych do 20 roku życia, a najliczniejszą grupą była ta z przedziału wiekowego 41 – 60 lat (łącznie 19 pacjentów w tym 5 kobiet i 14 mężczyzn).

Tabela 28. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze nikotynowego zapalenia jamy ustnej palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze nikotynowego zapalenia jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	3	100,0	0	0,0
41 – 60	19	19*	100,0	0*	0,0
61 i więcej	8	8**	100,0	0**	0,0
OGÓŁEM	30	30*	100,0	0*	0,0
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	1	100,0	0	0,0
41 – 60	5	5	100,0	0	0,0
61 i więcej	3	3	100,0	0	0,0
OGÓŁEM	9	9**	100,0	0**	0,0
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	2	100,0	0	0,0
41 – 60	14	14*	100,0	0*	0,0
61 i więcej	5	5**	100,0	0**	0,0
OGÓŁEM	21	21*	100,0	0*	0,0

* - p<0,001

** - p<0,05

Tabela 29 prezentuje przypadki wystąpienia raka błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem palenia tytoniu. Spośród 48 chorych (w tym 16 kobiet i 32 mężczyzn), którzy zapadli na ten nowotwór, aż 44 (15 kobiet i 29 mężczyzn) paliło tytoń. W tym przypadku nowotwór ten diagnozowano w grupach wiekowych od 21 roku życia, a odsetek osób palących wśród osób z rakiem błony śluzowej jamy ustnej wynosił 91,7% (93,8% u kobiet i 92,9% u mężczyzn).

Tabela 29. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	000
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	4	4	100,0	0	0,0
41 – 60	23	20 ^{**}	87,0	3 ^{**}	13,0
61 i więcej	21	20 ^{**}	95,2	1 ^{**}	4,8
OGÓŁEM	48	44 [*]	91,7	4 [*]	8,3
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	1	100,0	0	0,0
41 – 60	8	7	87,5	1	12,5
61 i więcej	7	7	100,0	0	0,0
OGÓŁEM	16	15 ^{**}	93,7	1 ^{**}	6,3
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	3	100,0	0	0,0
41 – 60	15	13 ^{**}	86,7	2 ^{**}	13,3
61 i więcej	14	13 ^{**}	92,9	1 ^{**}	7,1
OGÓŁEM	32	29 [*]	90,6	3 [*]	9,4

* - p<0,001

** - p<0,05

Kolejną zaprezentowaną w tabeli 30 jednostką chorobową pod względem odsetka osób palących do wszystkich chorych była leukoplakia. Ten typ zmiany przednowotworowej stwierdzono u 316 osób (146 kobiet i 170 mężczyzn), z czego 263 osoby (121 kobiet i 142 mężczyzn) paliły papierosy. Zatem odsetek osób palących jednocześnie z leukoplakią wynosił ogółem 83,2% (82,9% w grupie kobiet i 83,5% w grupie mężczyzn). Podobnie jak w przypadku dwóch poprzednio omawianych jednostek chorobowych, zmiany o charakterze leukoplakii nie diagnozowano w grupach wiekowych poniżej 20 roku życia. Największą liczbę zmian tego typu odnotowano w grupie wiekowej 41 – 60 lat, natomiast największy odsetek palących wśród pacjentów z leukoplakią stwierdzono w grupie wiekowej 21 – 40 lat (86,3%).

Tabela 30. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną leukoplakią palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną leukoplakią				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	73	63*	86,3	10*	13,7
41 – 60	144	117*	81,3	27*	18,7
61 i więcej	99	83*	83,8	16*	16,2
OGÓŁEM	316	263*	83,2	53*	16,8
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	38	33*	86,8	5*	13,2
41 – 60	71	57*	80,3	14*	19,7
61 i więcej	37	31**	83,8	6**	16,2
OGÓŁEM	146	121*	82,9	25*	17,1
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	35	30*	85,7	5*	14,3
41 – 60	73	60*	82,2	13*	17,8
61 i więcej	62	52*	83,9	10*	16,1
OGÓŁEM	170	142*	83,5	28*	16,5

* - p<0,001

** - p<0,05

W tabeli 31 można zaobserwować proporcję osób palących i niepalących tytoniu ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze języka czarnego włochatego. Język czarny włochaty stwierdzono u 108 chorych (39 kobiet i 69 mężczyzn), a w tej grupie było aż 86 palaczy (33 kobiety i 53 mężczyzn). Zatem odsetek palących w stosunku do wszystkich pacjentów z tą patologią języka wynosił 79,6% (w tym 84,6% u kobiet i 76,8% u mężczyzn). Zmiana tego typu, podobnie jak wcześniej, występowała u chorych w grupach wiekowych od 21 lat i wzwyż, natomiast najliczniej występowała w przedziale wiekowym od 41 do 60 lat (zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn).

Tabela 31 Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym językiem czarnym włochatym palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym językiem czarnym włochatym				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	23	20**	87,0	3**	13,0
41 – 60	53	42*	79,2	11*	20,8
61 i więcej	32	24**	75,0	8**	25,0
OGÓŁEM	108	86*	79,6	22*	20,4
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	8	7	87,5	1	12,5
41 – 60	20	18**	90,0	2**	10,0
61 i więcej	11	8	72,7	3	27,3
OGÓŁEM	39	33*	84,6	6*	15,4
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	15	13**	86,7	2**	13,3
41 – 60	33	24	72,7	9	27,3
61 i więcej	21	16	76,2	5	23,8
OGÓŁEM	69	53*	76,8	16*	23,2

* - p<0,001

** - p<0,05

Tabela 32 prezentuje szczegółowo rozkład osób palących i niepalących u chorych z kolejnym typem zmian przednowotworowych – słonecznym zapaleniem warg, które zdiagnozowano łącznie u 34 chorych (14 kobiet i 20 mężczyzn). Palenie tytoniu wśród pacjentów ze słonecznym zapaleniem warg występowało w 21 przypadkach (8 razy u kobiet i 13 razy u mężczyzn), co stanowiło odsetek 61,8% (57,1% u kobiet i 65,0% u mężczyzn) zatem blisko 1,7 razy większy niż palenie u wszystkich pacjentów z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej.

Tabela 32. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym słonecznym zapaleniem warg palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym słonecznym zapaleniem warg				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	1	0	0,0	1	100,0
21 – 40	3	2	66,7	1	33,3
41 – 60	13	8	61,5	5	38,5
61 i więcej	17	11	64,7	6	35,3
OGÓŁEM	34	21	61,8	13	38,2
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	1	0	0,0	1	100,0
21 – 40	1	1	100,0	0	0,0
41 – 60	6	3	50,0	3	50,0
61 i więcej	6	4	66,7	2	33,3
OGÓŁEM	14	8	57,1	6	42,9
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	1	50,0	1	50,0
41 – 60	7	5	71,4	2	28,6
61 i więcej	11	7	63,7	4	36,3
OGÓŁEM	20	13	65,0	7	35,0

Brak różnic istotnych statystycznie

Tabela 33 prezentuje aspekt palenia tytoniu u chorych z najczęściej występującym typem zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej –grzybicą jamy ustnej, którą diagnozowano u 1497 osób (u 1105 kobiet i 392 mężczyzn). Jednocześnie wśród nich palaczami tytoniu było 729 osób (538 kobiet i 191 mężczyzn), a odsetek palaczy wśród pacjentów z infekcją *Candida* wynosił 48,7% (zarówno u kobiet jak i u mężczyzn), był więc wyższy niż przeciętny odsetek palaczy wśród wszystkich osób ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej (37,3%). Częstość występowania kandydozy rosła wraz z wiekiem badanych, natomiast odsetek palaczy był najwyższy w grupach kobiet i mężczyzn z infekcją *Candida* w wieku 41 – 60 lat i wynosił ogółem 57,4% (w tym 55,2% u kobiet i 64,8% u mężczyzn).

Tabela 33. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną infekcją *Candida* palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną infekcją <i>Candida</i>				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	73	0*	0,0	73*	100,0
11 – 20	42	19	45,2	23	54,8
21 – 40	206	111	53,9	95	46,1
41 – 60	549	315**	57,4	234**	42,6
61 i więcej	627	284	45,3	343	54,7
OGÓŁEM	1497	729	48,7	768	51,3
KOBIETY					
0 – 10	34	0*	0,0	34*	100,0
11 – 20	24	12	50,0	12	50,0
21 – 40	150	79	52,7	71	47,3
41 – 60	424	234	55,2	190	44,8
61 i więcej	473	213	45,0	260	55,0
OGÓŁEM	1105	538	48,7	567	51,3
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	39	0*	0,0	39*	100,0
11 – 20	18	7	38,9	11	61,1
21 – 40	56	32	57,1	24	42,9
41 – 60	125	81**	64,8	44**	35,2
61 i więcej	154	71	46,1	83	53,9
OGÓŁEM	392	191	48,7	201	51,3

* - p<0,001

** - p<0,05

W pozostałych omawianych schorzeniach odsetek chorych palących był niższy od 37,3%, czyli średniego odsetka palaczy występującego wśród pacjentów ze zdiagnozowanymi schorzeniami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej.

Tabela 34 szczegółowo przedstawia problem palenia w poszczególnych grupach wiekowych pacjentów z melanozą ograniczoną. Schorzenie to zostało zdiagnozowane u 94 chorych (65 kobiet i 29 mężczyzn), natomiast odsetek palaczy w tej grupie chorych wynosił 34,0% (30,8% u kobiet i 41,4% mężczyzn), gdyż wśród osób z melanozą ograniczoną paliło 20 kobiet i 12 mężczyzn (łącznie 32 osoby).

Tabela 34. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną melanozą ograniczoną palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną melanozą ograniczoną				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	32	10	31,3	22	68,7
41 – 60	39	14	35,9	25	64,1
61 i więcej	23	8	34,8	15	65,2
OGÓŁEM	94	32**	34,0	62**	66,0
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	24	7	29,2	17	70,8
41 – 60	26	9	34,6	17	65,4
61 i więcej	15	4	26,7	11	73,3
OGÓŁEM	65	20**	30,8	45**	69,2
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	8	3	37,5	5	62,5
41 – 60	13	5	38,5	8	61,5
61 i więcej	8	4	50,0	4	50,0
OGÓŁEM	29	12	41,4	17	58,6

** - p<0,05

Nieco niższy odsetek osób palących (33,3%, w tym u kobiet 39,8%, a u mężczyzn 26,3%) występował w przypadku diagnozowania zmian na języku o charakterze języka geograficznego. Szczegółowo aspekt ten przedstawia tabela 35. Język geograficzny diagnozowano u 246 pacjentów (128 kobiet i 118 mężczyzn) natomiast w grupie tej 82 chorych (51 kobiet i 31 mężczyzn) paliło tytoń.

Tabela 35. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym językiem geograficznym palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym językiem geograficznym				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	8	0 ^{**}	0,0	8 ^{**}	100,0
11 – 20	6	0	0,0	6	100,0
21 – 40	103	26 [*]	25,2	77 [*]	74,8
41 – 60	67	26	38,8	41	61,2
61 i więcej	62	30	48,4	32	51,6
OGÓŁEM	246	82[*]	33,3	164[*]	66,7
KOBIETY					
0 – 10	4	0	0,0	4	100,0
11 – 20	4	0	0,0	4	100,0
21 – 40	54	17 ^{**}	31,5	37 ^{**}	68,5
41 – 60	36	15	41,7	21	58,3
61 i więcej	30	19	63,3	11	36,7
OGÓŁEM	128	51	39,8	77	60,2
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	4	0	0,0	4	100,0
11 – 20	2	0	0,0	2	100,0
21 – 40	49	9 [*]	18,4	40 [*]	81,6
41 – 60	31	11	35,5	20	64,5
61 i więcej	32	11	34,4	21	65,6
OGÓŁEM	118	31[*]	26,3	87[*]	73,7

* - p<0,001

** - p<0,05

Tabela 36 prezentuje aspekt palenia u pacjentów z aftozami. Problem zmian o charakterze aft był stosunkowo powszechny, występując u 173 chorych (110 kobiet i 63 mężczyzn). Liczba osób palących w grupie pacjentów z aftami wynosiła odpowiednio 36 u kobiet i 21 u mężczyzn (łącznie 57 osób), co stanowiło odsetek palących na poziomie 32,7% u kobiet, 33,3% u mężczyzn dając łącznie 33,0%. Najczęściej afte diagnozowano u pacjentów w wieku od 21 do 40 lat, a spośród osób z aftami najwięcej osób paliło tytoń w grupie wiekowej 41 – 60 lat (45,8%).

Tabela 36. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	25	0*	0,0	25*	100,0
11 – 20	9	1	11,1	8	88,9
21 – 40	71	26	36,6	45	63,4
41 – 60	48	22	45,8	26	54,2
61 i więcej	20	8	40,0	12	60,0
OGÓŁEM	173	57*	33,0	116*	67,00
KOBIETY					
0 – 10	16	0**	0,0	16**	100,0
11 – 20	7	0	0,0	7	100,0
21 – 40	44	16	36,4	28	63,6
41 – 60	32	17	53,1	15	46,9
61 i więcej	11	3	27,3	8	72,7
OGÓŁEM	110	36**	32,7	74**	67,3
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	9	0**	0,0	9**	100,0
11 – 20	2	1	50,0	1	50,0
21 – 40	27	10	37,0	17	63,0
41 – 60	16	5	31,3	11	68,7
61 i więcej	9	5	55,6	4	44,4
OGÓŁEM	63	21**	33,3	42**	66,7

* - p<0,001

** - p<0,05

Liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena palących tytoń prezentuje tabela 37. Choć nie jest to grupa liczna (37 osób) dotyczy głównie kobiet (32 w stosunku do 5 mężczyzn) można zauważyć relatywnie niski wpływ palenia tytoniu, gdyż w grupie tej jedynie 10 pacjentów (same kobiety) paliły tytoń. W związku z powyższym odsetek palących wśród pacjentów z zespołem Sjögrena wyniósł 27,0%.

Tabela 37. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	15	5	33,3	10	66,7
41 – 60	15	3	20,0	12	80,0
61 i więcej	7	2	28,6	5	71,4
OGÓŁEM	37	10**	27,0	27**	73,0
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	13	5	38,5	8	61,5
41 – 60	13	3	23,1	10	76,9
61 i więcej	6	2	33,3	4	66,7
OGÓŁEM	32	10	31,3	22	68,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	0	0,0	2	100,0
41 – 60	2	0	0,0	2	100,0
61 i więcej	1	0	0,0	1	100,0
OGÓŁEM	5	0	0,00	5	100,00

** - p<0,05

Tabela 38 prezentuje liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku. Chorzy ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze liszaja płaskiego

stanowili stosunkowo liczną grupę (391 osób, w tym 275 kobiet i 116 mężczyzn). Liczba palaczy tytoniu w tej grupie wynosiła 98 (74 kobiety i 24 mężczyzn), zatem odsetek częstości palenia wśród chorych z liszajem wynosił 25,1% (26,9% u kobiet i 20,7% u mężczyzn) i był niższy od tego samego odsetka w grupie pacjentów ze wszystkimi schorzeniami i nieprawidłowościami dotyczącymi błony śluzowej jamy ustnej o ponad 12%. Największa liczba przypadków liszaja oraz największy odsetek osób palących z liszajem występował w grupie wiekowej od 41 do 60 lat.

Tabela 38. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	72	14*	19,4	58*	80,6
41 – 60	162	49*	30,3	113*	69,7
61 i więcej	157	35*	22,3	122*	77,7
OGÓŁEM	391	98*	25,1	293*	74,9
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	53	10*	18,9	43*	81,1
41 – 60	116	34*	29,3	82*	70,7
61 i więcej	106	30*	28,3	76*	71,7
OGÓŁEM	275	74*	26,9	201*	73,1
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	19	4	21,1	15	78,9
41 – 60	46	15	32,6	31	67,4
61 i więcej	51	5*	9,8	46*	90,2
OGÓŁEM	116	24*	20,7	92*	79,3

* - p<0,001

Ostatnią analizowaną jednostką chorobową w aspekcie palenia tytoniu jest często występujący (zwłaszcza u kobiet) zespół pieczenia jamy ustnej BMS. Szczegółowo tę kwestię przedstawia tabela 39. Zespół ten diagnozowano u 432 pacjentów, z czego grupę tę stanowiły 383 kobiety oraz 49 mężczyzn. Co ciekawe, odsetek palących pacjentów w tej grupie był najniższy ze wszystkich analizowanych w tym aspekcie jednostek chorobowych i wynosił 18,3% (18,0% u kobiet i 20,4% u mężczyzn). Na podstawie analizy stwierdzono, że liczba pacjentów z BMS wynosiła 79 (w tym 69 kobiet i 10 mężczyzn). Można w niej zauważyć, że podobnie jak w przypadku grzybicy jamy ustnej, częstość występowania zespołu pieczenia jamy ustnej rosła wraz z wiekiem zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, natomiast odsetek palących był największy wśród młodszych osób z tą jednostką chorobową tj. w grupie wiekowej od 21 do 40 roku życia i wynosił 29,0%.

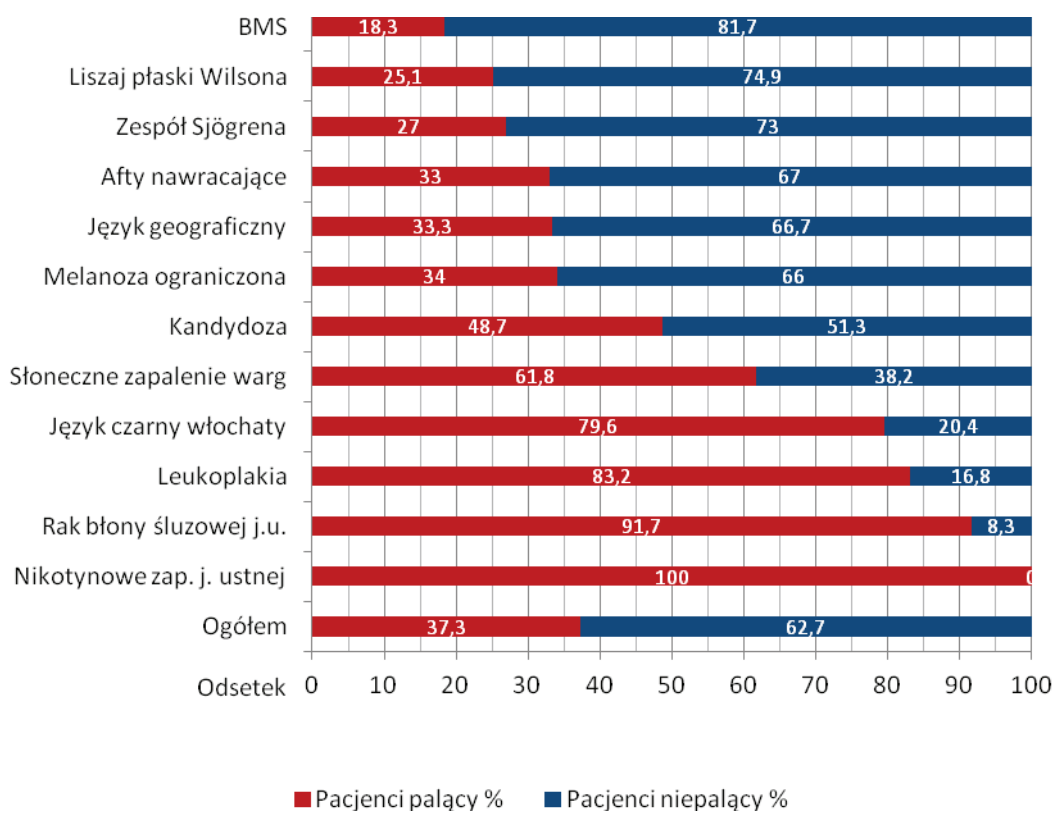
Tabela 39. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS palących tytoń z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci palący tytoń		Pacjenci niepalący tytoń	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	31	9	29,0	22	71,0
41 – 60	153	34*	22,2	119*	77,8
61 i więcej	248	36*	14,5	212*	85,5
OGÓŁEM	432	79*	18,3	353*	81,7
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	28	8	28,6	20	71,4
41 – 60	135	28*	20,7	107*	79,3
61 i więcej	220	33*	15,0	187*	85,0
OGÓŁEM	383	69*	18,0	314*	82,0
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	1	33,3	2	66,7
41 – 60	18	6	33,3	12	66,7
61 i więcej	28	3**	10,7	25**	89,3
OGÓŁEM	49	10**	20,4	39**	79,6

* - p<0,001

** - p<0,05

Rycina 10 prezentuje odsetek palaczy tytoniu w odniesieniu do wybranych chorób błony śluzowej jamy ustnej.



