

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

П.В. ГОНЧАРИК, Р.Н. СУПРУНОВСКИЙ, Г.Д. ПАНАСЮК

ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Практическое пособие для врачей



Гомель, 2019

УДК 616.313-002.258-071(075.8)

Составители:

П.В. Гончарик, врач-стоматолог-терапевт (заведующий) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Р.Н. Супруновский, врач-стоматолог-терапевт ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Г.Д. Панасюк, к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинических исследований ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Рецензенты:

И.П. Ромашевская, к.м.н., заведующий гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

О.К. Супруновская, заведующий филиалом №5 ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника»

И.А. Смирнова, заведующий отделением №2 ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника»

П.В. Гончарик, Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта / П.В. Гончарик, Р.Н. Супруновский, Г.Д. Панасюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – 27 с.

В пособии освещены вопросы этиологии, классификации, клиники, диагностики, и лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и изложены вопросы стоматологической помощи. Пособие предназначено для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, пародонтологов, врачей общей практики, клинических ординаторов и интернов по вышеуказанным специальностям, а также студентов старших курсов.

Рекомендовано к изданию на заседании Ученого совета ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» протокол №12 от 23.12.2019г.

УДК 616.313-002.258-071(075.8)

©Составители: Гончарик П.В.,
Супруновский Р.Н., Панасюк Г.Д.
© ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА.....	6
2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	7
3. ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ.....	8
4. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ.....	10
5. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ.....	14
6. ОСОБЕННОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ.....	16
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	19
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	21
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	23
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	26

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ОКТ	–	Оптическая когерентная томография
МКБ-10	–	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра
СОПР	–	слизистая оболочка полости рта
ФДТ	–	фотодинамическая терапия

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) являются актуальной проблемой стоматологии, в то же время их диагностика и лечение представляют значительные трудности для стоматолога. Особую актуальность представляют болезни СОПР, которые сопровождаются специфическими изменениями в эпителии вследствие нарушения процессов ороговения – кератозы. При этих процессах СОПР приобретает белый цвет, легко подвергается повреждению и озлокачествлению. Среди всех заболеваний СОПР кератозы встречаются у 13-15% пациентов. Среди белых поражений лейкоплакия является истинно предраковым состоянием.

Трудность диагностики заболеваний СОПР, встречающихся на приеме врача-стоматолога, обусловлена значительной схожестью их клинических проявлений.

Стоматологу необходимо хорошо знать симптомы этих заболеваний, характер изменений СОПР, внимательно вести диагностический поиск, своевременно выявлять онкологические заболевания и осуществлять их профилактику.

Таким образом, своевременная ранняя диагностика, адекватное лечение лейкоплакии будут способствовать профилактике онкологических заболеваний.

1. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА

Лейкоплакия – заболевание слизистой оболочки рта, в основе которого лежит хроническое воспаление, сопровождающееся нарушением ороговения, включая гиперкератоз и паракератоз.

Причина развития лейкоплакии окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягощающими течение данного заболевания факторами являются – сочетания экзогенных и эндогенных факторов.

Эндогенные факторы. Важная роль в возникновении и развитии лейкоплакии принадлежит заболеваниям желудочно-кишечного тракта (прогрессирующая ахилия, язвенная болезнь), которые ослабляют резистентность СОПР к внешним раздражителям и могут привести к нарушению усвоения витамина А, регулирующего процессы кератинизации. Нарушение обмена холестерина, поражение нервной системы, церебральный склероз, неврастения, гиповитаминозы, анемия, патология эндокринной системы, в частности сахарный диабет, высокий уровень свободного тестостерона в сыворотке крови – могут создавать фон для развития лейкоплакии. Не исключается врожденная или наследственная (дискератозы) предрасположенность к возникновению нарушений ороговения.

Экзогенные факторы:

1. Химические раздражители: табачный дым, жевание табака, соприкосновение с бензином и продуктами его сгорания, в результате при сухой перегонки угля или каменноугольной смолы.
2. Влияние гальванизма при наличии протезов из разнородных металлов.
3. Метеорологические факторы при повреждении губ.

4. Механические факторы: назубные отложения, острые края кариозных зубов, неправильно изготовленные протезы и поставленные пломбы; патологический прикус.

5. Термические факторы – чрезмерное употребление острой, горячей пищи.

По классификации ВОЗ 10-го пересмотра выделяет следующие виды лейкоплакии (МКБ-10):

K13.2 Лейкоплакия.

K13.20 Лейкоплакия идиопатическая:

- плоская лейкоплакия;
- веррукозная лейкоплакия;
- эрозивная лейкоплакия.

K13.22 Эритроплакия.

K13.23 Лейкодема.

K13.24 Небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба, никотиновый стоматит, лейкоплакия Таппейнера].

Исключена: K13.3 Волосатая лейкоплакия.

Формы лейкоплакии могут переходить одна в другую, возможно их сочетание одновременно на разных участках СОПР.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Общая распространенность лейкоплакии СОПР, по данным американских авторов, составляет 0,5-3,46%, а частота озлокачествления – 0,7-2,9%. Лейкоплакия СОПР чаще встречается в Индии и южных штатах Америки, где курение и другое использование табака и бетеля более распространено, чем в других местах.

В общей структуре оказания медицинской помощи пациентам в стоматологических медицинских организациях лейкоплакия встречается в

возрастной группе пациентов от 30 до 70 лет, преимущественно у мужчин (4,3% по сравнению с 1,9% у женщин), распространенность заболевания увеличивается с годами. На 100% случаев обращающихся с лейкоплакией рта приходится 5,6% предраковых состояний и 4,87% случаев раннего рака. На долю идиопатической лейкоплакии полости рта приходится 10% случаев, а на лейкоплакию, вызванную экзо- и эндогенными факторами, – 90%. Слизистая оболочка щек поражается в 25% случаев, десневой край челюсти – в 20%, язык – в 10%, дно полости рта – в 10%; на другие области приходится остальная часть поражений.

3. ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ

- Сбор анамнеза и жалоб;
- внешний осмотр и пальпация органов челюстно-лицевой области;
- пальпация СОПР полости рта;
- осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;
- определение прикуса;
- определение индексов гигиены рта.

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

Уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов пациента), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов. При внешнем

осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи, что позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру полости рта. Детально обследуют СОПР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 1), выявляют элементы поражения СОПР (приложение 2).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены рта уточняют: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene-Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтальных индексов КПИ, СРITN.

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое, люминесцентное исследование, оптическая когерентная томография (ОКТ) пораженной области (приложение 3).

Люминесцентное исследование – голубое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование – явления паракератоза и гиперкератоза, слабо выраженный акантоз.

ОКТ – изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя. Нижний слой ярче верхнего; граница между слоями контрастная, ровная и непрерывная; верхняя граница изображения ровная; верхний слой неоднородный, соответствует многослойному плоскому эпителию; яркость выше, чем в норме, поверхность особенно яркая; высота увеличена по сравнению с нормой; нижний слой неоднородный, высокой яркости, соответствует соединительно-тканной строме; глубина информативного изображения в большинстве областей более 1,5 мм.

4. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ

Клиническая картина лейкоплакии зависит как от формы заболевания и вызывающего ее фактора, так и от локализации. Частая локализация: углы рта, щеки (передние отделы, по линии смыкания зубов), язык (спинка языка, боковые поверхности), губы, твердое и мягкое небо, дно полости рта. Клинически лейкоплакия имеет несколько форм, гистологически может характеризоваться различными нозологическими процессами – от доброкачественного гиперкератоза до инвазивной плоскоклеточной карциномы. Поэтому все иссеченные ткани обязательно должны быть направлены на патоморфологическое исследование, которое должно включать в себя гистологическое и иммуногистохимическое исследование.