Rycina 10. Odsetek palaczy tytoniu we wszystkich grupach wiekowych

4.3.3. Cukrzyca a wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej

Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej chorych na cukrzycę zostały przedstawione w tabeli 40. Ogółem w grupie 5179 pacjentów (3310 kobiet i 1869 mężczyzn), u których stwierdzono problemy dotyczące błony śluzowej chorych na cukrzycę było 522 pacjentów (352 kobiet i 170 mężczyzn). W związku z powyższym odsetek pacjentów chorych na cukrzycę w stosunku do wszystkich z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej wynosił 10,1% (z czego 10,6% u kobiet i 9,1% u mężczyzn).

Tabela 40. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci z chorobami błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	398	11*	2,8	387*	97,2
11 – 20	257	8*	3,1	249*	96,9
21 – 40	1099	49*	4,5	1050*	95,5
41 – 60	1751	136*	7,8	1615*	92,2
61 i więcej	1674	318*	19,0	1356*	81,0
OGÓŁEM	5179	522*	10,1	4657*	89,9
KOBIETY					
0 – 10	216	5*	2,3	211*	97,7
11 – 20	151	4*	2,7	147*	97,3
21 – 40	690	30*	4,4	660*	95,6
41 – 60	1147	104*	9,1	1043*	90,9
61 i więcej	1106	209*	18,9	897*	81,1
OGÓŁEM	3310	352*	10,6	2958*	89,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	182	6*	3,3	176*	96,7
11 – 20	106	4*	3,8	102*	96,2
21 – 40	409	19*	4,7	390*	95,3
41 – 60	604	32*	5,3	572*	94,7
61 i więcej	568	109*	19,2	459*	80,8
OGÓŁEM	1869	170*	9,1	1699*	90,9

* - p<0,001

** - p<0,05

Odsetek chorych na cukrzycę rósł w kolejnych grupach wiekowych. W najmłodszej grupie wiekowej u dzieci do 10 roku życia cukrzyca występowała u 2,8% pacjentów (na 398 chorych cukrzycę miało 11 z nich). Najwyższy odsetek chorych na cukrzycę występował w najstarszej grupie wiekowej pacjentów, gdzie średnio 19 na 100 chorych z chorobami błony śluzowej było diabetykami (na 1674 chorych cukrzycę diagnozowano u 318 z nich). Podobna tendencja występowała zarówno u kobiet (2,3% w grupie najmłodszej i 18,9% w grupie najstarszej), jak i u mężczyzn (3,3% w grupie najmłodszej i 19,2% w grupie najstarszej).

Analizie poddano 7 jednostek chorobowych, w stosunku do których cukrzyca może być czynnikiem ryzyka ich występowania lub koincydencja z nią może być nieprzypadkowa. W przypadku analizy pod kątem zmian odsetka pacjentów z cukrzycą i chorobami błony śluzowej stwierdzono, że wraz ze spadkiem liczby przypadków występowania badanych jednostek chorobowych malał także odsetek diabetyków wśród nich.

Tabela 41 prezentuje liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną kandydozą chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku. Infekcja grzybami z rodzaju *Candida* była najczęściej diagnozowaną jednostką chorobową w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Spośród 1499 osób chorych na kandydozę (1107 kobiet i 392 mężczyzn) cukrzykami były 203 osoby (158 kobiet i 45 mężczyzn). Z tego wynika, że średni odsetek diabetyków wśród osób zakażonych grzybami z rodzaju *Candida* wynosił 13,5%, będąc wyższym u kobiet (14,3%), niż u mężczyzn (11,5%).

Tabela 41. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną infekcją *Candida* chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną infekcją <i>Candida</i>				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	72	3*	4,2	69*	95,8
11 – 20	42	3*	7,1	39*	92,9
21 – 40	208	17*	8,2	191*	91,8
41 – 60	549	54*	9,8	495*	90,2
61 i więcej	628	126*	20,1	502*	79,9
OGÓŁEM	1499	203*	13,5	1296*	86,5
KOBIETY					
0 – 10	34	2*	5,9	32*	94,1
11 – 20	24	2**	8,3	22**	91,7
21 – 40	152	13*	8,6	139*	91,4
41 – 60	424	47*	11,1	377*	88,9
61 i więcej	473	94*	19,9	379*	80,1
OGÓŁEM	1107	158*	14,3	949*	85,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	38	1*	2,6	37*	97,7
11 – 20	18	1**	5,6	17**	94,4
21 – 40	56	4*	7,1	52*	92,9
41 – 60	125	7*	5,6	118*	94,4
61 i więcej	155	32*	20,7	123*	79,3
OGÓŁEM	392	45*	11,5	347*	88,5

* - p<0,001

** - p<0,05

Analizując powyższą tabelę można dodatkowo zauważyć tendencję wzrostu liczby osób z *Candida* wraz ze wzrostem wieku, poza najmłodszą grupą do 10 roku życia (zdiagnozowano 72 przypadki kandydozy i wśród nich 3 przypadki cukrzycy) i grupą następną (w wieku od 11 do 20 lat), gdzie zdiagnozowano 42 przypadki infekcji *Candida* przy jednoczesnych 3 przypadkach cukrzycy w tej grupie. W grupie pacjentów powyżej 60 roku życia na 628 przypadków grzybicy stwierdzono 126 przypadków cukrzycy (co stanowiło 20,1%).

Tabela 42 prezentuje liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona chorych na cukrzycę. W grupie

392 chorych (274 kobiet i 118 mężczyzn) ze stwierdzonym liszajem diabetykami było 45 osób (37 kobiet i 8 mężczyzn). W związku z tym odsetek osób chorych na cukrzycę względem wszystkich z liszajem płaskim Wilsona wynosił 11,5% (w tym u kobiet 13,5%, a u mężczyzn 6,8%). Zmiany o charakterze liszaja diagnozowano u pacjentów powyżej 21 roku życia, przy czym częstość wzrastała z wiekiem i w grupach wiekowych 41 – 60 lat oraz powyżej 60 roku życia była na podobnym poziomie. Natomiast największy wzrost odsetka osób z cukrzycą zanotowano w najstarszej grupie wiekowej (61 lat i więcej), gdzie stwierdzono 27 osób z liszajem płaskim chorych na cukrzycę, co stanowiło 17,0% w tej grupie wiekowej.

Tabela 42. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	71	4*	5,6	67*	94,7
41 – 60	162	14*	8,6	148*	91,4
61 i więcej	159	27*	17,0	132*	83,0
OGÓŁEM	392	45*	11,5	347*	88,5
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	52	2*	3,9	50*	96,1
41 – 60	116	14*	12,1	102*	87,9
61 i więcej	106	21*	19,8	85*	80,2
OGÓŁEM	274	37*	13,5	237*	86,5
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	19	2*	10,5	17*	89,5
41 – 60	46	0*	0,0	46*	100,0
61 i więcej	53	6*	11,3	47*	88,7
OGÓŁEM	118	8*	6,8	110*	93,2

* - p<0,001

Kolejną analizowaną w tym aspekcie jednostką chorobową był zespół pieczenia jamy ustnej BMS (tabela 43). Ta jednostka chorobowa została stwierdzona u 383 kobiet i 49 mężczyzn (łącznie u 432 osób), natomiast w tej grupie liczba osób z cukrzycą wynosiła 43 kobiety, 4 mężczyzn (łącznie 47 osób). Odsetek diabetyków w grupie chorych na BMS wyniósł 10,9% (w tym 11,2% u kobiet i 8,2% u mężczyzn). Zespół BMS nie był diagnozowany u chorych poniżej 20 roku życia, a wraz ze wzrostem wieku zauważyć można gwałtowny wzrost liczby chorych na BMS zarówno u kobiet (28 kobiet w wieku 21 – 40 lat, 135 kobiet w wieku 41 – 60 lat oraz 220 kobiet w wieku 61 lat i więcej), jak i u mężczyzn (3 mężczyzn w wieku 21 – 40 lat, 18 mężczyzn w wieku 41 – 60 lat i 28 mężczyzn w grupie wiekowej powyżej 60 roku życia).

Tabela 43. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	31	1*	3,2	30*	96,8
41 – 60	153	7*	4,6	146*	95,4
61 i więcej	248	39*	15,7	209*	84,3
OGÓŁEM	432	47*	10,9	385*	89,1
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	28	1*	3,6	27*	96,4
41 – 60	135	7*	5,2	128*	94,8
61 i więcej	220	35*	15,9	185*	84,1
OGÓŁEM	383	43*	11,2	340*	88,8
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	0	0,0	3	100,0
41 – 60	18	0*	0,0	18*	100,0
61 i więcej	28	4**	14,3	24**	85,7
OGÓŁEM	49	4*	8,2	45*	91,8

* - p<0,001

** - p<0,05

Podobną tendencję wykazywała liczba diabetyków wśród chorych z zespołem BMS. U kobiet liczba ta rosła od 1 osoby w grupie wiekowej 21 – 40 lat, przez 7 kobiet w grupie wiekowej 41 – 60 lat, po 35 osób w grupie wiekowej powyżej 60 roku życia. U mężczyzn natomiast chorych na cukrzycę w liczbie 4 osób stwierdzono jedynie w najstarszej grupie pacjentów ze zdiagnozowanym BMS. Zatem można wysnuć wniosek, że tendencja wzrostu wartości odsetka diabetyków wśród osób z BMS była zachowana wraz ze wzrostem wieku badanych (do poziomu 4,2% przez 4,6% po 15,7% w najstarszej grupie wiekowej).

Tabela 44 prezentuje aspekt cukrzycy wśród chorych ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze leukoplakii w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

Tabela 44. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze leukoplakii chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze leukoplakii				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	73	2*	2,7	71*	97,3
41 – 60	143	9*	6,3	134*	93,7
61 i więcej	99	20*	20,2	79*	79,8
OGÓŁEM	315	31*	9,8	284*	90,2
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	38	0*	0,0	38*	100,0
41 – 60	71	7*	9,9	64*	90,1
61 i więcej	37	9**	24,3	28**	75,7
OGÓŁEM	146	16*	11,0	130*	89,0
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	35	2*	5,7	33*	94,3
41 – 60	72	2*	2,8	70*	97,2
61 i więcej	62	11*	17,7	51*	82,3
OGÓŁEM	169	15*	8,9	154*	91,1

* - p<0,001

** - p<0,05

Leukoplakia diagnozowana była u 315 osób (146 kobiet i 169 mężczyzn), natomiast w tej grupie cukrzyca występowała w 31 przypadkach (w tym u 16 kobiet i 15 mężczyzn). Zatem odsetek występowania grzybicy wśród pacjentów z leukoplakią wynosił średnio 9,8% (w tym 11,0% u kobiet i 8,9% u mężczyzn). Najliczniej leukoplakia diagnozowana była w grupach kobiet i mężczyzn w wieku 41 – 60 lat (łącznie 143 przypadki), natomiast odsetek chorych z cukrzycą rósł wraz z wiekiem wynosząc w najmłodszej grupie wiekowej pacjentów z leukoplakią (21 – 40 lat) średnio 2,7%, a w najstarszej (powyżej 60 roku życia) już średnio 20,2%.

Zmiany o charakterze aft były kolejnym typem schorzeń występujących w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i zestawionych z występowaniem cukrzycy, co prezentuje tabela 45.

Tabela 45. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	26	0*	0,0	26*	100,0
11 – 20	9	2	22,2	7	77,8
21 – 40	72	5*	6,9	67*	93,1
41 – 60	48	4*	8,3	44*	91,7
61 i więcej	20	5	25,0	15	75,0
OGÓŁEM	175	16	9,1	159	90,9
KOBIETY					
0 – 10	16	0*	0,0	16*	100,0
11 – 20	7	1	14,3	6	85,7
21 – 40	45	2*	4,4	43*	95,6
41 – 60	32	3*	9,4	29*	90,6
61 i więcej	11	1	9,1	10	90,9
OGÓŁEM	111	7*	6,3	104*	93,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	10	0**	0,0	10**	100,0
11 – 20	2	1	50,0	1	50,0
21 – 40	27	3**	11,1	24**	88,9
41 – 60	16	1**	6,3	15**	93,7
61 i więcej	9	4	44,4	5	55,6
OGÓŁEM	64	9*	14,1	55*	85,9

* - p<0,001

** - p<0,05

Łącznie aftozy diagnozowane były u 175 osób (111 kobiet i 64 mężczyzn), natomiast wśród nich liczba osób z cukrzycą wynosiła 16 (7 kobiet i 9 mężczyzn). Odsetek diabetyków w grupie pacjentów ze zmianami o charakterze aft wyniósł średnio 9,1% (6,3% u kobiet i 14,1% u mężczyzn). Najliczniejszą grupą chorych z aftami byli pacjenci w wieku 21 – 40 lat chociaż trudno określić jednoznaczną tendencję w stosunku do grup wiekowych. Brak też ścisłej tendencji w występowaniu cukrzycy u pacjentów z aftozami.

Przeanalizowano także przypadki występowania cukrzycy i raka błony śluzowej jamy ustnej, a wyniki tej analizy prezentuje tabela 46. Wśród 48 chorych (16 kobiet i 32 mężczyzn) z tym nowotworem jedynie 4 osoby (1 kobieta i 3 mężczyzn) chorowały na cukrzycę. Choć odsetek ten wynosił 9,5% trudno jednoznacznie mówić o tendencji ze względu na małą liczebność zarówno grupy chorych onkologicznych, jak i bardzo małą liczbę diabetyków w tej grupie.

Tabela 46. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
	N	n _t	% _t	n _n	% _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	4	1	25,0	3	75,0
41 – 60	23	1*	4,3	22*	95,7
61 i więcej	21	2**	9,5	19**	90,5
OGÓŁEM	48	4*	8,3	44*	91,7
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	0	0,0	1	100,0
41 – 60	8	0**	0,0	8**	100,0
61 i więcej	7	1	14,3	6	85,7
OGÓŁEM	16	1**	6,3	15**	93,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	1	33,3	2	66,7
41 – 60	15	1**	6,7	14**	93,3
61 i więcej	14	1**	7,1	13**	92,9
OGÓŁEM	32	3*	9,4	29*	90,6

* - p<0,001

** - p<0,05

Ostatnią prezentowaną jednostką chorobową w aspekcie współistnienia cukrzycy był zespół Sjögrena, co prezentuje tabela 47. Na 37 pacjentów (32 kobiety i 5 mężczyzn), u których zdiagnozowano ten zespół tylko u 1 kobiety (w wieku powyżej 60 lat) stwierdzono także cukrzycę. Zatem odsetek pacjentów z cukrzycą w przypadku zespołu Sjögrena wynosił zaledwie 2,7%.

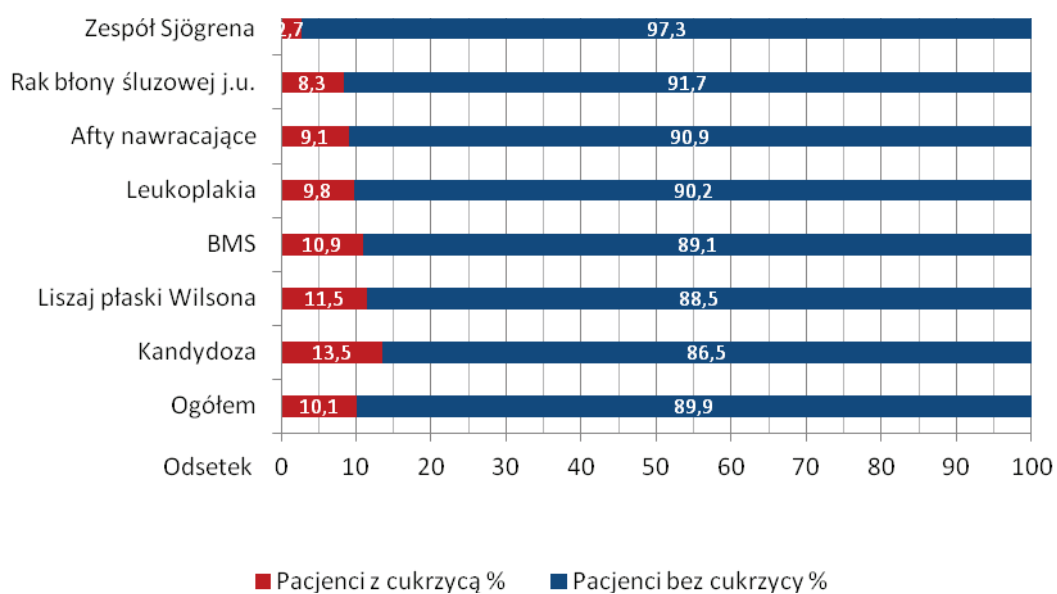
Tabela 47. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena chorych na cukrzycę z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną cukrzycą		Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	15	0**	0,0	15**	100,0
41 – 60	15	0**	0,0	15**	100,0
61 i więcej	7	1	14,3	6	85,7
OGÓŁEM	37	1*	2,7	36*	97,3
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	13	0**	0,0	13**	100,0
41 – 60	13	0**	0,0	13**	100,0
61 i więcej	6	1	16,7	5	83,3
OGÓŁEM	32	1*	3,1	31*	96,9
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	0	0,0	2	100,0
41 – 60	2	0	0,0	2	100,0
61 i więcej	1	0	0,0	1	100,0
OGÓŁEM	5	0	0,0	5	100,0

* - p<0,001

** - p<0,05

Rycina 11 prezentuje odsetek pacjentów chorych na cukrzycę w odniesieniu do wybranych chorób błony śluzowej jamy ustnej.



Rycina 11. Odsetek chorych na cukrzycę we wszystkich grupach wiekowych

4.3.4. Choroby sercowo – naczyniowe a wybrane jednostki chorobowe błony śluzowej jamy ustnej

Schorzenia układu sercowo – naczyniowego są czwartym czynnikiem analizowanym w kontekście współwystępowania z chorobami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Liczbę i odsetek pacjentów ze wszystkimi zdiagnozowanymi jednostkami chorobowymi w zakresie błony śluzowej jamy ustnej jednocześnie chorujących na schorzenia układu sercowo – naczyniowego przedstawiono w tabeli 48.

Tabela 48. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci z chorobami błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo - naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	398	2*	0,5	396*	99,5
11 – 20	257	15*	5,8	242*	94,2
21 – 40	1099	113*	10,3	986*	89,7
41 – 60	1751	466*	26,6	1285*	73,4
61 i więcej	1674	895*	53,5	779*	46,5
OGÓŁEM	5179	1491*	28,8	3688*	71,2
KOBIETY					
0 – 10	216	0*	0,0	216*	100,0
11 – 20	151	10*	6,6	141*	93,4
21 – 40	690	68*	9,9	622*	90,1
41 – 60	1147	296*	25,8	851*	74,2
61 i więcej	1106	616*	55,7	490*	44,3
OGÓŁEM	3310	990*	29,9	2320*	70,1
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	182	2*	1,1	180*	98,9
11 – 20	106	5*	4,7	101*	95,3
21 – 40	409	45*	11,0	364*	89,0
41 – 60	604	170*	28,2	434*	71,8
61 i więcej	568	279*	49,1	289*	50,9
OGÓŁEM	1869	501*	26,8	1368*	73,2

* - p<0,001

W badanym dziewięcioletnim okresie u 1491 pacjentów (990 kobiet i 501 mężczyzn) stwierdzono obecność chorób sercowo – naczyniowych spośród wszystkich 5179 pacjentów (3310 kobiet i 1869 mężczyzn) ze schorzeniami i nieprawidłowościami w zakresie błony śluzowej jamy ustnej. Powyższe wskazuje, że odsetek osób ze schorzeniami układu sercowo – naczyniowego spośród wszystkich pacjentów z patologiami błony śluzowej jamy ustnej wynosił 28,8% (przy czym u kobiet 29,9% a u mężczyzn 26,8%).