Клинически процесс обычно начинается с предлейкоплакической стадии, которая характеризуется воспалением участка СОПР. Как правило, лейкоплакия начинается с помутнения СОПР, что типично для курильщиков. На красной кайме губ эту стадию наблюдают редко.

После этого происходит ороговение, развивается так называемая плоская, или простая, форма лейкоплакии.

Плоская лейкоплакия наблюдается наиболее часто и как правило, не вызывает субъективных ощущений и обычно обнаруживается при осмотре. У пациента может возникнуть чувство стянутости СОПР, жжения в области поражения, но чаще жалобы отсутствуют

1. Основной морфологический элемент – бляшка серовато-белого цвета, с четкими краями, перламутровым блеском, на видимо не измененной СОПР, которая представляет собой неравномерное помутнение эпителия. Может охватывать значительные участки слизистой оболочки.

2. Не выступает над уровнем окружающих участков СОПР.

3. Не снимается при поскабливании.

4. Слизистая оболочка на участках поражения берется в складку.

5. При люминесцентном исследовании голубое свечение участка поражения.

6. При ОКТ – исследовании изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя.

7. Может существовать годами.

Патогистологически выявляется диффузное хроническое воспаление ограниченного участка СОПР с явлениями паракератоза и гиперкератоза. В соединительнотканном слое имеется воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток.

Веррукозная развивается из плоской. Этому содействуют местные раздражители. Основной ее клинический признак – значительно возвышающийся над уровнем СОПР и резко отличающийся от нее по цвету

участок выраженного ороговения. Очаги гиперкератоза имеют яркий молочно-белый цвет. Различают бляшечную и бородавчатую формы веррукозной лейкоплакии.

Бляшечная форма. Главным клиническим признаком является бляшка – перламутрово-белый или мелоподобный элемент, который возвышается над уровнем СОПР, имеет четкие зазубренные или размытые границы и шероховатую поверхность, напоминающую оmozолелость. Наиболее частая локализация этой формы – слизистая оболочка языка. При пальпации – элементы поражения плотные, безболезненные, не спаяны с подлежащими участками слизистой оболочки. Пациентов беспокоит шероховатость или выпячивание СОПР. Иногда при поражении на языке наблюдается нарушение вкуса. Пациенты жалуются на «стянутость» и шероховатость слизистой, жжение во рту и болезненность в полости рта во время приема острой пищи.

Бородавчатая разновидность веррукозной лейкоплакии характеризуется плотными серовато-белыми бугристыми образованиями, которые не берутся в складку и возвышающимися на 2-3 мм над уровнем слизистой оболочки; она обладает большим потенциалом к озлокачествлению, чем бляшечная. Ряд зарубежных и отечественных авторов отмечают, что именно веррукозная лейкоплакия в 70% случаев трансформируется в плоскоклеточный рак. Наиболее частая локализация: слизистая оболочка щек, углов рта, линия смыкания зубов – участки, наиболее подверженные травмированию.

Патогистологически наблюдается утолщение эпителия за счет гиперкератоза и акантоза. Очаги гиперкератоза чередуются с очагами паракератоза. В цитоплазме клеток зернистого слоя – увеличение количества кератогиалина. Эпителиальные тяжи проникают в подлежащую соединительную ткань. В собственной пластинке слизистой оболочки

пораженных участков определяется воспалительный инфильтрат из лимфоидных клеток и плазмочитов.

Эрозивно-язвенная форма является обычно осложнением простой или веррукозной лейкоплакии и проявляется выраженной воспалительной реакцией с повреждением эпителия. На фоне отека и гиперемии слизистой обнаруживается очаг ороговения серого цвета, характерный для плоской и веррукозной лейкоплакии, и одиночная эрозия, реже – язва, которые имеют полигональную форму и покрыты фибринозным налетом. После удаления налета поверхность очага легко кровоточит. Эрозии и язвы трудно поддаются заживлению и часто рецидивируют. Субъективно пациенты отмечают резкую болезненность, усиливающуюся от действия всех видов раздражителей, особенно при приеме пищи. Эрозивная форма лейкоплакии – самая злокачественная. Наиболее опасные в плане озлокачествления зоны СОПР: подъязычная область, боковая поверхность языка, мягкое небо. При эрозивной форме лейкоплакии появляются трещины и эрозии, которые неизбежно подвергаются механическому и термическому воздействию.

Эрозии возникают как результат травмирования очагов лейкоплакии простой и веррукозной форм механическими и термическими факторами. Как правило, это наблюдается на слизистой оболочке языка, щек, красной каймы губ. При усилении ороговения, появлении инфильтрации в основании кровоточащей и незаживающей эрозии можно говорить об озлокачествлении процесса.

Гистологическое исследование: слизистая оболочка утолщена, расширены шиповидный слой и межклеточные пространства. Тяжи эпителия глубоко вдаются в толщину соединительнотканного слоя, разграничивая вытянутые, тонкие сосочки – акантоз. Эпителий местами разрыхлен; в местах потери эпителия формируются эрозии. Наблюдается хроническое воспаление в собственной пластинке слизистой оболочки, выражена межклеточная инфильтрация с примесью плазматических и мононуклеарных клеток.

Лейкоплакия курильщиков Таппейнера (никотиновый стоматит, или никотиновый лейкокератоз неба) возникает у злостных курильщиков, особенно у тех, кто курит трубку. При этом на слизистой оболочке твердого, а иногда мягкого неба имеются явления нерезко выраженного паракератоза. Проявляется эта форма помутнением слизистой оболочки твердого и мягкого неба без четких границ перехода к физиологическому цвету слизистой оболочки, несколько уплотнена, с красными точками зияющих устьев выводных протоков слюнных желез. Пораженная слизистая серовато-белого цвета, складчатая. На таком фоне в задней части твердого неба выделяются мелкие красноватые узелки с точечным отверстием выводного протока слюнной железы в центре. Эта форма лейкоплакии легко обратима: после прекращения курения ороговение слизистой неба исчезает.

Патогистологически – увеличение количества слоев ороговевших клеток. В соединительно-тканном слое выявляются элементы хронического воспаления. Мелкие слюнные железы неба кистообразно утолщены.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины.

5. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Назначают внутрь ретинол по 10 капель 2-3 раза в день или аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3-4 недели); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы. Курс лечения – 2-3 раза в год.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей (аппликации масляного раствора витамина А 3-

4 раза в день на 20 минут или смазывание слизистой тизолем (тизоль с р-каротином, тизоль с витамином А)). При выявлении очага ороговения на красной кайме губ необходима защита от инсоляции. При выходе на улицу смазывать губы фотозащитными кремами, гигиеническими фотозащитными помадами, бальзамом для губ.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОПР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

Лечение при *веррукозной форме* лейкоплакии. Вначале назначают те же средства, что и при плоской форме, сроком на 3 недели. Если позитивная динамика отсутствовала, проводят гистологическое исследование. При положительных результатах исследования можно сделать блокады под очаги поражения с 5% раствором делагила или хонсурида (0,05 г развести в 2-3 мл 0,5% раствора новокаина) – по 1мл 6-8 инъекций через день. В случае отрицательной динамики, т. е. если веррукозная форма не трансформируется в плоскую в течение месяца, необходимо хирургическое вмешательство (иссечение очага поражения, криодеструкция, лазерное испарение или электрокоагуляция).