Podobnie jak w przypadku cukrzycy, odsetek osób z chorobami układu sercowo – naczyniowego rósł wraz z wiekiem badanych. O ile w najmłodszej grupie wiekowej na 398 chorych 2 z nich miało zdiagnozowane choroby układu sercowo – naczyniowego (0,5%), to w kolejnych grupach obserwujemy wyraźny wzrost. W grupie wiekowej od 11 do 20 lat na 257 pacjentów 15 z nich cierpiało na choroby układu sercowo – naczyniowego. W grupie 21 – 40 lat na 1099 chorych u 113 pacjentów (10,3%) stwierdzono koincydencję chorób układu sercowo – naczyniowego ze schorzeniami i nieprawidłowościami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. W kolejnej grupie wiekowej (41 – 60 lat) znalazło się 1751 pacjentów z chorobami błony śluzowej. Spośród nich 466 chorych (26,6%) wykazywało patologie w zakresie serca lub naczyń krwionośnych. W najstarszej grupie wiekowej odsetek ten był największy – 53,5% czyli ponad połowa chorych (895 osób) skarżyło się na choroby układu sercowo – naczyniowego spośród 1674 osób ze schorzeniami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej. Zbliżony trend i proporcje panowały w grupie kobiet oraz w grupie mężczyzn.

Analizie podobnie jak w przypadku cukrzycy poddano 7 jednostek chorobowych, jednak w przeciwieństwie do poprzedniego aspektu, w przypadku chorób sercowo – naczyniowych nie stwierdzono liniowej prawidłowości.

Liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS chorych na schorzenia sercowo – naczyniowe przedstawia tabela 49. Średni odsetek pacjentów, u których stwierdzono koincydencję wspomnianych schorzeń wynosił 47,0% (odpowiednio 46,0% u kobiet i 55,1% u mężczyzn), ponieważ w grupie 432 pacjentów (383 kobiet i 49 mężczyzn) z BMS u 203 (w tym 176 kobiet i 27 mężczyzn) współistniały choroby układu sercowo – naczyniowego. Zarówno liczba osób z zespołem pieczenia jamy ustnej (u kobiet i u mężczyzn), jak i odsetek koincydencji w tej grupie chorób układu sercowo – naczyniowego rosły wraz z wiekiem – najniższy odsetek (19,4%) był u pacjentów w grupie wiekowej 21 – 40 lat, a najwyższy (61,3%) stwierdzono w grupie powyżej 60 roku życia.

Tabela 49. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem pieczenia jamy ustnej BMS				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	31	6**	19,4	25**	80,6
41 – 60	153	45*	29,4	108*	70,6
61 i więcej	248	152**	61,3	96**	38,7
OGÓŁEM	432	203	47,0	229	53,0
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,
11 – 20	0	0	0,0	0	0,
21 – 40	28	6**	21,4	22**	78,6
41 – 60	135	36*	26,7	99*	73,3
61 i więcej	220	134**	60,9	86**	39,1
OGÓŁEM	383	176	46,0	207	54,0
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	0	0,0	3	100,0
41 – 60	18	9	50,0	9	50,0
61 i więcej	28	18	64,3	10	35,7
OGÓŁEM	49	27	55,1	22	44,9

* - p<0,001

** - p<0,05

Tabela 50 prezentuje liczbę pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona wraz z odsetkiem współistnienia wraz z nim chorób układu sercowo – naczyniowego. W wyniku analizy wykazano, że przez 9 lat zdiagnozowano 392 przypadki (u 274 kobiet i 118 mężczyzn) występowania liszaja płaskiego Wilsona na błonie śluzowej jamy ustnej. Jednocześnie w grupie tej stwierdzono występowanie 139 przypadków chorób układu – sercowo naczyniowego (u 93 kobiet i 46 mężczyzn).

Tabela 50. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym liszajem płaskim Wilsona				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	71	4*	5,6	67*	94,4
41 – 60	162	51*	31,5	111*	68,5
61 i więcej	159	84	52,8	75	47,2
OGÓŁEM	392	139*	35,5	253*	64,5
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	52	2*	3,9	50*	96,1
41 – 60	116	36**	31,0	80**	69,0
61 i więcej	106	55	51,9	51	48,1
OGÓŁEM	274	93*	33,9	181*	66,1
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	19	2**	10,5	17**	89,5
41 – 60	46	15	32,6	31	67,4
61 i więcej	53	29	54,7	24	45,3
OGÓŁEM	118	46	39,0	72	61,0

* - p<0,001

** - p<0,05

Odsetek współistnienia schorzeń sercowo – naczyniowych względem liszaja płaskiego Wilsona wynosił w badanej grupie 35,5% (w tym 33,9% u kobiet i 39,0% u mężczyzn). U kobiet najliczniejszą grupą chorych z liszajem były pacjentki w wieku od 41 do 60 lat (116 przypadków). Natomiast u mężczyzn najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku powyżej 60 roku życia (53 chorych). U obojga płci największy odsetek współistnienia chorób sercowo – naczyniowych względem liszaja płaskiego Wilsona zanotowano w najstarszych grupach wiekowych (61 lat i więcej) i wynosił on odpowiednio 52,8% u kobiet i 54,7% u mężczyzn.

Liczbę i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej oraz współistnieniem chorób układu sercowo – naczyniowego prezentuje tabela 51. Ogółem na 48 przypadków raka błony śluzowej jamy ustnej (w tym 16 przypadków u kobiet i 32 przypadki u mężczyzn) schorzenia sercowo – naczyniowe towarzyszyły chorym w 17 przypadkach (5 u kobiet i 12 u mężczyzn). W związku z powyższym odsetek współistnienia chorób sercowo – naczyniowych u pacjentów z rakiem błony śluzowej jamy ustnej wynosił 35,4%, przy czym u kobiet osiągnął on poziom 31,3%, a u mężczyzn 37,5%.

Tabela 51. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem błony śluzowej jamy ustnej				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	4	0	0,0	4	100,0
41 – 60	23	8	34,8	15	65,2
61 i więcej	21	9	42,9	12	57,1
OGÓŁEM	48	17	35,4	31	64,6
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	1	0	0,0	1	100,0
41 – 60	8	3	37,5	5	62,5
61 i więcej	7	2	28,6	5	71,4
OGÓŁEM	16	5	31,3	11	68,7
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	3	0	0,0	3	100,0
41 – 60	15	5	33,3	10	66,7
61 i więcej	14	7	50,0	7	50,0
OGÓŁEM	32	12	37,5	20	62,5

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie

Współistnienie infekcji *Candida* oraz chorób sercowo – naczyniowych opisuje tabela 52. Odsetek pacjentów, u których występowały schorzenia sercowo – naczyniowe przy jednoczesnej infekcji grzybami z rodzaju *Candida* wynosił 32,8% (34,2% u kobiet oraz 28,8% u mężczyzn). Liczba pacjentów z kandydozą jamy ustnej wynosiła 1499 (1107 kobiet oraz 392 mężczyzn), natomiast w tej grupie 491 chorych (387 kobiet oraz 113 mężczyzn) chorowało na choroby układu sercowo – naczyniowego. W grupie tej zauważono związek, iż wraz ze wzrostem liczby pacjentów z grzybicą w kolejnych grupach wiekowych rósł także odsetek osób z chorobami układu sercowo – naczyniowego. Największy stwierdzono w grupie osób powyżej 60 roku życia (wynosił 53,2%) gdyż na 628 osób w tym przedziale wiekowym aż 334 osoby chorowały z powodu problemów sercowo – naczyniowych.

Tabela 52. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną infekcją *Candida* chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowaną infekcją <i>Candida</i>				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	72	1 [*]	1,4	71 [*]	98,6
11 – 20	42	2 [*]	4,8	40 [*]	95,2
21 – 40	208	23 [*]	11,1	185 [*]	88,9
41 – 60	549	131 [*]	23,9	418 [*]	76,1
61 i więcej	628	334	53,2	294	46,8
OGÓŁEM	1499	491 [*]	32,8	1008 [*]	67,2
KOBIETY					
0 – 10	34	0 [*]	0,0	34 [*]	100,0
11 – 20	24	1 [*]	4,2	23 [*]	95,8
21 – 40	152	17 [*]	11,2	135 [*]	88,8
41 – 60	424	99 [*]	23,4	325 [*]	76,6
61 i więcej	473	261	55,2	212	44,8
OGÓŁEM	1107	378 [*]	34,2	729 [*]	65,8
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	38	1 [*]	2,6	37 [*]	97,4
11 – 20	18	1 ^{**}	5,6	17 ^{**}	94,4
21 – 40	56	6 [*]	10,7	50	89,3
41 – 60	125	32 [*]	25,6	93 [*]	74,4
61 i więcej	155	73	47,1	82	52,9
OGÓŁEM	392	113 [*]	28,8	279 [*]	71,2

* - p<0,001

** - p<0,05

Tabela 53 prezentuje szczegółowe dane dotyczące przypadków występowania zespołu Sjögrena pod względem współistnienia chorób sercowo – naczyniowych. Na 37 przypadków (32 u kobiet i 5 u mężczyzn) występowania zespołu Sjögrena w 12 przypadkach (u 11 kobiet i 1 mężczyzny) wywiad w kierunku chorób sercowo – naczyniowych był dodatni. W związku z powyższym ogólny odsetek współistnienia schorzeń układu sercowo – naczyniowego u pacjentów z zespołem Sjögrena wynosił 32,4% (34,4% u kobiet oraz 20,0% u mężczyzn)

Tabela 53. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem Sjögrena				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	15	2**	13,3	13**	86,7
41 – 60	15	6	40,0	9	60,0
61 i więcej	7	4	57,1	3	42,9
OGÓŁEM	37	12	32,4	25	67,6
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	13	2	15,4	11	84,6
41 – 60	13	6	46,2	7	53,8
61 i więcej	6	3	50,0	3	50,0
OGÓŁEM	32	11	34,4	21	65,6
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	2	0	0,0	2	100,0
41 – 60	2	0	0,0	2	100,0
61 i więcej	1	1	100,0	0	0,0
OGÓŁEM	5	1	20,0	4	80,0

** - p<0,05

Ponadto analizie poddano pacjentów ze zmianami o charakterze leukoplakii. Liczba tych pacjentów (co prezentuje tabela 54) wynosiła łącznie 256 (w tym 117 kobiet i 139 mężczyzn), a wśród nich 77 osób (33 kobiety i 44 mężczyzn) miało problemy z układem sercowo – naczyniowym. Zatem średni odsetek współistnienia leukoplakii z chorobami sercowo – naczyniowymi wyniósł 30,1% (przy czym odsetek u kobiet wynosił 28,2%, zaś u mężczyzn 31,7%). Najliczniejszą grupą wiekową w przypadku obu płci była grupa w wieku od 41 do 60 lat – znalazły się tu 62 kobiety oraz 63 mężczyzn (łącznie 125 osób), zaś liczba przypadków koincydencji z chorobami sercowo – naczyniowymi była najwyższa w najstarszej grupie (u pacjentów powyżej 60 roku życia) i wynosiła 36 osób (14 u kobiet i 22 u mężczyzn) co stanowiło połowę liczebności tej grupy wiekowej.

Tabela 54. Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze leukoplakii chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze leukoplakii				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	59	8*	13,6	51*	86,4
41 – 60	125	33*	26,4	92*	73,6
61 i więcej	72	36	50,0	36	50,0
OGÓŁEM	256	77*	30,1	179*	69,9
KOBIETY					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	31	4**	12,9	27**	87,1
41 – 60	62	15**	24,2	47**	75,8
61 i więcej	24	14	58,3	10	41,7
OGÓŁEM	117	33*	28,2	84*	71,8
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	0	0	0,0	0	0,0
11 – 20	0	0	0,0	0	0,0
21 – 40	28	4**	14,3	24**	85,7
41 – 60	63	18**	28,6	45**	71,4
61 i więcej	48	22	45,8	26	54,2
OGÓŁEM	139	44*	31,7	95*	68,3

* - p<0,001

** - p<0,05

Zaprezentowani w tabeli 55 pacjenci ze zmianami o charakterze aft stanowili grupę, w której odsetek współistnienia chorób układu sercowo – naczyniowego był najniższy z badanych grup i wynosił 25,1% (20,8% u kobiet i 32,8% u mężczyzn). Łącznie afte diagnozowano u 175 chorych (111 kobiet i 64 mężczyzn), zaś w tej grupie schorzenia sercowo – naczyniowe prezentowało 44 pacjentów (23 kobiety i 21 mężczyzn). Rozkład częstości występowania zmian o charakterze aft nie był związany z wiekiem, jednakże odsetek koincydencji chorób sercowo – naczyniowych miał swoją dodatnią korelację wraz ze wzrostem wieku pacjentów w tej grupie.

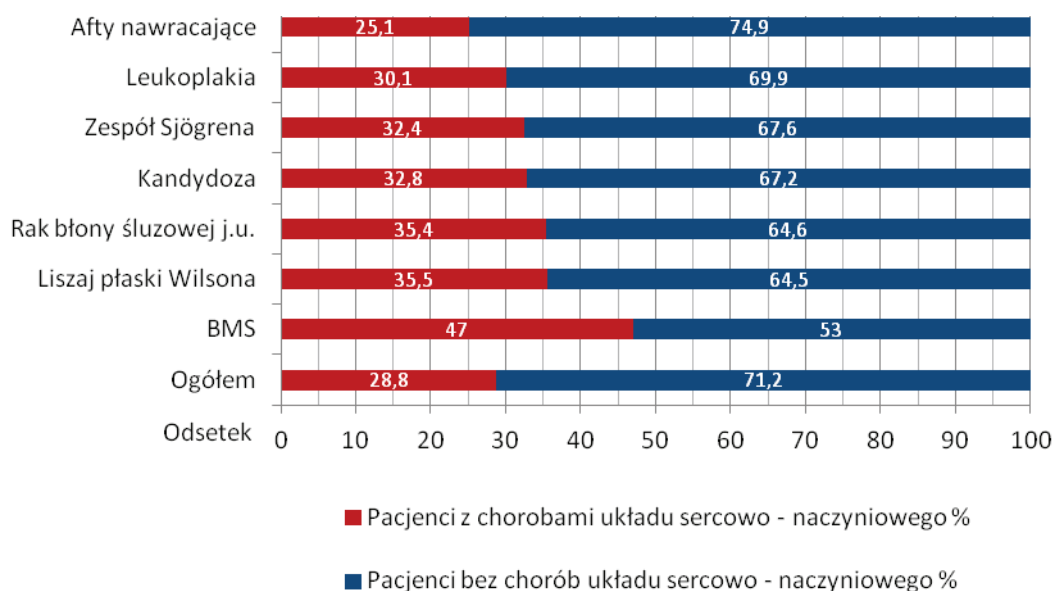
Tabela 55 Liczba i odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft chorych na schorzenia układu sercowo - naczyniowego z uwzględnieniem płci i wieku

Wiek (w latach)	Pacjenci ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze aft				
	Ogólna liczba pacjentów	Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo - naczyniowego		Pacjenci bez zdiagnozowanej choroby układu sercowo – naczyniowego	
		N	n _t	% _t	n _n
KOBIETY I MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	26	0 [*]	0,0	26 [*]	100,0
11 – 20	9	1	11,1	8	88,9
21 – 40	72	10 [*]	13,9	62 [*]	86,1
41 – 60	48	17	35,4	31	64,6
61 i więcej	20	16	80,0	4	20,0
OGÓŁEM	175	44 [*]	25,1	131 [*]	74,9
KOBIETY					
0 – 10	16	0 [*]	0,0	16 [*]	100,0
11 – 20	7	0	0,0	7	100,0
21 – 40	45	4 [*]	8,9	41 [*]	91,1
41 – 60	32	9	28,1	23	71,9
61 i więcej	11	10	90,9	1	9,1
OGÓŁEM	111	23	20,7	88	79,3
MĘŻCZYŹNI					
0 – 10	10	0 ^{**}	0,0	10 ^{**}	100,0
11 – 20	2	1	50,0	1	50,0
21 – 40	27	6 ^{**}	22,2	21 ^{**}	77,8
41 – 60	16	8	50,0	8	50,0
61 i więcej	9	6	66,7	3	33,3
OGÓŁEM	64	21 ^{**}	32,8	43 ^{**}	67,2

* - p<0,001

** - p<0,05

Rycina 12 prezentuje odsetek pacjentów chorych na choroby układu sercowo – naczyniowego w odniesieniu do wybranych chorób błony śluzowej jamy ustnej.



Rycina 12. Odsetek chorych na choroby układu sercowo - naczyniowego we wszystkich grupach wiekowych

4.4. Podsumowanie wyników

Po analizie 15154 kart historii choroby wszystkich pacjentów, którzy w badanym dziewięcioletnim okresie zgłosiło się do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej w Gdańsku stwierdzono, że z tej grupy 5179 pacjentów zgłosiło się z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej (około 1/3 wszystkich diagnozowanych i leczonych w Poradni pacjentów). Poziom wahał się od 28,1% do 39,1% w poszczególnych latach.

Z uwagi na współwystępowanie u części chorych więcej niż jednej jednostki chorobowej liczba postawionych rozpoznań dotyczących chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej wynosiła 5974.

Prawie dwukrotnie więcej rozpoznań postawiono w grupie kobiet (3809 rozpoznań – 63,8%). U mężczyzn postawiono 2165 rozpoznań (36,2%).

Najczęściej diagnozowanymi jednostkami chorobowymi były: kandydoza jamy ustnej (1543 przypadki – 25,8% rozpoznań), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (609 przypadków – 10,2%), liszaj płaski Wilsona (493 przypadki – 8,3%), zespół pieczenia jamy ustnej BMS (436 przypadków – 7,3%) oraz leukoplakia (432 przypadki – 7,2%). Ogółem stwierdzono 42 typy chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, natomiast najrzadziej diagnozowanymi jednostkami były: nadziąślak olbrzymiokomórkowy (1 przypadek), zespół Melkerssona – Rosenthala (2 przypadki), toczeń rumieniowaty (3 przypadki) i hemofilia (3 przypadki).

W grupie kobiet najczęściej diagnozowano: kandydozę jamy ustnej (1126 przypadków – 29,6% rozpoznań stawianych u kobiet), zespół pieczenia jamy ustnej BMS (386 przypadków – 10,1%), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (365 przypadków – 9,6%), liszaj płaski Wilsona (356 przypadków – 9,4%) oraz leukoplakię (218 przypadków – 5,7%). Ogółem u kobiet diagnozowano 40 typów schorzeń i nieprawidłowości, najrzadziej występowały hemofilia (1 przypadek), wargę olbrzymią (1 przypadek), zespół Stevensa – Johnsona (1 przypadek), toczeń rumieniowaty (3 przypadki) oraz ropień podśluzówkowy (3 przypadki).

W grupie mężczyzn najczęściej diagnozowano: kandydozę jamy ustnej (417 przypadków – 19,3% rozpoznań stawianych u mężczyzn), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (244 przypadki – 11,3%), leukoplakię (214 przypadków – 9,9%), zmiany pourazowe (183 przypadki – 8,5%) oraz liszaj płaski Wilsona (137 przypadków – 6,3%), a także język geograficzny (134 przypadki – 6,2%). Występujący na drugim miejscu u kobiet zespół pieczenia jamy ustnej BMS, u mężczyzn diagnozowano 50 razy (2,3% przypadków),

dlatego znalazł się on na 11 miejscu pod względem częstości występowania schorzeń i nieprawidłowości u mężczyzn. Łącznie u mężczyzn stwierdzono występowanie 39 typów chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Najrzadziej diagnozowano nadziąślak olbrzymiokomórkowy (1 przypadek), zespół Melkerssona – Rosenthala (2 przypadki), hemofilię (2 przypadki) oraz rumień wielopostaciowy (2 przypadki).

Liczba przypadków występowania schorzeń i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej zmieniała się wraz z wiekiem pacjentów. W najmłodszej grupie wiekowej (do 10 roku życia) zdiagnozowano 426 przypadków chorób (w tym 232 w grupie dziewcząt i 194 w grupie chłopców). U najmłodszych najczęściej diagnozowano: zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (245 przypadków – 57,5% rozpoznań w danej grupie wiekowej), kandydozę jamy ustnej (75 przypadków – 17,6%) oraz wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (41 przypadków – 9,6%). W grupie wiekowej od 11 do 20 roku życia postawiono 278 rozpoznań (w tym 163 u dziewcząt i kobiet oraz 115 w grupie chłopców i mężczyzn). W badanej grupie wiekowej najczęściej występowały: zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (140 przypadków – 50,4%), kandydoza jamy ustnej (45 przypadków – 16,2%) oraz zmiany pourazowe i wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (obie jednostki zostały zdiagnozowane po 19 razy – co stanowiło 6,8% rozpoznań w przypadku każdej z jednostek). W grupie wiekowej od 21 do 40 lat stwierdzono 1219 przypadków schorzeń i nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej (w tym 752 u kobiet i 467 u mężczyzn). W grupie tej najczęściej diagnozowano: kandydozę jamy ustnej (215 przypadków – 17,6%), zmiany pourazowe (116 przypadków – 9,5%), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (115 przypadków – 9,4%). W grupie wiekowej 41 – 60 lat postawiono 2035 rozpoznań (w tym 1324 u kobiet i 711 u mężczyzn). W tej grupie wiekowej dominowały: kandydoza jamy ustnej (564 przypadki –

27,7%), leukoplakia (197 przypadków – 9,7%) oraz liszaj płaski Wilsona (195 przypadków – 9,6%). Natomiast w najstarszej grupie wiekowej u pacjentów powyżej 60 roku życia postawiono 2016 rozpoznań (w tym 1339 u kobiet i 677 u mężczyzn). W tej grupie najczęściej występowały: grzybica jamy ustnej (664 przypadki – 31,9%), zespół pieczenia jamy ustnej (251 przypadków – 12,5%) oraz liszaj płaski Wilsona (217 przypadków – 10,8%).

Analizując schorzenia i nieprawidłowości, które u kobiet diagnozowano minimum 10 razy, tymi, wśród których stwierdzano najwyższy odsetek pacjentek zgłaszających się do Poradni bezpośrednio z tej przyczyny były: ziarniniak szczelinowaty (100%), zespół pieczenia jamy ustnej BMS (93,5%), wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (92,6%), język czarny włochaty (92,5%), pęcherzyca (91,4%) i pemfigoid (90,0%). Najniższy odsetek zgłaszalności się kobiet zanotowano w przypadku schorzeń i nieprawidłowości diagnozowanych co najmniej 10 razy, takich jak: choroba Deblanco (12,1%), romboidalne zapalenie języka (30,8%), melanoza ograniczona (31,5%) oraz tłuszczak (38,1%).

Poddając analizie choroby i zaburzenia, które występowały co najmniej 10 krotnie u mężczyzn, tymi, wśród których stwierdzono najwyższy odsetek pacjentów zgłaszających się bezpośrednio z tej przyczyny były: zespół pieczenia jamy ustnej BMS (100%), bakteryjne zapalenie jamy ustnej (100%), nikotynowe zapalenie jamy ustnej (100%), afty nawracające (93,8%), zmiany wywołane wirusem *Herpes varizella zoster* (92,9%), ziarniniak szczelinowaty (90,9%), wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej (90,2%) oraz zapalenie kątów warg (90,0%). Najniższy odsetek zgłaszalności się mężczyzn zanotowano w przypadku schorzeń i nieprawidłowości diagnozowanych co najmniej 10 razy, takich jak: melanoza ograniczona (16,2%), choroba Delbanco (22,5%), język geograficzny (29,9%) oraz romboidalne zapalenie języka (37,1%).

Klasyfikując schorzenia i nieprawidłowości na 8 grup ze względu na przyczyny oraz częstość ich występowania najliczniejszą grupę pod względem przypadków występowania stanowiły choroby infekcyjne (1845 przypadków – 30,9% wszystkich postawionych rozpoznań). Grupa będąca stanami przednowotworowymi, nowotworami łagodnymi i złośliwymi znalazła się na drugim miejscu z 975 postawionymi rozpoznaniem, co stanowiło 16,3% wszystkich postawionych rozpoznań).

W przypadku 633 pacjentów (12,2%) stwierdzano fakt współwystępowania więcej niż jednej jednostki chorobowej lub nieprawidłowości związanej z błoną śluzową jamy ustnej. Najczęściej współwystępującymi z innymi jednostkami były: kandydoza jamy ustnej (182 przypadki), leukoplakia (176 przypadków) oraz liszaj płaski Wilsona (159 przypadków).

Analiza zmienności częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii na przestrzeni 9 badanych lat wykazała, że tendencja wzrostu częstości zaobserwowana została w przypadku kandydozy jamy ustnej, zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych oraz zespołu pieczenia jamy ustnej (BMS). Natomiast nieznaczna tendencja spadku częstości występowania została stwierdzona w przypadku liszaja płaskiego Wilsona, leukoplakii oraz melanozy ograniczonej, a także raka błony śluzowej jamy ustnej.

Przeanalizowano dane pod względem użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych, a wybranymi jednostkami chorób błony śluzowej jamy ustnej. Wśród wszystkich pacjentów ruchome protezy lub aparaty ortodontyczne użytkowało ogółem 40,7%. W przypadku części analizowanych schorzeń odsetek ten był wyższy i wynosił odpowiednio dla włókniaka 43,5%, kandydozy jamy ustnej

64,7%, natomiast dla ziarniniaka szczelinowatego 82,4%. Odsetek mniejszy od przeciętnego stwierdzono w przypadku zmian pourazowych, gdzie ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome protezy zębowe użytkowano w 33,9% przypadków.

Analizie poddano także wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej pod względem palenia tytoniu. Średni odsetek palaczy wśród pacjentów ze wszystkimi stwierdzonymi jednostkami chorobowymi wynosił 37,3%. Powyżej średniej odsetek palaczy stwierdzano w przypadku: kandydozy jamy ustnej (48,7%), słonecznego zapalenia warg (61,8%), języka czarnego włochatego (79,6%), leukoplakii (83,2%), raka błony śluzowej jamy ustnej (91,7%) oraz nikotynowego zapalenia jamy ustnej (100%). Odsetek niższy od średniej zanotowano w przypadku: melanozy ograniczonej (34,0%), języka geograficznego (33,3%), aft nawracających (33,0%), zespołu Sjögrena (27,0%), liszaja płaskiego Wilsona (25,1%) oraz zespołu pieczenia jamy ustnej (18,3%).

Wśród przeprowadzonych analiz znalazła się także ta, prezentująca współwystępowanie cukrzycy w przypadku niektórych chorób w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnio problem cukrzycy dotyczył 10,1% pacjentów z zaburzeniami i schorzeniami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Poziom powyżej średniej zanotowano w przypadku zespołu pieczenia jamy ustnej BMS (10,9%), liszaja płaskiego Wilsona (11,5%) oraz kandydozy (13,5%). Poziom niższy od średniej stwierdzono w przypadku leukoplakii (9,8%), aft nawracających (9,1%), raka błony śluzowej jamy ustnej (8,3%) oraz zespołu Sjögrena (2,7%).

Ostatnim z analizowanych aspektów było współwystępowanie chorób układu sercowo – naczyniowego wśród pacjentów z wybranymi chorobami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnio choroby sercowo –

naczyniowe stwierdzono u 28,8% pacjentów, którzy byli diagnozowani lub leczeni z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Częściej choroby sercowo – naczyniowe były stwierdzane w przypadku chorych na: leukoplakię (30,1%), zespół Sjögrena (32,4%), kandydozę jamy ustnej (32,8%), raka błony śluzowej jamy ustnej (35,4%), liszaj płaski Wilsona (35,5%) oraz zespół pieczenia jamy ustnej BMS (47,0%). Niższy od średniego odsetek zanotowano w przypadku aft nawracających (25,1%).

5. DYSKUSJA

Przyczyny chorób i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej mają bardzo złożoną etiologię [130].

Związane jest to z wieloma czynnikami. Składa się na to zarówno wielowarstwowa architektura błony śluzowej, bliskość błony śluzowej do wielu ważnych narządów w obrębie głowy i szyi, dobre unaczynienie, wysoka przepuszczalność m.in. dla toksyn. Ponadto część schorzeń błony śluzowej może stać się czynnikami predysponującymi do powstawania innych [8,141].

Nie bez znaczenia pozostaje także osobnicza skłonność do pewnych zachorowań, m.in. na tle defektów immunologicznych, czy nieprawidłowości genetycznych [46,61,73,178].

Na stan błony śluzowej jamy ustnej wpływają czynniki miejscowe, jak również te oddziałujące ogólnoustrojowo. Ważne miejsce w tym zakresie pełnią czynniki bezpośrednio związane ze stylem życia, m.in. nałogi, jak palenie tytoniu, czy spożywanie napojów alkoholowych, ale także nawyki dietetyczne, czy użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych, aparatów ortodontycznych, zabiegi piercingu w obrębie tkanek jamy ustnej, a także dysfunkcje i parafunkcje związane z układem stomatognatycznym [27,139,149,160,204].

Ponadto często zdarza się, iż zmiany występujące na błonie śluzowej jamy ustnej u pacjenta są pierwszymi, prodromalnymi objawami schorzeń ogólnoustrojowych, m.in. cukrzycy, chorób układu krwiotwórczego, schorzeń dermatologicznych oraz innych [3,49,73,101,171].

Swój bezpośredni i pośredni wpływ na stan błony śluzowej jamy ustnej mają także przyjmowane miejscowo i ogólnie (najczęściej doustnie) leki [58,73]. Stan jamy ustnej jest uzależniony także od jakości i ilości wydzielanej

śliny, która odpowiada za wiele funkcji błony śluzowej, a także poprzez wyścielenie cienką warstwą działa na nią osłaniająco [72,73,100,101,149].

Liczba pacjentów zgłaszających się do poradni specjalistycznych z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej jest duża. Wiąże się to z jednej strony ze wzrastającą świadomością pacjentów, z drugiej zaś ze zwiększeniem oddziaływania wymienionych powyżej czynników, co bezpośrednio i pośrednio wpływa na stan błony śluzowej jamy ustnej oraz częstość występowania zmian.

W materiale własnym stwierdzono, że spośród grupy 15154 pacjentów, którzy w analizowanym okresie byli diagnozowani lub leczeni w Poradni, 5179 chorych zgłosiło się z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Zatem ponad 1/3 analizowanych przypadków dotyczyła chorób błony śluzowej jamy ustnej. Był to odsetek wyższy, niż w innych ośrodkach w Polsce [100,103,104,149] i zbliżony [134] lub niższy niż w przypadku podobnych badań w innych krajach [105].

W grupie badanych w materiale własnym kobiety stanowiły blisko 64%, a mężczyźni 36%. Relacje te były zbliżone w pracach badaczy z Wrocławia [104,149], Krakowa [100,102], Brazylii [77], Chile [61], a odwrócone w stosunku do badań prowadzonych w Irlandii [134], gdzie odsetek kobiet wynosił 30% a mężczyzn 70% oraz Indiach [187], gdzie odsetek dotyczący kobiet wynosił 37,7%, a dotyczący mężczyzn 62,3%. W analizach przeprowadzonych na Słowenii oraz w Południowej Ameryce liczby badanych kobiet i mężczyzn były do siebie zbliżone [34,35,105]. Przewaga kobiet w większości badań może wynikać z ich zwiększonej świadomości oraz dbałości o stan własnego zdrowia. Mężczyźni, jak wynika z badań, nie dbają o swoje zdrowie, boją się odrzucenia i zaburzenia poczucia

własnej wartości w przypadku stwierdzenia choroby, dlatego też często nawet nie podejmują próby diagnozy oraz leczenia dotyczących ich chorób [42].

Z uwagi na różne przyczyny powstawania obserwowanych schorzeń i nieprawidłowości oraz częstość ich występowania analizę dokonano w oparciu o 8 grup jednostek chorobowych.

W badaniach własnych największą grupę schorzeń stanowiły choroby infekcyjne. W ciągu dziewięciu lat odnotowano 1845 przypadków, co stanowiło prawie 31% wszystkich postawionych rozpoznań. Grupę tę stanowiły: zakażenia błony śluzowej jamy ustnej grzybami z rodzaju *Candida*, zmiany opryszczkowe powodowane wirusem *Herpes simplex virus*, zapalenie kątów warg, zmiany wywołane wirusem *Varizella zoster virus*, bakteryjne zapalenie jamy ustnej oraz ropień policzka.

W grupie tej dominowała kandydoza jamy ustnej, diagnozowana w blisko 26% wszystkich rozpoznań. Na drugim miejscu znalazły się zmiany opryszczkowe wywołane wirusem *HSV*. Ten typ patologii diagnozowano w 199 przypadkach czyli w ponad 3% wszystkich zaburzeń i nieprawidłowości.

Kandydoza jako najczęściej występująca patologia wskazywana była także przez innych badaczy [74,77,100,102,104]. Uzasadnieniem tego jest fakt nosicielstwa saprofitycznych drożdżaków z rodzaju *Candida* u 20-80% populacji [90,93,104,120]. Istotnym aspektem podkreślanym przez część autorów jest także występowanie oportunistycznych zakażeń współistniejących wraz z grzybicą jamy ustnej, a także istotny wpływ czynników ryzyka, jak np. przyjmowanie części leków, użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych [8,30,39,46,90,106,141,153,166,171].

Zmiany wywołane wirusem *Herpes simplex virus* stanowiły także istotny odsetek diagnozowanych zmian (199 przypadków – 3,3%) i były to głównie zmiany o charakterze opryszczki nawracającej. Jak podają autorzy innych badań odsetek zakażonych wirusem *HSV-1* w populacji sięga 90% [6,205], natomiast odsetek zakażonych *HSV-2* szacowany na poziomie 15 – 80% [167,205]. W porównaniu do badań prowadzonych przez Konopkę z ośrodka wrocławskiego, odsetek chorych z *HSV* w materiale własnym był dwukrotnie większy niż w obserwacjach wrocławskich [104]. Niski odsetek zmian, na poziomie 0,2 – 0,5% odnotowali także inni autorzy [77,149,187]. Dużo wyższy odsetek, powyżej 10%, zanotowali natomiast w swojej analizie brazylijscy badacze [34]. Analiza dotycząca populacji Ljubljany na Słowenii wskazała na duży odsetek pacjentów będących nosicielami wirusów *HSV*, ponieważ średnio u 16% badanych występowały zmiany o charakterze opryszczki, przy czym największy odsetek (29,1%) występował w grupie 25-latków [105].

Kolejną pod względem częstości występowania grupą schorzeń była grupa zmian przednowotworowych, nowotworów łagodnych i złośliwych błony śluzowej jamy ustnej. Na przestrzeni 9 lat zdiagnozowano trzy typy zmian przednowotworowych, tj. leukoplakię, melanozę ograniczoną i słoneczne zapalenie warg, cztery rodzaje zmian rozrostowych o charakterze łagodnym (włókniak, naczyniak krwionośny, tłuszczak, brodawczak) oraz dwa typy o charakterze złośliwym (rak błony śluzowej jamy ustnej oraz czerniak złośliwy). W materiale własnym stwierdzono 975 przypadków tego typu schorzeń, co stanowiło ponad 16% wszystkich patologii diagnozowanych w obrębie błony śluzowej. W przypadku innych analiz odsetek zmian przednowotworowych i nowotworów w obrębie błony śluzowej jamy ustnej wynosił od 14,2% we Wrocławiu [104] do 17,5% w indyjskim mieście Eluru [187]. W materiale własnym średnie wieku pacjentów dotkniętych: zmianami

przednowotworowymi wynosiła 51,6 lat, nowotworami łagodnymi - 52,1 lat oraz nowotworami złośliwymi – 58,4 lat. Ponadto w badaniach własnych zaobserwowano wzrost częstości występowania zmian przednowotworowych w grupie wiekowej 41 – 60 lat do poziomu 12,9% wszystkich obserwowanych patologii, a łącznie zmiany te stanowiły 10% wszystkich diagnozowanych chorób i nieprawidłowości. Zmiany łagodne występowały ogólnie w 5% przypadków, a ich częstość w grupach wiekowych powyżej 20 roku życia wahała się od 6,7% u pacjentów w wieku 21 – 40 lat, przez 4,1% u pacjentów w wieku 41 – 60 lat, aby rosnąć do poziomu 6,3% w najstarszej grupie pacjentów. Zaobserwowano tendencję wzrostową występowania nowotworów złośliwych wraz z wiekiem od 0,6% w grupie 21 – 40 lat, przez 1,5% w grupie 41 – 60 lat, aż do 1,8% w grupie pacjentów powyżej 60 roku życia. Tendencję wzrostową występowania opisanych zmian w grupach wiekowych powyżej 50 roku życia obserwowano także w podobnych badaniach przeprowadzonych w Nigerii [190], Brazylii [35] oraz Chile [61]. Wielu autorów wskazało na wpływ pewnych czynników ryzyka (np. nałogów palenia tytoniu i picia alkoholu), a szczególnie ich synergistyczne działanie [27,34,76,94,105,134,140,162,190,201]. Nie bez znaczenia jest także czas oddziaływania wymienionych czynników ryzyka [70,72,73,76,134,140,162,190].

Najczęściej diagnozowaną jednostką z tej grupy była leukoplakia, którą diagnozowano w 432 przypadkach (7,2%). W badaniach własnych znalazła się ona na piątym miejscu pod względem częstości występowania na błonie śluzowej jamy ustnej, co obserwowali na podobnym poziomie także inni badacze [34,40,104,149]. Analizując dane epidemiologiczne częstość występowania leukoplakii wahała się w przedziale od 0,2 do 11,7% [10,14,65,79,84,144,155-157,180,200]. W badaniach własnych zaobserwowano nieznaczny trend spadkowy występowania leukoplakii. Warto też zauważyć różnicę w częstości występowania tej jednostki chorobowej względem płci.

U kobiet występowała ona rzadziej, bo 5,7% przypadków zmian stanowiła leukoplakia, natomiast odsetek ten u mężczyzn wynosił 9,9%, czyli był wyższy 1,7 razy. Trend częstszego występowania zmian o charakterze leukoplakii u mężczyzn występował także w pracach niektórych autorów [10,74,76], chociaż część badaczy wykazało, że częstość występowania leukoplakii u kobiet, jak i u mężczyzn była równa [144] lub nawet wyższa u kobiet [149]. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn leukoplakia najczęściej występowała u pacjentów w przedziale wiekowym 41 – 60 lat (była w tej grupie wiekowej prawie co dziesiątą zmianą). Natomiast nie diagnozowano tej jednostki chorobowej w dwóch najmłodszych grupach wiekowych czyli do 20 roku życia. Wysoki odsetek pacjentów z leukoplakią w grupach wiekowych powyżej 50 roku życia odnotowali także inni badacze [73,74,104,144,149]. Wartym zauważyć jest także fakt, że jedynie 47,7% kobiet i 42,5% mężczyzn ze zdiagnozowaną leukoplakią zgłosiło się świadomie z tym problemem do stomatologa. U pozostałych pacjentów leukoplakia została wykryta przypadkowo. Spośród pacjentów, u których diagnozowano leukoplakię w badaniach własnych, aż 83,2% było palaczami tytoniu. Odsetek ten był ponad dwa razy wyższy od średniej liczby palaczy z innymi chorobami błony śluzowej jamy ustnej w analizowanym materiale.

Palenie tytoniu jest ważnym czynnikiem w patogenezie leukoplakii, na co wskazuje w swoich badaniach wielu badaczy [40,65,73,76,105,180,188]. Konopka i wsp. w swojej analizie [104] stwierdzili, że 60% pacjentów z leukoplakią było palaczami tytoniu. W badaniach własnych palenie tytoniu stwierdzano także często u pacjentów chorujących na inne choroby z tej grupy: raka błony śluzowej jamy ustnej (91,7%) oraz słonecznego zapalenia warg (61,8%). Najczęściej diagnozowaną postacią leukoplakii była postać homogenna, w badaniach własnych została ona stwierdzona w blisko 95% przypadków. W 70% przypadków leukoplakia była diagnozowana na

policzkach, w 23% przypadków zmiany te były rozpoznawane na błonie śluzowej dziąseł, wyrostku zębodołowym lub dnie jamy ustnej oraz języku. W 7% przypadków leukoplakia stwierdzana była oprócz policzków jeszcze w innych obszarach. W związku z tym częstość występowania leukoplakii na policzkach, jak również prawie całkowita dominacja formy homogennej różniły się nieco od innych badań. We Wrocławiu [104] postać homogenną stwierdzano w 77% przypadków leukoplakii, a najczęstszymi miejscami występowania zmian o tym charakterze były: błona śluzowa policzków (64%) oraz błona śluzowa pokrywająca wyrostek zębodołowy oraz dziąsło (19,6%). W duńskich obserwacjach [161] rozkład ten był nieco inny, gdzie na policzkach występowało 56,7% zmian o charakterze leukoplakii, a na dziąśle 15,1%.

W badaniach własnych kolejną wyodrębnioną grupą patologii były nieprawidłowości związane z zaburzeniami rozwojowymi błony śluzowej, które stwierdzano 759 razy, co stanowiło 12,7% wszystkich diagnozowanych zmian. W grupie tej znalazły się takie jednostki chorobowe jak: pierwotna wąska strefa dziąsła związanego, wrodzony płytki przedsionek jamy ustnej, wrodzony przerost wędzidełek warg, choroba Delbanco oraz wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej. Zaburzenia te diagnozowano głównie u osób młodych, a średnia wieku pacjentów wyniosła 23,3 lat.

Pierwotne zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe stanowią istotny problem i są czynnikiem ryzyka powstawania recesji dziąsłowych. Z uwagi na konsekwencje związane ze stanem tkanek przyzębia, a nie błony śluzowej jamy ustnej są często pomijane w badaniach dotyczących chorób błony śluzowej jamy ustnej. Spośród zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych stwierdzonych w analizowanym materiale dominowała pierwotna wąska strefa dziąsła związanego, stwierdzona w 52,4% zmian tej grupy. 18,7% zmian dotyczyło nieprawidłowego typu przyczepów wędzidełek warg

(brodawkowego i penetrującego brodawkę, wraz z objawem pociągania „pull syndorme”).

Ektopowe przemieszczenie gruczołów łojowych z warstwy podśluzowej do błony śluzowej jamy ustnej jest dość częstym zaburzeniem rozwojowym [56,71,136,148,169]. Zmiany te lokalizują się zwykle na błonie śluzowej policzków (wówczas noszą nazwę choroby Delbanco). W przypadku występowania ektopii na wargach stan taki nosi nazwę choroby Fordyce’a. Pomimo, iż są określane mianem choroby należą do stanów, które nie dają żadnych dolegliwości oraz nie wymagają leczenia [73,118]. W populacji słoweńskiej [105] zmiany tego typu diagnozowano u 49,7% badanych. W populacji Tajlandii [11] częstość ektopii gruczołów łojowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej określono na poziomie 57,7%, a w Malezji 61,8%, natomiast w Szwecji [10] odsetek ten wynosił 82,8%. W badaniach własnych stwierdzano obecność grudek Fordyce’a jedynie na błonie śluzowej policzków (choroba Delbanco), a diagnoza ta była stawiana 82 razy (1,4%). Konopka i wsp. [104] zmiany tego typu diagnozował jedynie 5-krotnie (0,4%). Niska frekwencja zmian o charakterze ektopii gruczołów łojowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej w materiale własnym może być spowodowana niedoszacowaniem wynikającym z braku konieczności leczenia tego typu zaburzeń oraz relatywnie niskim wskaźnikiem zgłaszalności się pacjentów z powodu ich występowania (18%), natomiast charakter retrospektywny prowadzonych badań uniemożliwia weryfikację tego stanu.

Wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej w badaniach własnych stanowił 1,1% rozpoznań. Blisko 90% przypadków diagnozowano w dwóch najmłodszych grupach wiekowych (do 20 roku życia), z czego zdecydowana większość u dzieci w wieku od 4 do 8 lat (56% rozpoznań tej wady). W badaniach innych autorów [32,43,121,122,133,174] wykazano, że wrodzony zrost języka z dnem jamy ustnej występował u 0,7% do 10,7%

badanych grup, zdecydowanie najczęściej będąc rozpoznawanym u noworodków i dzieci do lat 5. Wczesna diagnoza i konieczność interwencji chirurgicznej związane jest z utrudnionym połykaniem [32,75,78,122,133,174] oraz zaburzeniami funkcji mowy [43,75,121,174].

Dermatozy oraz choroby tkanki łącznej stanowiły kolejną grupę schorzeń, które występowały dość często. W dziewięcioletnich obserwacjach diagnozowano je 601 razy, czyli w nieco ponad 10% wszystkich postawionych rozpoznań. Choroby te charakteryzowały się tym, iż dotyczyły przede wszystkim skóry, były schorzeniami ogólnoustrojowymi, natomiast cechowała je możliwość wystąpienia zmian na skórze bądź błonie śluzowej jamy ustnej, albo na skórze oraz błonie śluzowej w tym samym czasie [24,72,73,92,101,171]. W grupie tej znalazło się 7 jednostek chorobowych. Najczęściej diagnozowany (493 razy) był liszaj płaski Wilsona, stanowił on 8,3% wszystkich rozpoznań. Zdecydowanie rzadziej diagnozowanych było sześć pozostałych jednostek. Ponad 74% pacjentów ze schorzeniami z tej grupy to kobiety, przy czym u kobiet liszaj płaski Wilsona występował w 72,2% przypadków, zespół Sjögrena w 86,4% przypadków, pęcherzyca w 85,4% przypadków, pemfigoid w 76,9% przypadków, natomiast rumień wielopostaciowy w 66,6% przypadków. Toczeń rumieniowaty i zespół Stevensa – Johnsona występowały jedynie u kobiet. W porównywanym wrocławskim badaniu [104] u kobiet występowało 78,5% przypadków liszaja płaskiego Wilsona, co pokrywa się z badaniami prowadzonymi w Brazylii (76,36%) [135], Rumunii (78,67%) [197], w południowej części Indii (66,6%) [13], oraz na Słowenii (69,2%) [105], a także w Hiszpanii (60%) [65]. Częstość występowania liszaja płaskiego w różnych populacjach badacze szacują na poziomie od 0,1% do 5% [13,65,80,95,97,114,116,135,197]. W badaniach własnych liszaj płaski Wilsona był co do częstości występowania czwartym schorzeniem u kobiet (9,3% przypadków) i piątym

u mężczyzn (6,3% przypadków). Dla porównania w obserwacjach prowadzonych przez Konopkę i wsp. [104] postać ustna liszaja płaskiego była trzecim co do częstości schorzeniem w obrębie błony śluzowej jamy ustnej (16,7%). Radwan – Oczko [149] w swoich badaniach także wskazywała liszaj płaski jako trzecią co do częstości jednostkę chorobową występującą w obrębie błony śluzowej jamy ustnej (14,9% przypadków). W analizie częstości chorób błony śluzowej u pacjentów wybranych miast Polski [74] stwierdzono także, że liszaj płaski Wilsona był jedną z trzech (obok kandydozy i leukoplakii) najczęściej występujących jednostek chorobowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. W analizowanym materiale dominowała postać siateczkowa liszaja płaskiego, nie stwierdzano obecności postaci nadżerkowej, ani wrzodziejącej.

Zespół Sjögrena występował w badaniach własnych wśród 38 kobiet i 6 mężczyzn, a większość przypadków zgłoszenia się stwierdzono w grupach wiekowych od 21 do 40 lat i od 41 do 60 lat. W obu grupach wiekowych zespół ten diagnozowano po 17 razy. Podobny rozkład częstości względem płci spotykano w piśmiennictwie [113,193], niemniej największy wzrost częstości diagnozowany był powyżej 55 roku życia [193]. Istnieją doniesienia [104,149], w których omawiany zespół diagnozowany był wyłącznie u kobiet.

W prezentowanym materiale pęcherzyca w jamie ustnej występowała 41 razy (0,7% wszystkich rozpoznań), z czego 35 razy u kobiet (85,4%) i diagnozowana była głównie u pacjentów powyżej 40 roku życia (po 14 przypadków w grupach wiekowych 41 – 60 lat i powyżej 60 roku życia). Pęcherzyca jest stosunkowo rzadką chorobą występującą zwykle rocznie 0,1 – 1,61 razy na 100 tysięcy ludności, częściej diagnozowaną u kobiet i ponad połowie przypadków manifestującą swoje objawy w jamie ustnej [4,13,24,109,151,175]. W związku z powyższym w materiale własnym

pęcherzyca diagnozowana była stosunkowo często, a średnia wieku 50,9 lat relatywnie niska.

Pozostałe dermatozy występowały incydentalnie (łącznie 23 przypadki 4 jednostek chorobowych). Ich diagnostyką i leczeniem zajmują się głównie wyspecjalizowane szpitalne oddziały dermatologiczne.

Stosunkowo liczną grupę stanowią zmiany chorobowe spowodowane stanem błony śluzowej języka. W materiale własnym diagnozowano 553 przypadki 5 typów schorzeń z tej grupy, co stanowiło łącznie 9,3% przypadków wszystkich chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Odsetek zmian dotyczących języka w materiale własnym koreluje z obserwacjami Konopki i wsp. [104] – blisko 8% zmian. Radwan – Oczko i wsp. [149] w swoich badaniach określają odsetek występowania patologii języka na poziomie 7%. Badania innych autorów [104,149] oraz obserwacje własne potwierdzają, że najczęstszą patologią języka były zmiany o charakterze języka geograficznego. Badania hiszpańskich naukowców [65] wykazały, że częstość zmian patologicznych związanych z błoną śluzową języka, szczególnie języka pofałdowanego wyniosła 8,2%, natomiast wśród populacji dorosłych Niemców 19% [155]. W populacji brazylijskiej [77] zmiany na języku dotyczyły 9,9% badanych, podobnie w Indiach [187] oraz Chile [61] obserwowano wyższy odsetek zmian związanych z błoną śluzową języka. Bess i wsp. [21] badając zmiany u dzieci od 0 do 12 roku życia wykazał, że choroby i nieprawidłowości związane z błoną śluzową jamy ustnej występowały u 27% badanych dzieci, a najczęstszą z nich był język geograficzny diagnozowany u ponad 30% badanych, natomiast w badaniach własnych zmiany związane z językiem u dzieci i młodych dorosłych były bardzo rzadkie.

Kolejną wyodrębnioną w trakcie analizy własnych wyników grupą były zmiany powstałe na skutek urazu lub działania czynnika drażniącego mechanicznie co stanowiło 8,6% wszystkich zmian. Inni badacze zmiany te diagnozowali na poziomie: 5,4% [104], 7,0% [105], 8,3% [77] oraz 9,1% [34]. Na szczególną uwagę w tej grupie zasługują zmiany związane z użytkowaniem ruchomych uzupełnień protetycznych, nazywane stomatopatiami protetycznymi, obserwowane również przez innych autorów [39,45,67,96]. Zmiany te mają swoją złożoną etiologię. Nakłada się tutaj czynnik drażniący w postaci źle zaprojektowanej lub dopasowanej protezy, czynniki infekcyjne głównie zakażenia grzybami z rodzaju *Candida* oraz zła higiena jamy ustnej [72,86,104,171]. Dodatkowo w takiej sytuacji elementem sprzyjającym powstawaniu mogą być choroby ogólne jak: cukrzyca jamy ustnej, a także obniżona ilość wydzielanej śliny np. z powodu przyjmowanych leków [53,54,67,96,119]. Nie bez znaczenia w aspekcie stomatopatii protetycznych jak podkreślają inni autorzy jest także palenie tytoniu [2,25,27,46,67,141,166]. W badaniach własnych odsetek pacjentów używających uzupełnienia protetyczne wśród tych ze zdiagnozowanym ziarniniakiem szczelinowatym przekracza 82%. Prawie dwukrotnie wyższy odsetek świadczy o istotnym wpływie użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych na powstawanie zmian o charakterze ziarniniaka szczelinowatego.

W badaniach własnych jednostką chorobową stanowiącą dość liczną grupę przypadków wśród badanych pacjentów był zespół pieczenia jamy ustnej (BMS). Jest to przewlekłe, dokuczliwe pieczenie i palenie błony śluzowej jamy ustnej bez klinicznych zmian w obrębie jej struktury. Diagnozowano go w ciągu 9 lat 436 razy, stanowił zatem 7,3% wszystkich postawionych rozpoznań w odniesieniu do schorzeń i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnia wieku pacjentów, u których

stwierdzono zespół pieczenia jamy ustnej wynosiła 60,6 lat. Niezwykle ważnym wydaje się być fakt, że zdecydowana większość (386) przypadków (ponad 88%) występowała w grupie kobiet. W związku z tą dysproporcją zespół pieczenia jamy ustnej u kobiet był drugą co do częstości występującą chorobą związaną z błoną śluzową jamy ustnej, a dotyczące go rozpoznania stanowiły 10,1% wszystkich rozpoznań u kobiet, natomiast wśród mężczyzn jednostka ta zajęła 11. miejsce (2,3% postawionych mężczyznom rozpoznań). Częstsze występowanie zespołu pieczenia jamy ustnej obserwowane było także przez innych autorów. Zespół wrocławski [104] diagnozował BMS ponad 6 razy częściej u kobiet, a schorzenie to zajmowało drugie co do częstości występowania miejsce (łącznie 21,7%) wśród innych rozpoznań. Badania Radwan – Oczko i wsp. [149] wykazały, że objawy suchości, pieczenia i bólu w obrębie błony śluzowej jamy ustnej diagnozowane były jako najczęstsze patologie błony śluzowej jamy ustnej występując w 81% u kobiet, a odsetek zmian w grupie badanych powyżej 50 roku życia wynosił 54%. Badania szwedzkiego zespołu [20] określiły częstotliwość występowania BMS-u na poziomie 3,7% populacji, przy czym w populacji kobiet odsetek ten wynosił 5,5%, a u mężczyzn był ponad trzykrotnie niższy i wynosił 1,6%. Badacze ci wykazali także zdecydowany wzrost liczby pacjentów z BMS powyżej 50 roku życia. Inne badania wykazały częstotliwość występowania zespołu pieczenia jamy ustnej na poziomie od 0,7 do 15% [5,115,168,191] przy jednoczesnym 7 do 10 krotnie częstszym występowaniu tej patologii wśród kobiet [5,38,196]. W badaniach własnych zespół ten występował przeważnie u pacjentów w najstarszej grupie wiekowej, natomiast blisko 77% wszystkich rozpoznań BMS-u dokonano u pacjentów powyżej 50 roku życia, co jest zgodne z badaniami Konopki i wsp. [104], Radwan – Oczko i wsp. [149], Cavalcanti i wsp. [38] oraz Nakazone i wsp. [5], którzy diagnozowali u osób powyżej 50 roku życia od

53 do 88% wszystkich rozpoznań tego zespołu. W badaniach własnych zaobserwowano także tendencję wzrostową częstości występowania BMS w ostatnich latach, ze wzrostem ze średniego poziomu 7,3% w 3 pierwszych latach badania do poziomu 10,1% w 3 ostatnich latach badania.

Pozostałe 8 typów jednostek chorobowych, niesklasyfikowanych wcześniej stanowiło 4,9% wszystkich rozpoznań. Najliczniej pośród nich występowały zmiany o charakterze aft nawrotowych RAS, które stanowiły 3,6% wszystkich postawionych rozpoznań. Występowanie aftowego zapalenia jamy ustnej w ogólnej populacji jest różne. Wśród Chilijczyków powyżej 65 roku życia częstość zmian o charakterze aft przewlekłych nawracających wynosiła 1,4% [61]. Szwedzi [10] w badanym materiale aftry diagnozowali w 1,9% przypadków, Hiszpanie [65] w 2% przypadków, a Słoweńcy [105] w 9,7%. Niemcy [155] natomiast stwierdzili, że tendencję do pojawiania się aft wykazywało 18,3% badanych, natomiast zmiany RAS na błonie śluzowej obecne były u 1,4% badanych. Inni autorzy [19,88,98,112,172] obecność aft diagnozowali u 25 – 50% ogólnej populacji, uwzględniając także wcześniejsze przypadki występowania RAS. W ośrodku wrocławskim zmiany o charakterze aft występowały od 5,7% [149] do 10% [104]. Jak wykazały inne badania odsetek ten był jeszcze wyższy i sięgał nawet 42 – 65% w wybranych grupach (np. u chorych na celiakię, pacjentów z niedoborami witaminy B12 lub studentów) [12,22,70,82,172,173]. W badaniach własnych obecność RAS diagnozowano raczej u osób młodych. Średnia wieku pacjentów ze stwierdzonymi zmianami o charakterze aftoz wynosiła 37,2 lat. Najmłodszy pacjent z RAS miał 5 lat, najstarszy 68 lat. Aftry diagnozowano porównywalnie u obu płci (3,7% przypadków zmian u mężczyzn i 3,6% przypadków zmian u kobiet). Najczęściej zmiany te stwierdzano w grupie wiekowej od 21 do 40 roku życia (7,1%) oraz u dzieci do 10 roku życia (6,3% zmian). W materiale własnym najczęściej

występowały zmiany o charakterze małych aft nawracających Mikulicza (181 razy – 83,4%), zdecydowanie rzadziej występowały zmiany o charakterze dużych aft Suttona (25 razy – 11,5%). Opryszczkopodobne aftowe zapalenie jamy ustnej stwierdzono w 11 przypadkach (0,5%). Konopka i wsp. [104] u badanych pacjentów we wrocławskim ośrodku afy małe diagnozowali w 76,5%, afy duże Suttona w 17% i opryszczkopodobne w 6,5% przypadków. Inni autorzy częstość występowania aft małych określali na poziomie 68 – 83% przypadków, aft dużych na poziomie 7 – 23% przypadków, a opryszczkopodobnego aftowego zapalenia jamy ustnej na 1 – 14% [12,19,88,112,125,140,172,173,189].

Z uwagi na złożoną, wieloczynnikową etiologię i trudność w wyeliminowaniu wszystkich potencjalnych przyczyn powstawania omawianych zmian leczenie aftoz polega głównie na działaniu objawowym, bez pewności braku nawrotu w przyszłości [19,36,186].

Analizując dostępne piśmiennictwo nie spotkano opracowania analizującego powód zgłaszania się pacjentów do lekarza stomatologa w aspekcie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej. W badaniach własnych stosunkowo rzadko powodem zgłoszenia stawały się zmiany o charakterze leukoplakii, liszaja płaskiego Wilsona, języka geograficznego, natomiast częstym powodem zgłaszania się pacjentów były takie zmiany jak kandydoza jamy ustnej, afy nawracające, a także zespół pieczenia jamy ustnej BMS. W związku z powyższym należy stwierdzić, że zmiany, dające objawy w postaci bólu, pieczenia zdecydowanie częściej skłaniają pacjentów do szukania pomocy u lekarzy, niż zmiany nie dające wyraźnych objawów oraz te, rozwijające się relatywnie powoli.

Od dawna badacze podkreślają znaczenie niektórych czynników oddziałujących na błonę śluzową jamy ustnej. Do najważniejszych z nich

należą: użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych, palenie tytoniu oraz współwystępowanie chorób ogólnoustrojowych, jak cukrzyca i choroby układu sercowo – naczyniowego.

Pomimo, iż istnieją obecnie nowoczesne możliwości leczenia protetycznego szczególnie z wykorzystanie implantów protetycznych, użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych jest nadal leczeniem z wyboru uwzględniającym stan kliniczny oraz status socjoekonomiczny leczonych pacjentów. Jak wynika z wielu badań [23,45,67,69,89,124,137,166,179,182] częstość występowania patologii w obrębie błony śluzowej związanych z użytkowaniem protez zębowych waha się w przedziale od 15% do 70%. Większość z nich objawia się bólem, pieczeniem, swędzeniem. Część wiąże się ze zmianą odczuwania smaku.[2,29,39,67,166,202]. Powstawanie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej na skutek noszenia ruchomych uzupełnień protetycznych oraz aparatów ortodontycznych ma złożoną etiologię i wiąże się m.in. z wiekiem pacjenta, czasem od jakiego jest użytkowane oraz materiałem z jakiego jest wykonane uzupełnienie protetyczne lub aparat ortodontyczny, infekcjami jamy ustnej oraz poziomem higieny jamy ustnej, protez lub ruchomych aparatów ortodontycznych [7,39,45,48,68,141,202].

W związku z powyższym postanowiono przeanalizować częstość użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych w stosunku do wybranych schorzeń błony śluzowej jamy ustnej. Ogółem, w badaniach własnych, uwzględniając wszystkich pacjentów ze zmianami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej stwierdzono, że 40,7% z nich jest użytkownikami ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych. Wśród pacjentów, u których stwierdzono obecność zmian pourazowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej 33,9% była użytkownikami ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych. W badaniach własnych zauważono, że

wśród osób ze zdiagnozowaną kandydozą aż 64,7% z nich użytkowało ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome aparaty ortodontyczne, przy czym statystycznie istotnie częściej mężczyźni użytkowali te uzupełnienia i aparaty (68,8%) niż kobiety (63,6%). Inni badacze również zwrócili uwagę na częste występowanie infekcji grzybiczej u pacjentów, którzy użytkowali ruchome uzupełnienia protetyczne [45,67,90,106,108,111,141,165]. Jednak warto odnotować fakt, że w niektórych badaniach odsetek chorych z kandydozą jamy ustnej, używających ruchome uzupełnienia protetyczne był ponad dwukrotnie niższy w odniesieniu do badań własnych [106]. Analiza ta nie stwierdza także istotnej różnicy występowania kandydozy u pacjentów w odniesieniu do płci. Fakt częstych infekcji grzybiczych jamy ustnej spowodowanych grzybami z rodzaju *Candida* u pacjentów używających ruchome uzupełnienia protetyczne oraz ruchome aparaty ortodontyczne jest spowodowany tym, iż płyta protezy lub aparatu znacząco utrudnia dostęp śliny do powierzchni błony śluzowej, przez co radykalnie utrudnia samooczyszczanie. Dodatkowo pod przylegającą płytą protezy lub płytą aparatu ortodontycznego obserwuje się wzrost temperatury sprzyjający namnażaniu patogenów, w tym drożdżaków [29,107].

W badaniach własnych wśród zakażonych grzybicą użytkowników protez dominowali pacjenci, którzy użytkowali płytowe, często całkowite akrylowe protezy. Istotnym wydaje się także fakt nasiąkliwości tworzywa akrylowego, służącego do wykonania większości płyt uzupełnień protetycznych oraz aparatów ortodontycznych – pory w materiale i sprzyjające wilgotne, ciepłe środowisko jamy ustnej istotnie promują rozwój chorobotwórczych drobnoustrojów, w tym także grzybów drożdżopodobnych. Ponadto wieloletnie użytkowanie akrylowych protez zębowych i aparatów ortodontycznych sprzyja mikrourazom błony śluzowej, a to umożliwia penetrację drożdżaków i kolonizację głębiej położonych warstw błony

śluzowej jamy ustnej, co może powodować utrudnioną eradykację grzybów *Candida* z zakażonej jamy ustnej. Całodobowe użytkowanie protez zębowych dodatkowo utrudnia wyleczenie infekcji [90,108,141].

Przenoszenie sił żucia oraz zwarecia nie jest fizjologicznym przystosowaniem błony śluzowej jamy ustnej. W związku z tym ruchome uzupełnienia protetyczne, zwłaszcza te źle dostosowane lub niewłaściwie przylegające mogą w łatwy sposób doprowadzać do powstawania zmian o charakterze mikro i makrourazów błony śluzowej jamy ustnej [63,163]. W konsekwencji tych urazów może dojść do zapalnego miejscowego przerostu błony śluzowej jamy ustnej w miejscu drażnienia doprowadzając do powstania ziarniniaka szczelinowatego [91,131].

W badaniach własnych zaobserwowano, iż w grupie pacjentów z ziarniniakiem szczelinowatym aż 82,4% z nich było użytkownikami ruchomych uzupełnień protetycznych. Występowanie zmian o charakterze ziarniniaka znacznie utrudnia właściwe użytkowanie uzupełnień protetycznych, gdyż tracą one stabilizację na podłożu protetycznym, a także mogą stać się przyczyną transformacji nowotworowej, na skutek długotrwałego drażnienia [91,131,163].

Palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka wielu chorób miejscowych i ogólnoustrojowych. Schorzenie cywilizacyjne jakim jest nikotynizm dotyka około 1.300 milionów ludzi na całym świecie [123,195], statystycznie skracając życie palaczy średnio o 15 lat (w porównaniu z osobami, które nie palą tytoniu) [52,87]. Co trzeci palacz wg badań epidemiologicznych umiera z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego [192,195]. Palenie tytoniu nie tylko zwiększa ryzyko wystąpienia chorób ogólnoustrojowych, ale ma przede wszystkim swój znaczący udział we wzroście ryzyka kancerogenezy [64,123,203]. Wieloletnie narażenie na działanie kancerogenów pochodzenia

tytoniowego stanowi czynnik wysokiego ryzyka rozwoju raka płuc [52,87,195] oraz nowotworów błony śluzowej jamy ustnej [1,201]. Dym tytoniowy zawiera ponad 4000 substancji wpływających na organizm człowieka, z czego co najmniej 60 ma udowodnione działanie kancerogenne [128,138]. Ponadto wdychany dym tytoniowy zawiera szkodliwe produkty niecałkowitego spalania tytoniu. Dym tytoniowy zmniejsza aktywność układu immunologicznego, jednocześnie zwiększając ryzyko infekcji dróg oddechowych, mogących przyczynić się do rozwoju nowotworów [81,203]. Negatywny wpływ nikotyny na komórki nabłonkowe układu oddechowego [147,176,183] jest dobrze znany. Również badania morfologii nabłonka jamy ustnej palaczy w porównaniu z niepalącymi wskazały, że dochodzi do zwiększenia grubości nabłonka jamy ustnej u palaczy oraz m.in. wzrostu poziomu cytokeratyn w komórkach [123,199].

W badaniach własnych podjęto próbę oceny częstotliwości palenia tytoniu u pacjentów z określonymi schorzeniami błony śluzowej jamy ustnej w porównaniu z częstotliwością palenia wśród wszystkich diagnozowanych pacjentów. Szczegółowo przeanalizowano 12 jednostek chorobowych. Wśród pacjentów chorujących na 6 z nich (BMS, liszaj płaski Wilsona, zespół Sjögrena, afty nawracające, język geograficzny oraz melanozę ograniczoną) odsetek palaczy był niższy od wskaźnika ogólnego. W grupie chorych ze zdiagnozowanymi pozostałymi 6 analizowanymi jednostkami (kandydozą jamy ustnej, słonecznym zapaleniem warg, językiem czarnym włochatym, leukoplakią, rakiem błony śluzowej jamy ustnej oraz nikotynowym zapaleniem jamy ustnej) odsetek palaczy był znacząco wyższy od średniego odsetka osób z chorobami błony śluzowej.

Badania bałkańskich naukowców [129] wskazały, że odsetek palaczy chorujących na kandydozę jamy ustnej wyniósł 82,5% i był prawie dwukrotnie większy niż odsetek palaczy (44%) u osób bez infekcji Candida,

potwierdzając wyniki badań własnych. Część badaczy [126,153,159] także potwierdza tę zależność. Niemniej Darwazeh i wsp. [47] w swoich badaniach wykazali, że palenie tytoniu nie ma wpływu na kolonizację jamy ustnej przez gatunki grzybów z rodzaju *Candida*, co zauważył także Reichart ze swoim zespołem [158]. Badania własne odnośnie słonecznego zapalenia warg znalazły potwierdzenie w badaniach Cavalcante i wsp. [37], obserwacje te potwierdzili także Dufresne i Curlin [57]. Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem indukującym przerost brodawek nitkowatych języka i powstawanie zmian o charakterze języka czarnego włochatego [62,118,152,194]. W badaniach własnych stwierdzono, że u chorych ze zdiagnozowanym językiem czarnym włochatym odsetek palaczy tytoniu był 2,5 razy wyższy, niż wśród wszystkich diagnozowanych pacjentów, zatem istotnie palenie może mieć związek z indukowaniem tego typu zmian. Do podobnych wniosków doszli tureccy badacze [9], którzy dodatkowo stwierdzili dodatnią korelację występowania języka czarnego włochatego w przypadku osób wypalających powyżej 10 papierosów dziennie, a także wśród osób spożywających wysokoprocentowy alkohol.

Podobnie jak w przypadku języka czarnego włochatego palenie jest głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia leukoplakii [55,65,97,144,156,161]. Podobnie jak w badaniach własnych wysoki odsetek palaczy wśród badanych chorych z leukoplakią stwierdzili także inni naukowcy [14,26,34,65,177]. Szczególnie duże ryzyko powstawania zmian o charakterze leukoplakii oraz późniejszej transformacji nowotworowej wykazano wśród osób palących papierosy oraz spożywających wysokoprocentowy alkohol [76,134,188].

Odsetek palaczy wśród osób z rakiem błony śluzowej jamy ustnej był jeszcze wyższy, zarówno w badaniach własnych jak i w analizach innych autorów [14,52,180,183,195,201].

Natomiast obejmujące głównie podniebienie twarde nikotynowe zapalenie jamy ustnej jest reakcją występującą wyłącznie u palaczy tytoniu. W badaniach własnych stwierdzano ją w 100% u osób palących, podobnie jak w innych publikacjach [65,154,198].

Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób ogólnoustrojowych, przez co stanowi istotny problem medyczny oraz społeczny [110]. Dodatkowo w ostatnich latach zaobserwowano wzrost liczby chorych na cukrzycę, przez niektórych określany mianem „epidemii cukrzycy” [31], a chorobą tą dotkniętych jest 2 – 10% populacji [31,49,59]. Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia dwa podstawowe typy cukrzycy: typ pierwszy związany jest z pierwotnym, zmniejszonym wydzielaniem insuliny, typ drugi (częstszy) rozpoczyna się od zmniejszenia wrażliwości tkankowej na wydzielaną insulinę, co powoduje jej zwiększoną produkcję, chociaż mechanizmy etiopatogenezy cukrzycy są dużo bardziej złożone [110].

Powszechnie wiadomo, że cukrzyca będąca chorobą metaboliczną prowadzi do upośledzenia zdolności obronnych organizmu i w trakcie trwania niesie za sobą szereg powikłań. Oprócz większej tendencji do zakażeń dochodzi do mikro i makroangiopatii odpowiedzialnych za uszkodzenie szeregu tkanek i narządów m.in. wzroku, nerek, włókien nerwowych, choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego, zespołu stopy cukrzycowej, udaru mózgu i innych [83].

W jamie ustnej w przebiegu cukrzycy zwiększa się ryzyko wystąpienia próchnicy, liszaja płaskiego, infekcji bakteryjnych i grzybiczych, kserostomii, zmniejszonego wydzielania śliny, powiększenia gruczołów ślinowych, uczucia suchości oraz nadżerek, a także stanów zapalnych dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej. Utrudnione gojenie i większa podatność na infekcje

zwiększa ryzyko niepowodzeń po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy ustnej u cukrzyków [29,38,44,49,54,59,116,117,164].

W badaniach własnych cukrzyca występowała wśród 10,1% pacjentów z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej. Szczegółowo opisano występowanie cukrzycy u pacjentów z siedmioma typami schorzeń dotyczących błony śluzowej. W przypadku czterech z nich (zespołu Sjögrena, raka błony śluzowej jamy ustnej, zmian o charakterze aft nawracających i leukoplakii) odsetek chorych na cukrzycę był niższy (2,7 – 9,8%), niż w przypadku średniego odsetka u wszystkich analizowanych pacjentów. W przypadku pozostałych trzech schorzeń (zespołu pieczenia jamy ustnej, liszaja płaskiego Wilsona oraz kandydozy) odsetek był wyższy od średniego ogólnego odsetka i wynosił od 10,9% do 13,5%.

Znaczący wzrost chorych na cukrzycę w grupie pacjentów z kandydozą jamy ustnej opisywali także inni autorzy [29,38,54], podkreślając, iż w cukrzycy następuje wzrost ryzyka infekcji w jamie ustnej z powodu obniżonej odporności organizmu, upośledzonego mechanizmu działania neutrofili, zwiększonej liczby bakterii w jamie ustnej oraz zaburzeń w ukrwieniu tkanek. Podobnie, wyższy odsetek diabetyków wśród pacjentów z liszajem płaskim Wilsona stwierdzano w wielu pracach [31,85,116,117,164], przy czym jako przyczynę zwiększonej częstości występowania liszaja płaskiego i współwystępowania cukrzycy wskazano współoddziaływanie głównych wspólnych czynników ryzyka: czynnika immunogenetycznego, toksycznego oraz psychoneurogennego [85].

Choroby układu sercowo – naczyniowego są dużą grupą schorzeń dotyczących serca i naczyń krwionośnych. Wśród nich do najczęstszych należą: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, udar mózgu, zawał serca, a także przewlekła niewydolność serca, schorzenia naczyń obwodowych,

arytmie. Choroby układu sercowo – naczyniowego w krajach rozwiniętych stanowią najczęstszą przyczynę zgonów [192]. Obecnie szacuje się, że liczba zgonów na świecie związanych z chorobami wymienionego układu wynosi rocznie 17 milionów, a WHO szacuje, że w 2020 roku liczba ta może wzrosnąć do około 25 milionów. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ocenia, że połowa zgonów w Polsce jest spowodowana chorobami układu sercowo – naczyniowego. O ile wzajemny wpływ stanu przyzębia i stanu układu sercowo – naczyniowego był przedmiotem badań [16-18,50,51,154], o tyle częstość występowania zmian na błonie śluzowej u pacjentów z chorobami układu sercowo – naczyniowego jest aspektem dotąd rzadko analizowanym. Ponadto choroby serca i naczyń wiążą się często z przyjmowaniem leków (nierzadko nawet kilku), które mogą wpływać na stan błony śluzowej jamy ustnej, np. poprzez zmianę składu lub zmniejszenie wydzielania śliny [50,142]. W analizowanym materiale własnym stwierdzono, że w grupie pacjentów z chorobami i nieprawidłowościami błony śluzowej jamy ustnej u 28,8% występowały choroby układu sercowo – naczyniowego. W grupie pacjentów chorujących na takie schorzenia jak: leukoplakia, zespół Sjögrena, kandydoza, rak błony śluzowej jamy ustnej oraz liszaj płaski Wilsona, stwierdzono patologie układu sercowo – naczyniowego na poziomie 30,1% – 35%, zatem cechował się niewielką wyższą od przeciętnej wartości odsetkowej dla całej grupy badanej. Zaskakująco wysoki odsetek osób z chorobami układu sercowo – naczyniowego występował w przypadku pacjentów z BMS (47%). Może być to związane z tym, że chorzy na zespół pieczenia jamy ustnej są zwykle osobami starszymi (średnia wieku 60,6 lat), chorującymi na inne ogólnoustrojowe choroby i przyjmującymi różnego rodzaju leki.

Problem schorzeń i nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej jest tematem bardzo złożonym. Skomplikowana budowa układu

stomatognatycznego, warstwowa architektura błony śluzowej, jej bliskie położenie w stosunku do wielu narządów głowy i szyi, bogate ukrwienie, mnogość funkcji oraz wzajemnie oddziaływujące na siebie, a także na błonę śluzową czynników ryzyka występowania patologii są elementami, które należy brać zawsze pod uwagę określając kondycję błony śluzowej jamy ustnej.

Biorąc pod uwagę również zmieniające się wraz z upływem lat społeczne przyzwyczajenia i nawyki, nowe mechanizmy obronne szczepów mikroorganizmów (bakterii, wirusów, grzybów, pierwotniaków) a także nowe generacje leków i chemioterapeutyków wykorzystywanych przy leczeniu patologii błony śluzowej należy stwierdzić, że częstość występowania określonych jednostek chorobowych może być różna w określonej jednostce czasu.

Wpływ wielu czynników na stan błony śluzowej jamy ustnej, w tym dominujące oddziaływanie stanu ogólnego organizmu skłaniają do konkluzji, że profilaktyka, diagnozowanie oraz leczenie stanu błony śluzowej jamy ustnej ma szerszy, niż jedynie miejscowy wydźwięk. Błona śluzowa będąc „zwierciadłem” stanu zdrowia ludzkiego organizmu nierzadko prezentuje w swoim obszarze objawy poważnych chorób ogólnoustrojowych. Utrzymywanie w dobrym zdrowiu błony śluzowej ułatwia kontrolowanie schorzeń ogólnoustrojowych (jak np. cukrzycy) i odwrotnie – dobrze prowadzeni pacjenci z chorobami ogólnymi, łatwiej zachowują zdrową błonę śluzową jamy ustnej.

Wzajemne relacje błona śluzowa jamy ustnej – organizm powinny skłaniać lekarzy dentystów do szerszego i bardziej wnikliwego badania jamy ustnej pacjenta. Powyższe powinno sugerować także lekarzom ogólnym, iż stan zdrowia organizmu zależy również od stanu zdrowia jamy ustnej, a co za

tym idzie współpraca między lekarzem ogólnym a lekarzem dentystą powinna być stanem, przynoszącym wymierne korzyści w procesie diagnostyczno – terapeutycznym pacjentów.

Biorąc pod uwagę wyniki badań własnych można stwierdzić, że problemy związane z błoną śluzową jamy ustnej są istotne w aspekcie wczesnej diagnostyki i leczenia, szczególnie w odniesieniu do zmian przednowotworowych i chorób ogólnych, mających swoje odzwierciedlenie również w jamie ustnej.

6. WNIOSKI

1. Stwierdzono wzrost częstości występowania niektórych jednostek chorobowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie w odniesieniu do grzybicy oraz BMS-u u kobiet.
2. Palenie tytoniu było istotnym czynnikiem ryzyka u osób z leukoplakią, słonecznym zapaleniem warg oraz nowotworami złośliwymi jamy ustnej.
3. Stwierdzono koincydencję palenia tytoniu i grzybicy jamy ustnej oraz palenia tytoniu i zmian o charakterze języka czarnego włochatego.
4. Choroby ogólne miały wpływ na występowanie niektórych schorzeń w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie zespołu pieczenia jamy ustnej, kandydozy oraz liszaja płaskiego Wilsona.

7. STRESZCZENIE

Choroby błony śluzowej jamy ustnej stanowią częsty i powszechny problem, łącząc aspekty stomatologiczne z problemami ogólnomedycznymi, z którymi mierzą się lekarze dentyści oraz lekarze medycyny. Wiele chorób ogólnoustrojowych prezentuje część swoich objawów w obrębie błony śluzowej jamy ustnej nierzadko dużo wcześniej niż inne objawy ogólne. W obrębie błony śluzowej mogą powstawać zmiany przednowotworowe oraz nowotwory złośliwe.

Z uwagi na fakt, iż nieliczne opracowania poruszają aspekt epidemiologii chorób i nieprawidłowości błony śluzowej oraz wagę holistycznego podejścia do stanu zdrowia jamy ustnej podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jaka jest częstość występowania patologii błony śluzowej jamy ustnej diagnozowanych u pacjentów uniwersyteckiej specjalistycznej poradni zajmującej się diagnostyką i leczeniem tych zmian, do której trafiają pacjenci z regionu Polski północnej

Cel pracy

Analiza częstości występowania chorób i nieprawidłowości rozwojowych błony śluzowej jamy ustnej w odniesieniu do płci i wieku oraz czynników ryzyka ze szczególnym uwzględnieniem zmian przednowotworowych u pacjentów Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego.

Próba odpowiedzi na pytanie czy istnieje tendencja wzrostowa częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii w ciągu ostatnich lat.

Material i metody

Przeanalizowano 15154 karty pacjentów, którzy od 2003 do 2011 roku zgłosili się celem konsultacji i leczenia do uniwersyteckiego Poradni Specjalistycznej. Podczas analizy wyodrębniono 4669 kart choroby pacjentów, u których zdiagnozowano schorzenia i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Grupa 4669 pacjentów (3029 kobiet, 1640 mężczyzn) w wieku od 3 miesięcy do 102 lat (średnia wieku 48,6 lat) stanowi grupę badaną. Z kart historii choroby pacjentów, pozyskano następujące dane dotyczące: wieku

i płci pacjenta nazwy jednostki chorobowej lub nieprawidłowości dotyczących błony śluzowej jamy ustnej w oparciu o postawioną diagnozę, dane w zakresie użytkowania lub nieużytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych oraz ruchomych aparatów ortodontycznych, dane w odniesieniu do palenia lub niepalenia tytoniu oraz występowanie chorób ogólnych.

Wyniki

Ogółem stwierdzono 42 typy chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Prawie dwukrotnie więcej rozpoznań postawiono w grupie kobiet (3809 rozpoznań – 63,8%), niż w grupie mężczyzn (2165 rozpoznań – 36,2%).

Najczęściej diagnozowanymi jednostkami chorobowymi były: kandydoza jamy ustnej (1543 przypadki – 25,8% rozpoznań), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (609 przypadków – 10,2%), liszaj płaski Wilsona (493 przypadki – 8,3%), zespół pieczenia jamy ustnej BMS (436 przypadków – 7,3%) oraz leukoplakia (432 przypadki – 7,2%).

W grupie kobiet najczęściej diagnozowano: kandydozę jamy ustnej (1126 przypadków – 29,6% rozpoznań stawianych u kobiet), zespół pieczenia jamy ustnej BMS (386 przypadków – 10,1%), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (365 przypadków – 9,6%), liszaj płaski Wilsona (356 przypadków – 9,4%) oraz leukoplakię (218 przypadków – 5,7%).

W grupie mężczyzn najczęściej diagnozowano: kandydozę jamy ustnej (417 przypadków – 19,3% rozpoznań stawianych u mężczyzn), zaburzenia śluzówkowo – dziąsłowe (244 przypadki – 11,3%), leukoplakię (214 przypadków – 9,9%), zmiany pourazowe (183 przypadki – 8,5%) oraz liszaj płaski Wilsona (137 przypadków – 6,3%), a także język geograficzny (134 przypadki – 6,2%).

Klasyfikując schorzenia i nieprawidłowości na 8 grup ze względu na przyczyny oraz częstość ich występowania najliczniejszą grupę pod względem przypadków występowania stanowiły choroby infekcyjne (1845 przypadków – 30,9% wszystkich postawionych rozpoznań). Grupa będąca stanami przednowotworowymi, nowotworami łagodnymi i złośliwymi znalazła się na

drugim miejscu z 975 postawionymi rozpoznaniem, co stanowiło 16,3% wszystkich postawionych rozpoznań).

W przypadku 633 pacjentów (12,2%) stwierdzano fakt współwystępowania więcej niż jednej jednostki chorobowej lub nieprawidłowości związanej z błoną śluzową jamy ustnej. Najczęściej współwystępującymi z innymi jednostkami były: kandydoza jamy ustnej (182 przypadki), leukoplakia (176 przypadków) oraz liszaj płaski Wilsona (159 przypadków).

Analiza zmienności częstości występowania niektórych z zaobserwowanych patologii na przestrzeni 9 badanych lat wykazała, że tendencja wzrostu częstości zaobserwowana została w przypadku kandydozy jamy ustnej, zaburzeń śluzówkowo – dziąsłowych oraz zespołu pieczenia jamy ustnej (BMS). Natomiast nieznaczna tendencja spadku częstości występowania została stwierdzona w przypadku liszaja płaskiego Wilsona, leukoplakii oraz melanozy ograniczonej, a także raka błony śluzowej jamy ustnej.

Przeanalizowano dane pod względem użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych lub ruchomych aparatów ortodontycznych, a wybranymi jednostkami chorób błony śluzowej jamy ustnej. Wśród wszystkich pacjentów ruchome protezy lub aparaty ortodontyczne użytkowało ogółem 40,7%. W przypadku części analizowanych schorzeń odsetek ten był wyższy i wynosił odpowiednio dla włókniaka 43,5%, kandydozy jamy ustnej 64,7%, natomiast dla ziarniniaka szczelinowatego 82,4%. Odsetek mniejszy od przeciętnego stwierdzono w przypadku zmian pourazowych, gdzie ruchome uzupełnienia protetyczne lub ruchome protezy zębowe użytkowano w 33,9% przypadków.

Analizie poddano także wybrane jednostki chorób błony śluzowej jamy ustnej pod względem palenia tytoniu. Średni odsetek palaczy wśród pacjentów ze wszystkimi stwierdzonymi jednostkami chorobowymi wynosił 37,3%. Powyżej średniej odsetek palaczy stwierdzano w przypadku: kandydozy jamy ustnej (48,7%), słonecznego zapalenia warg (61,8%), języka czarnego

włochatego (79,6%), leukoplakii (83,2%), raka błony śluzowej jamy ustnej (91,7%) oraz nikotynowego zapalenia jamy ustnej (100%).

Wśród przeprowadzonych analiz znalazła się także analiza prezentująca współwystępowanie cukrzycy w przypadku niektórych chorób w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnio problem cukrzycy dotyczył 10,1% pacjentów z zaburzeniami i schorzeniami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Poziom powyżej średniej zanotowano w przypadku zespołu pieczenia jamy ustnej BMS (10,9%), liszaja płaskiego Wilsona (11,5%) oraz kandydozy (13,5%).

Ostatnim z analizowanych aspektów było współwystępowanie chorób układu sercowo – naczyniowego wśród pacjentów z wybranymi chorobami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnio choroby sercowo – naczyniowe stwierdzono u 28,8% pacjentów, którzy byli diagnozowani lub leczeni z powodu chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

Częściej choroby sercowo – naczyniowe były stwierdzane w przypadku chorych na: leukoplakię (30,1%), zespół Sjögrena (32,4%), kandydozę jamy ustnej (32,8%), raka błony śluzowej jamy ustnej (35,4%), liszaj płaski Wilsona (35,5%) oraz zespół pieczenia jamy ustnej BMS (47,0%).

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

Stwierdzono wzrost częstości występowania niektórych jednostek chorobowych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie w odniesieniu do grzybicy oraz BMS-u u kobiet.

Palenie tytoniu było istotnym czynnikiem ryzyka u osób z leukoplakią, słonecznym zapaleniem warg oraz nowotworami złośliwymi jamy ustnej.

Stwierdzono koincydencję palenia tytoniu i grzybicy jamy ustnej oraz palenia tytoniu i zmian o charakterze języka czarnego włochatego.

Choroby ogólne miały wpływ na występowanie niektórych schorzeń w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie zespołu pieczenia jamy ustnej, kandydozy oraz liszaja płaskiego Wilsona.

8. SUMMARY

Diseases are frequent and widespread problem, combining dental aspects with other health problems, faced by dentists and GP doctors. Many systemic diseases present some of their symptoms in the oral mucosa much earlier than other systemic symptoms. Premalignant lesion and malignant tumors may be formed within the oral mucosa.

Due to the fact that only few studies have noticed the aspect of mucosal abnormalities epidemiology abnormalities and the importance of holistic approach to oral health attempts were made to answer the question what is the frequency of oral mucosa pathology in patients diagnosed on specialist university clinic in northern Poland.

Aim of the study

Analysis of the incidence of diseases and developmental abnormalities in relation to gender age and risk factors with particular emphasis lesion patients of Department of Periodontology and Oral Mucosa Diseases, Medical University of Gdańsk.

Attempt to answer the question of whether there is an upward trend of the incidence of certain oral mucosa pathology observed in recent years.

Material and methods

15154 charts of the patients, who from 2003 to 2011 volunteered for consultation and treatment to the university specialist clinic were analyzed. During the analysis 4669 patients diagnosed with the disease abnormalities of the were isolated. The group consisting of 4669 patients (3029 women, 1640 men) aged from 3 months to 102 years (mean age 48.6 years) is a study group. The following data were obtained from patients' records: age and sex of the patient disease entity name or irregularities concerning oral mucosa based on diagnosis, the data on the use or non-use of removable dentures, and orthodontic appliances moving data in relation to smoking and general illnesses.

Results

Total of 42 types of diseases and abnormalities were found, of almost twice as many diagnoses related to women (3809 diagnoses - 63.8% against 2165 diagnoses - 36.2% for men). Frequently diagnosable disease entities were: oral candidiasis (1543 cases - 25.8% diagnoses), mucogingival disorders - (609 cases - 10.2%), lichen planus Wilsoni (493 cases - 8.3%), burning mouth syndrome BMS (436 cases - 7.3%) leukoplakia (432 cases - 7.2%). The most commonly diagnosed among women were: oral mucosa candidiasis (1126 cases - 29.6% diagnoses in women), burning mouth syndrome BMS (386 cases - 10.1%), mucogingival disorders (365 cases - 9.6%), lichen planus Wilsoni (356 cases - 9.4%) leukoplakia (218 cases - 5.7%). In men, the most commonly diagnosed were: oral mucosa candidiasis (417 cases - 19.3% diagnoses in men), mucogingival disorders (244 cases - 11.3%), leukoplakia (214 cases - 9.9%), post-traumatic changes (183 cases - 8.5%) lichen planus Wilsoni (137 cases - 6.3%), and geographic tongue (134 cases - 6.2%).

Classifying diseases and anomalies into 8 groups as for their prevalence the largest group in terms of the incidence were infectious diseases (1845 cases - 30.9% of all diagnoses). The group consisting of preneoplastic states, benign and malignant tumors was in second place with 975 spiked diagnoses, which accounted for 16.3% of all diagnoses).

In case of 633 patients (12.2%) coexistence of more than one unit of the disease or abnormalities associated with the oral mucosa was observed. The most common disease coexisting with other units were: oral candidiasis (182 cases), leukoplakia (176 cases) and lichen planus Wilsoni (159 cases).

Frequency analysis of the variability of some of the oral mucosa pathology observed over 9 years of study showed that the increase rate in case of oral candidiasis, mucogingival disorders and burning mouth syndrome (BMS). In contrast, a slight downward trend in the incidence was found in

case of Wilsoni lichen planus, leukoplakia and melanosis limited, as well as cancer of oral mucosa.

The data were analyzed in terms of the use of removable dentures or moving orthodontic and selected units of oral mucosa diseases. Removable dentures or orthodontic appliances were used by 40.7% of all patients. For part of the analysed conditions this percentage was higher and amounted to 43.5% for the fibroma, 64.7% to oral candidiasis, while for 82.4% fissured granuloma.

Selected units of oral mucosa diseases were also analyzed in terms of smoking. The average percentage of smokers among patients with all disease entities identified was 37.3%. Above average percentage of smokers was found in case of: oral candidiasis (48.7%), actinic cheilosis (61.8%), black hairy tongue (79.6%), leukoplakia (83.2%), cancer of the oral mucosa (91.7%) and nicotinic stomatitis (100%).

An analysis of diabetes co-occurrence in case of certain diseases in the mucous membranes of the mouth was also one of the studied aspects. On average, the problem of diabetes handled 10.1% of patients with oral mucosa diseases. The level above the average was recorded in the burning mouth syndrome BMS (10.9%), lichen planus Wilsoni (11.5%) and candidiasis (13.5%).

The last analyzed aspect was comorbidity of cardiovascular diseases in patients with oral mucosa diseases. On average, cardiovascular diseases were found in 28.8% of patients who were diagnosed and treated for diseases and abnormalities of the oral mucosa. More often cardiovascular diseases were reported for patients with: leukoplakia (30.1%), Sjogren's syndrome (32.4%), oral candidiasis (32.8%), cancer of the oral mucosa (35.4%) , lichen planus Wilsoni (35.5%) and burning mouth syndrome BMS (47.0%).

The following conclusions were drawn based on the studies:

The increase in the prevalence of certain diseases of the mucous membranes of the mouth was noticed, especially with regard to fungal infection and BMS in women.

Smoking was a significant risk factor in patients with leukoplakia, actinic cheilosis and oral cancer.

Coincidence was found for smoking and fungal infection of the mouth as well as smoking and black hairy tongue changes.

In general diseases had influence on the occurrence of certain conditions in the mucous membranes of the oral cavity, especially burning mouth syndrome BMS, candidiasis and lichen planus Wilsoni.

9. PIŚMIENNICTWO

1. Agudo A, Bonet C, Travier N i wsp. Impact of cigarette smoking on cancer risk in the European prospective investigation into cancer and nutrition study. *J Clin Oncol* 2012; 30: 4550-4557
2. Al-Dwairi ZN. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan. *J Ir Dent Assoc* 2008; 54: 80-83
3. Antkiewicz H, Sadlak - Nowicka J, Łaska M i wsp. Problemy stomatologiczne pacjentów hospitalizowanych z powodu wybranych chorób skóry. *Dent Med Probl* 2005; 42: 303–310
4. Anuradha C, Malathi N, Anandan S i wsp. Current concepts of immunofluorescence in oral mucocutaneous diseases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2011; 15: 261-266
5. Aparecida Nakazone P, Boas Nogueira AV, Pereira de Alencar Júnior FG i wsp. Burning mouth syndrome: a discussion about possible etiological factors and treatment modalities. 2009; 8: 62-66
6. Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 107-121
7. Arendorf TM, Walker DM. Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil* 1987; 14: 217-227
8. Artico G, Migliari DA, Freitas RS i wsp. Prevalence of *Candida* spp., xerostomia, and hyposalivation in oral lichen planus - A controlled study. *Oral Diseases* 2014; 20: 36-41
9. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Diseases* 2003; 9: 188-195
10. Axell T. Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20,333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 46-51

11. Axell T, Zain RB, Siwamogstham P i wsp. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 95-99
12. Aydemir S, Tekin NS, Aktunc E i wsp. Celiac disease in patients having recurrent aphthous stomatitis. *Turk J Gastroenterol* 2004; 15: 192-195
13. Babu RA, Chandrashekar P, Kumar KK i wsp. A study on oral mucosal lesions in 3500 patients with dermatological diseases in South India. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4: 84-93
14. Banoczy J, Rigo O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complex screening system in Hungary. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 265-267
15. Bath-Balogh M, Fehrenbach MJ, Thomas P. *Illustrated Dental Embryology, Histology, and Anatomy*: Saunders; 1997
16. Beck JD, Offenbacher S. The association between periodontal diseases and cardiovascular diseases: a state-of-the-science review. *Ann Periodontol* 2001; 6: 9-15
17. Beck JD, Offenbacher S. Systemic effects of periodontitis: epidemiology of periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 2005; 76: 2089-2100
18. Beck JD, Offenbacher S, Williams R i wsp. Periodontitis: a risk factor for coronary heart disease? *Ann Periodontol* 1998; 3: 127-141
19. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. In, *J Clin Exp Dent*; 2014: 168-174
20. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 350-354
21. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC i wsp. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 17-22

22. Biedowa J, Knychalska-Karwan Z. Submucous injections of vitamin B12 and hydrocortisone in cases of recurrent aphthae. *Czas Stomatol* 1983; 36: 565-567
23. Bilhan H, Sulun T, Erkoş G i wsp. The role of *Candida albicans* hyphae and *Lactobacillus* in denture-related stomatitis. *Clin Oral Investig* 2009; 13: 363-368
24. Black M, Mignogna MD, Scully C. Number II. Pemphigus vulgaris. *Oral Dis* 2005; 11: 119-130
25. Bohnenkamp DM. Traumatic stomatitis following an intraoral denture relining: a clinical report. *J Prosthet Dent* 1996; 76: 113-114
26. Bokor-Bratic M, Vuckovic N. Cigarette smoking as a risk factor associated with oral leukoplakia. *Archives of oncology* 2002; 10: 67-70
27. Boyle JO, Gumus ZH, Kacker A i wsp. Effects of cigarette smoke on the human oral mucosal transcriptome. *Cancer Prev Res (Phila)* 2010; 3: 266-278
28. Buchner A, Begleiter A, Hansen LS. The predominance of epulis fissuratum in females. *Quintessence Int Dent Dig* 1984; 15: 699-702
29. Budtz-Jorgensen E. The significance of *Candida albicans* in denture stomatitis. *Scand J Dent Res* 1974; 82: 151-190
30. Budtz-Jorgensen E. Ecology of *Candida*-associated Denture Stomatitis. *Microb Eco Health Dis* 2000; 12: 170-185
31. Burchardt D. Postępowanie stomatologiczne u dzieci z cukrzycą insulinozależną. *Poz Stomat* 1997: 117-123
32. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011; 128: 280-288
33. Carrard VC, Haas AN, Rados PV i wsp. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral Dis* 2010; 17: 171-179
34. Carrard VC, van der Waal I, Brouns ER. Proliferative verrucous leukoplakia; a critical appraisal of the diagnostic criteria. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18: 411-413

35. Carvalho MeV, Iglesias DP, do Nascimento GJ i wsp. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011; 28: 111-115
36. Casiglia JM. Recurrent aphthous stomatitis: etiology, diagnosis, and treatment. *Gen Dent* 2002; 50: 157-166
37. Cavalcante AS, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 498-503
38. Cavalcanti DR, Birman EG, Migliari DA i wsp. Burning mouth syndrome: clinical profile of Brazilian patients and oral carriage of *Candida* species. *Braz Dent J* 2007; 18: 341-345
39. Cavaleiro I, Proenca L, Felix S i wsp. Prevalence of Yeast Other than *Candida albicans* in Denture Wearers. *Journal Of Prosthodontics-Implant Esthetic And Reconstructive Dentistry* 2013; 22: 351-357
40. Chandroth SV, Venugopal HK, Puthenveetil S i wsp. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. *Int Marit Health* 2014; 65: 192-198
41. Chi AC, Neville BW, Krayner JW i wsp. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician* 2010; 82: 1381-1388
42. Cianciara D. Raport Siemens 2012 - "Zdrowie - męska rzecz". In. http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemens_2012.pdf; 2012
43. Cinar F, Onat N. Prevalence and consequences of a forgotten entity: ankyloglossia. In, *Plast Reconstr Surg. United States*; 2005: 355-356
44. Collin H-L, Niskanen L, Uusitupa M i wsp. Oral symptoms and signs in elderly patients with type 2 diabetes mellitus: A focus on diabetic neuropathy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2000; 90: 299-305
45. Cubera K. Denture stomatitis - definition, etiology, classification and treatment. *Przegl Lek* 2013; 70: 947-949
46. Daniluk T, Tokajuk G, Stokowska W i wsp. Occurrence rate of oral *Candida albicans* in denture wearer. *Adv Med Sci* 2006; 51: 77-80

47. Darwazeh AM, Al-Dwairi ZN, Al-Zwairi AA. The relationship between tobacco smoking and oral colonization with *Candida* species. *J Contemp Dent Pract* 2010; 11: 17-24
48. Davenport JC, Basker RM, Heath JR i wsp. The removable partial denture equation. *Br Dent J* 2000; 189: 414-424
49. De Souza Bastos A, Leite ARP, Spin-Neto R i wsp. Diabetes mellitus and oral mucosa alterations: Prevalence and risk factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*; 92: 100-105
50. Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T i wsp. Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Stroke* 2003; 34: 2120-2125
51. Dhadse P, Gattani D, Mishra R. The link between periodontal disease and cardiovascular disease: How far we have come in last two decades ? In, *J Indian Soc Periodontol. India*; 2010: 148-154
52. Didkowska J, Manczuk M, McNeill A i wsp. Lung cancer mortality at ages 35-54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics; 2005
53. Dorocka-Bobkowska B, Leśniewska K, Łukaszewska M. Wydzielnicza immunoglobulina A śliny u pacjentów ze stomatopatią protetyczną powikłaną zakażeniem grzybiczym. *Dent Med Probl* 2009; 46: 417-423
54. Dorocka-Bobkowska B, Zozulińska-Ziółkiewicz D, Wierusz-Wysocka B i wsp. *Candida*-associated denture stomatitis in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 90: 81-86
55. Downer MC, Petti S. Leukoplakia prevalence estimate lower than expected. *Evid Based Dent* 2005; 6: 12; author reply 13-14
56. Dreher A, Grevers G. [Fordyce spots. A little regarded finding in the area of lip pigmentation and mouth mucosa]. *Laryngorhinootologie* 1995; 74: 390-392
57. Dufresne RG, Curlin MU. Actinic Cheilitis. *Dermatologic Surgery* 1997; 23: 15-21

58. Dyszkiewicz M, Shaw H. Ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej pacjentów leczonych radio- i chemioterapią. *Dent Med Probl* 2009; 46: 89-93
59. Dziatkowiak H, Ciechanowska M, Wasikowa R i wsp. Increase in the incidence of type 1 diabetes mellitus in children in three cities in Poland, 1987-1999. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2002; 15: 1153-1160
60. Engin B, Bairamov O, Kutlubay Z i wsp. Malignant diseases of the oral mucosa. *Turkderm Deri Hastaliklari ve Frengi Arsivi* 2012; 46: 90-95
61. Espinoza I, Rojas R, Aranda W i wsp. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 2003; 32: 571-575
62. Farman AG. Hairy tongue (lingua villosa). *J Oral Med* 1977; 32: 85-91
63. Frączak B, Biskup M, Chmielewska H i wsp. Stan błony śluzowej i higieny u pacjentów użytkujących uzupełnienia protetyczne stałe i ruchome na podstawie badań klinicznych i ankietowych. *Protet Stomatol* 1995; XLV: 17-19
64. Gagat M, Grzanka D, Izdebska M i wsp. Nornicotine impairs endothelial cell-cell adherens junction complexes in EA.hy926 cell line via structural reorganization of F-actin. *Folia Histochem Cytobiol* 2013; 51: 179-192
65. Garcia-Pola Vallejo MJ, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM i wsp. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 277-285
66. Gendreau L, Barlow AP, Mason SC. Overview of the clinical evidence for the use of NovaMin in providing relief from the pain of dentin hypersensitivity. *J Clin Dent* 2011; 22: 90-95
67. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20: 251-260
68. Genelhu MC, Marigo M, Alves-Oliveira LF i wsp. Characterization of nickel-induced allergic contact stomatitis associated with fixed orthodontic appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005; 128: 378-381

69. Golecka-Bąkowska M, Mierzwińska-Nastalska E, Gadomska H i wsp. Ocena częstości współwystępowania grzybów drożdżopodobnych w różnych ontocenozach u pacjentek w wieku okołomenopauzalnym użytkujących uzupełnienia protetyczne. *Protet Stomatol* 2010; 2: 82-94
70. Górską R. Epidemiologic studies of oral mucosa changes occurring in children, adolescents, and adults 13-24 years of age in Warsaw. *Przegl Epidemiol* 1997; 51: 339-347
71. Gorsky M, Buchner A, Fundoianu-Dayana D i wsp. Fordyce's granules in the oral mucosa of adult Israeli Jews. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1986; 14: 231-232
72. Górską R. Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med Tour Press International; 2007
73. Górską R. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej i jamy ustnej. Warszawa: Med Tour Press International; 2011
74. Górską R, Dembowska E, Pietruska M i wsp. Częstość występowania chorób przyzębia i chorób błony śluzowej jamy ustnej u osób w wieku 35-44 i 65-74 lata w wybranych miastach Polski. *J Stomatol* 2014; 67: 57
75. Hall DM, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child* 2005; 90: 1211-1215
76. Harris CK, Warnakulasuriya KA, Cooper DJ i wsp. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 253-259
77. Henrique PR, Bazaga Junior M, Araujo VC i wsp. Prevalence of changes in oral mucosa in adults in the population of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. *RGO* 2009; 57: 261-267
78. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 246-250
79. Hogewind WF, van der Waal I. Prevalence study of oral leukoplakia in a selected population of 1000 patients from The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 302-305
80. Holmstrup P. Oral lichen planus. *Dtsch Zahnärztl Z* 1999; 54: 10-14

81. Hoser G, Kawiak J, Domagala-Kulawik J i wsp. Flow cytometric evaluation of lymphocyte subpopulations in BALF of healthy smokers and nonsmokers. *Folia Histochem Cytobiol* 1999; 37: 25-30
82. Hunter IP, Ferguson MM, Scully C i wsp. Effects of dietary gluten elimination in patients with recurrent minor aphthous stomatitis and no detectable gluten enteropathy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 595-598
83. Irvine WJ, Gray RS, McCallum CJ i wsp. Clinical and pathogenic significance of pancreatic-islet-cell antibodies in diabetics treated with oral hypoglycaemic agents. *The Lancet* 1977; 309: 1025-1027
84. Jahn M, Schmidt J, Fejerdy L i wsp. The prevalence of oral mucosal lesions in Hungary. *Fogorv Sz* 2007; 100: 59-63
85. Jaruchowska M, Węgrzyn R, Kuczyńska M i wsp. Ocena częstości występowania liszaja płaskiego (OLP) u pacjentów z cukrzycą. *Nowa Stomatologia* 2008; 2: 65-69
86. Jańczuk Z, Banach J. Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004
87. Jemal A, Siegel R, Ward E i wsp. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 225-249
88. Jurge S, Kuffer R, Scully C i wsp. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2006; 12: 1-21
89. Józefowicz W. Wyniki badań podatności na ucisk tkanek miękkich pokrywających bezzębne wyrostki zębodołowe szczęki. *Prot Stom* 1969; 19: 175-180
90. Kaczała M, Gmyrek J, Mnichowska-Polanowska M i wsp. Patomechanizm zakażenia *Candida* w stomatopatiach protetycznych. *Czas Stomatol* 2008; 51: 886-893
91. Kantor R, Wnukiewicz J, Jeleń M. Fałdy włókniste - granuloma fissuratum czy epulis fissuratum? *Magazyn Stomatologiczny* 1998; 10: 17-20
92. Karolewska E, Konopka T. Autoimmune process participation in the Oral pathologies. *Dent Med Probl* 2004; 41: 267-276

93. Kempa H, Sadlak-Nowicka J, Kędzia A i wsp. Kandydoza błony śluzowej jamy ustnej: problem nie tylko stomatologiczny. *Przegl Lek* 2006; 63: 257-260
94. Kerr AR, Sirois DA, Epstein JB. Clinical evaluation of chemiluminescent lighting: an adjunct for oral mucosal examinations. *J Clin Dent* 2006; 17: 59-63
95. Khandelwal V, Nayak PA, Nayak UA i wsp. Oral lichen planus in a young Indian child. *BMJ Case Reports* 2013; 2013:
96. Kivovics P, Jáhn M, Borbély J i wsp. Frequency and location of traumatic ulcerations following placement of complete dentures. *Int J Prosthodont* 2007; 20: 397-401
97. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions--methodologic issues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 129-140
98. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 243-253
99. Kmiec Z. *Histologia i Cytofizjologia Zęba i Jamy Ustnej*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2007
100. Knychalska-Karwan Z. Zmiany chorobowe błony śluzowej jamy ustnej u 4752 chorych leczonych w Katedrze i Zakładzie Stomatologii Zachowawczej CM UJ w Krakowie w latach 1961-1998. *Magazyn Stomatol* 2004; 2: 10-14
101. Knychalska-Karwan Z. *Fizjologia i patologia błony śluzowej jamy ustnej*. Lublin: Czelej.; 2009
102. Knychalska-Karwan Z, Gawrzewska B, Prosta-Kossowska K i wsp. Incidence of oral mucosa diseases in three populations in the province of Cracow. *Czasopismo stomatologiczne* 1989; 42: 267-272
103. Konopka T. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. 2000: 29-41

104. Konopka T, Mendak M. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej pacjentów poradni specjalistycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003. *Dent Med Probl* 2004; 41: 717-425
105. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 331-335
106. Kozłowski Z, Konopka T, Karolewska E i wsp. Częstość występowania infekcji jamy ustnej grzybami z rodzaju *Candida* u pacjentów stomatologicznych. *Mikol Lek* 2007; 14: 169-172
107. Kozłowski Z, Konopka T, Karolewska E i wsp. Częstość występowania infekcji jamy ustnej grzybami z rodzaju *Candida* u pacjentów stomatologicznych. *Mikologia Lekarska* 2007; 14(3): 169-172
108. Kubicka-Musiał M, Musiał S, Wierucka-Młynarczyk B i wsp. Częstość występowania infekcji grzybiczej oraz ocena lekowrażliwości grzybów z rodzaju *Candida* u pacjentów z objawami pieczenia błony śluzowej jamy ustnej. *Dent Med Probl* 2011; 48: 364-370
109. Kumar KA. Incidence of pemphigus in Thrissur district, south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 349-351
110. Kurantowska A, Bieniek E. Zmiany w jamie ustnej u chorych na cukrzycę insulinozależną. *Dent Med Probl* 2004; 41: 113-118
111. Kurnatowska AJ, Kurnatowski P. Niektóre postacie grzybic jamy ustnej. *Mikol Lek* 2008; 15: 29–32
112. Landova H, Danek Z, Gajdziok J i wsp. Oral mucosa and therapy of recurrent aphthous stomatitis. *Ceska Slov Farm* 2013; 62: 12-18
113. Liew MS, Zhang M, Kim E i wsp. Prevalence and predictors of Sjogren's syndrome in a prospective cohort of patients with aqueous-deficient dry eye. *Br J Ophthalmol* 2012; 96: 1498-1503
114. Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res* 2001; 80: 1486-1490
115. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 115-121

116. Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: epidemiology, clinical characteristics, and associated diseases. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16: 273-277
117. Lundström IMC. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus. *International Journal of Oral Surgery* 1983; 12: 147-152
118. Madani FM, Kuperstein AS. Normal Variations of Oral Anatomy and Common Oral Soft Tissue Lesions: Evaluation and Management. *Medical Clinics of North America* 2014; 98: 1281-1298
119. Majewski S, Loster BW, Wiśniewska G. Procedura diagnostyczna i terapeutyczna w przypadku stomatopatii protetycznych – na podstawie obserwacji własnych i długoczasowych obserwacji klinicznych. *Implantoprot* 2003; 3: 27-34
120. Marciszyn L, Kusiak A, Kędzia A. Występowanie infekcji grzybiczej u pacjentów użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne z uwzględnieniem płci i wieku. *Protet Stomatol* 2014; 64: 25-33
121. Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127: 539-545
122. Messner AH, Lalakea ML, Aby J i wsp. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 36-39
123. Michcik A, Cichorek M, Daca A i wsp. Tobacco smoking alters the number of oral epithelial cells with apoptotic features. *Folia Histochem Cytobiol* 2014; 52: 60-68
124. Mierzwińska-Nastalska E, Jaworska-Zaremba M, Błachnio S i wsp. Profilaktyka stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej u użytkowników uzupełnień protetycznych – kliniczna i laboratoryjna ocena preparatu Corega Tabs. *ProtetStomatol* 2008; 3: 183-193
125. Mittal R, Chopra A, Handa F. Sutton's aphthae and Behcet's syndrome. *Indian J Dermatol* 1985; 30: 17-21
126. Mobeen N. Oral candidiasis - a short review. *International Journal of Current Research and Review* 2014; 6: 89-92

127. Mohan RP, Verma S, Singh U i wsp. Epulis fissuratum: consequence of ill-fitting prosthesis. *BMJ Case Rep* 2013; 2013:
128. Munteanu I, Didilescu C. Chemistry and toxicology of cigarette smoke in the lungs. *Pneumologia* 2007; 56: 41, 43-46
129. Muzurovic S, Hukic M, Babajic E i wsp. The relationship between cigarette smoking and oral colonization with *Candida* species in healthy adult subjects. *Med Glas (Zenica)* 2013; 10: 397-399
130. Müller HP, Schaller N, Eger T i wsp. Thickness of masticatory mucosa. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 431-436
131. Naderi NJ, Eshghyar N, Esfahanian H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J (Isfahan)* 2012; 9: 251-255
132. Nanci A. Ten Cate's Oral Histology: Development, Structure, and Function. Mosby Elsevier; 2008
133. Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breastfeeding problems. *J Hum Lact* 1990; 6: 113-115
134. O'Sullivan EM. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. *Oral Oncol* 2011; 47: 395-399
135. Oliveira Alves MG, Almeida JD, Balducci I i wsp. Oral lichen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients. *BMC Res Notes* 2010; 3: 157
136. Olivier JH. Fordyce granules on the prolabial and oral mucous membranes of a selected population. *Sadj* 2006; 61: 072-074
137. Panek H. Znaczenie wywiadu i poziomu edukacji klinicznej dla sukcesu leczenia protetycznego – opis przypadku. *Wrocław Stomat* 2000: 70-76
138. Pappas RS. Toxic elements in tobacco and in cigarette smoke: inflammation and sensitization. *Metallomics* 2011; 3: 1181-1198
139. Pejčić A, Kojović D, Mirković D. Oral piercing and its complications in two Serbian youths: a case report and review of the literature. *West Indian Med J* 2012; 61: 838-843

140. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M i wsp. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 2008; 14: 356-366
141. Pereira-Cenci T, Del Bel Cury AA, Crielaard W i wsp. Development of Candida-associated denture stomatitis: new insights. *J Appl Oral Sci* 2008; 16: 86-94
142. Perk J, De Backer G, Gohlke H i wsp. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-1701
143. Petkowicz B, Piotrkowicz J, Szeszko Ł i wsp. Wybrane aspekty zmian chorobowych jamy ustnej kobiet w wieku menopauzalnym. *Przegląd menopauzalny* 2013; 4: 352-357
144. Petkowicz B, Skiba M, Tomaszewski T i wsp. Leukoplakia błony śluzowej jamy ustnej w aspekcie klinicznym i epidemiologicznym - analiza przypadków. *Dent Med Probl* 2004; 41: 635-641
145. Petkowicz B, Skiba-Tatarska M, Wysokińska-Miszczyk J. Kandydoza jamy ustnej. *Gerontologia Polska* 2006; 4: 160-164
146. Petti S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. *Oral Oncol* 2003; 39: 770-780
147. Pickett G, Seagrave J, Boggs S i wsp. Effects of 10 cigarette smoke condensates on primary human airway epithelial cells by comparative gene and cytokine expression studies. *Toxicol Sci* 2010; 114: 79-89
148. Pijl EK, Engelberts AC. An infant with yellow spots in the mouth. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158: 7557
149. Radwan-Oczko M, Kozłowski Z, Kazanowska M. Pathological changes of the oral mucosa in patients attending outpatient Clinic of Periodontology and Oral Pathology— the analysis of years 2006-2009. *J Stoma* 2011; 64: 186-199

150. Rahimi H, Mara T, Costella J i wsp. Effectiveness of antiviral agents for the prevention of recurrent herpes labialis: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 113: 618-627
151. Ramirez-Amador VA, Esquivel-Pedraza L, Orozco-Topete R. Frequency of oral conditions in a dermatology clinic. *Int J Dermatol* 2000; 39: 501-505
152. Ramsakal A, Mangat L. Images in clinical medicine. *Lingua villosa nigra*. *N Engl J Med* 2007; 357: 2388
153. Rao PK, Chatra L, Shenai P i wsp. Oral Candidiasis - A Review. *JIDA: Journal of Indian Dental Association* 2013; 7: 8-12
154. Reibel J. Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations. *Med Princ Pract* 2003; 12 Suppl 1: 22-32
155. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 390-398
156. Reichart PA, Kohn H. Prevalence of oral leukoplakia in 1000 Berliners. *Oral Dis* 1996; 2: 291-294
157. Reichart PA, Philipsen HP. Color atlas of dental Medicine. *Oral pathology*.: Thieme Verlag New York; 2000
158. Reichart PA, Samaranayake LP, Philipsen HP. Pathology and clinical correlates in oral candidiasis and its variants: a review. *Oral Dis* 2000; 6: 85-91
159. Richardson R, Antilla VJ. Diagnosis and treatment of oral candidosis. *Duodecim* 2010; 126: 174-180
160. Rodakowska E. Powikłania po kolczykowaniu jamy ustnej – na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Journal of Stomatology* 2011; 64: 750-759
161. Roed-Petersen B, Renstrup G. A topographical classification of the oral mucosa suitable for electronic data processing. Its application to 560 leukoplakias. *Acta Odontol Scand* 1969; 27: 681-695

162. Rooban T, Rao A, Joshua E i wsp. The prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in Chennai, south India. *Indian J Dent Res* 2009; 20: 41-46
163. Rybka J, Otulakowska-Skrzyńska J, Hędzerek W. Ziarniniak szczelinowaty u użytkowników protez ruchomych – opis przypadków. *Protet Stomat* 2011; LXI: 217-223
164. Saini R, Al-Maweri SA, Saini D i wsp. Oral mucosal lesions in non oral habit diabetic patients and association of diabetes mellitus with oral precancerous lesions. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010; 89: 320-326
165. Salerno C, Pascale M, Contaldo M i wsp. Candida-associated denture stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e139-143
166. Salerno C, Sacco S, Panella M i wsp. Cancer risk among farmers in the Province of Vercelli (Italy) from 2002 to 2005: an ecological study. *Ann Ig* 2014; 26: 255-263
167. Samaranayake LP, Jones BM. Podstawy mikrobiologii dla stomatologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004
168. Savage NW, Boras VV, Barker K. Burning mouth syndrome: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Australas J Dermatol* 2006; 47: 77-81; quiz 82-73
169. Schwab W. Fordyce's disease. *Osterr Z Stomatol* 1977; 74: 142-151
170. Scopp IW, Valauri AJ. Diseases of the oral mucosa. *The Journal Of Dermatologic Surgery* 1976; 2: 246-257
171. Scully C. Choroby jamy ustnej. Diagnostyka i leczenie. Wyd I polskie pod red. R. Górskiej. Wrocław.: Wyd Med Urban&Partner; 2006
172. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46: 198-206
173. Sedghizadeh PP, Shuler CF, Allen CM i wsp. Celiac disease and recurrent aphthous stomatitis: a report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 474-478

174. Segal LM, Stephenson R, Dawes M i wsp. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. In, Can Fam Physician; 2007: 1027-1033
175. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM i wsp. Pemphigus vulgaris in oral cavity: clinical analysis of 71 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 13: E622-626
176. Shaykhiev R, Otaki F, Bonsu P i wsp. Cigarette smoking reprograms apical junctional complex molecular architecture in the human airway epithelium in vivo. Cell Mol Life Sci 2011; 68: 877-892
177. Shiu MN, Chen TH, Chang SH i wsp. Risk factors for leukoplakia and malignant transformation to oral carcinoma: a leukoplakia cohort in Taiwan. Br J Cancer 2000; 82: 1871-1874
178. Sieja A, Antoszevska J. Zmiany pigmentacyjnie błony śluowej jamy ustnej jako objaw chorób ogólnoustrojowych - wewnątrzenna manifestacja zespołu Peutz-Jeghersa. Przegląd literatury. Gastroenterol.Pol. 2009; 16: 461-464
179. Sierpińska T. Analiza przyczyn niezadowolenia z protez ruchomych osiadających u pacjentów w podeszłym wieku. Prot Stom 1996; 46: 281-284
180. Silverman S, Bhargava K, Smith LW i wsp. Malignant transformation and natural history of oral leukoplakia in 57,518 industrial workers of Gujarat, India. Cancer 1976; 38: 1790-1795
181. Skiba M, Kusa-Podkańska M, Wysokińska-Miszcuk J. Wpływ stanu jamy ustnej na jakość życia osób w starszym wieku. Gerontologia Polska 2005; 4: 250-254
182. Spiechowicz E. Protetyka stomatologiczna. Warszawa: PZWL; 1998
183. Sridhar S, Schembri F, Zeskind J i wsp. Smoking-induced gene expression changes in the bronchial airway are reflected in nasal and buccal epithelium. BMC Genomics 2008; 9: 259
184. St Pierre SA, Bartlett BL, Schlosser BJ. Practical management measures for patients with recurrent herpes labialis. Skin Therapy Lett 2009; 14: 1-3

185. Stangricka-Mazurek A, Szponar E. Występowanie liszaja płaskiego jamy ustnej i obecność wypełnień amalgamatowych. *Dent Forum* 2006; 34: 39-42
186. Stoopler ET, Sollectio TP. Recurrent aphthous stomatitis. Update for the general practitioner. *N Y State Dent J* 2003; 69: 27-29
187. Sudhakar S, Praveen Kumar B, Prabhat MPV. Prevalence of oral mucosal changes in Eluru, Andhra Pradesh (India) - an institutional study. *J Oral Health Comm Dent* 2011; 5: 42-46
188. Sugár L, Bánóczy J. Follow-up studies in oral leukoplakia. *Bull World Health Organ* 1969; 41: 289-293
189. Szponar E, Ślebioda Z, Mania-Końsko A. Afty przewlekłe nawracające u pacjentów Kliniki Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej UM w Poznaniu na podstawie 10-letnich obserwacji. *Czas Stomatol* 2008; 61: 488-494
190. Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. *Gerodontology* 2009; 26: 219-224
191. Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 67-71
192. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S i wsp. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006; 368: 647-658
193. Thomas E, Hay EM, Hajeer A i wsp. Sjogren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 1069-1076
194. Thompson DF, Kessler TL. Drug-Induced Black Hairy Tongue. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 2010; 30: 585-593
195. Thun M, Peto R, Boreham J i wsp. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control* 2012; 21: 96-101
196. Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 158-167

197. Tovar S, Parlatescu I, Gheorghe C i wsp. Oral lichen planus: a retrospective study of 633 patients from Bucharest, Romania. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal* 2013; 18: 201-206
198. Vellappally S, Fiala Z, Smejkalova J i wsp. Smoking related systemic and oral diseases. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2007; 50: 161-166
199. Villar CC, Lima AFMd. Smoking influences on the thickness of marginal gingival epithelium. *Pesquisa Odontológica Brasileira* 2003; 17: 41-45
200. Von Arx T, Koch S, Hardt N. Lesions of the mouth mucosa. An anamnestic and clinical study of 100 consecutive patients with mucosal lesions. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2002; 112: 326-329
201. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM i wsp. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal* 2010; 60: 7-30
202. Wilson J. The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. *Br Dent J* 1998; 185: 380-384
203. Wogan GN, Hecht SS, Felton JS i wsp. Environmental and chemical carcinogenesis. *Semin Cancer Biol* 2004; 14: 473-486
204. Zdziemborska A, Skoczylas M, Deszczyńska K i wsp. Koleczykowanie jamy ustnej- forma zdobienia czy zagrożenie zdrowotne? *MS* 2012; 3: 106-112
205. [Anonymous]. In: Arvin A, Campadelli-Fiume G, Mocarski E et al eds, *Human Herpesviruses: Biology, Therapy, and Immunoprophylaxis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007;
206. [Anonymous]. Aciclovir + hydrocortisone. Herpes labialis: a topical antiviral drug perhaps, but not a steroid. *Prescrire Int* 2011; 20: 205-207
207. Ślebioda Z, Szponar E, Linke K. Stan błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych z chorobą Leśniowskiego-Crohna w zależności od aktywności choroby, metod jej leczenia i palenia papierosów. *Przeg Gastroenterolog* 2011; 6: 97-101