Лечение при *эрозивной форме* лейкоплакии. Как и при плоской форме лейкоплакии сроком на 2 месяца, дополнительно – седативные препараты (ново-пассит, персен, настойка валерьяны и др.) и гипосенсибилизирующие средства по показаниям. Для заживления эрозий – местное применение обезболивающих средств в виде аппликаций растворов, гелей, мазей или аэрозолей; антисептических препаратов (раствор хлоргексидина биглюконат, тантум верде, мирамистин и др.). Обязательно назначаются средства, стимулирующие эпителизацию слизистой оболочки (масляный раствор витаминов А, Е, масло шиповника, тизоль, солкосерил дентальная адгезивная

паста и др.) в виде аппликаций на 15-20 минут 3-4 раза в день. Если эрозии или язвы под влиянием консервативной терапии не эпителизируются в течение 2-3 недель, то они удаляются путем иссечения, криодеструкции или лазерного испарения.

Часто эрозивная форма лейкоплакии осложняется присоединением вторичной инфекции. В этом случае алгоритм лечения меняется. Вначале проводится коррекция микрофлоры полости рта, затем местно используются обезболивающие, антисептические препараты. После этого проводятся аппликации с протеолитическими ферментами (трипсин, хемотрипсин, террилитин) и удаляется некротический налет. На дом пациенту назначают ротовые ванночки с противомикробными препаратами и аппликации геля метрогил-дента на пораженные участки слизистой оболочки в течение 3-5 дней. Перспективным является использование иммуномодуляторов: имудон по 6 таблеток в сутки в течение 20 дней или ликопид по 1 мг 2 раза в день в течение 2 недель. В значительной степени повышает эффективность лечения включение в терапию препаратов, нормализующих микробную флору полости рта (наринэ, биоспарин, эуфлорин). Во время осложнения может появиться необходимость в назначении антибактериальных препаратов.

6. ОСОБЕННОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

Назначается диетическая терапия при заболеваниях рта и зубов.

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОПР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены, удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом

аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких пациентов должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

Физиотерапевтическое лечение. Применяется методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция).

Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У пациентов с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОПР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура $-160-190^{\circ}\text{C}$, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – один из современных методов лечения, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения. При его облучении светом определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения красителем, на молекулах красителя концентрируется энергия, при высвобождении которой молекулярный кислород окружающей среды переходит в более активные короткоживущие

формы, в том числе синглетный кислород, разрушающий бактериальную клетку.

Хирургическое лечение. Методом хирургического лечения очага поражения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОПР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом.

Режим труда, отдыха и реабилитации: специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОПР не реже 2-х раз в год.

Требования к диетическим назначениям: ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Пациентам с лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

Таким образом, лечение лейкоплакии представляет собой серьезную проблему и зависит от ряда причин, вызвавших ее, а также от стадии клинических проявлений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population / A. Starzyńska [et al.] // *Postępy Dermatologii i Alergologii*. – 2014. – Vol. 31(6). – P. 341–350.
2. Petti, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review / S. Petti // *Oral Oncology*. – 2003. – Vol. 39(8). – P. 770–780.
3. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилева [и др.] // *Проблемы стоматологии*. – 2013. – № 2. – P. 3–9.
4. Proliferative verrucous leukoplakia: a concise update / J. Bagan [et al.] // *Oral Diseases*. – 2010. – Vol. 16(4). – P. 328–329.
5. Urban legends series: oral leukoplakia. / P.G. Arduino [et al.] // *Oral Diseases*. – 2013. – Vol. 19(7). – P. 642–659.
6. Лукина, Г.И. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями органов пищеварения: Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2011. Ссылка активна на 20.08.16. Доступно по: <http://www.dissercat.com/content/morfofunktsionalnye-osobennostislizistoi-obolochki-polosti-rta-u-bolnykh-s-zabolevaniyami-o>
7. К вопросу о папилломавирусном генезе лейкоплакии слизистой оболочки рта / И.И. Бабиченко [и др.] // *Архив патологии*. – 2014. – № 1. – P. 32–36.
8. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилева [и др.] // *Проблемы стоматологии*. – 2013. – № 2. – P. 3–9.
9. Оптимизация диагностики различных форм лейкоплакии / О.Ф. Рабинович [и др.] // *Стоматология*. – 2012. – № 4. – P. 20–21.

10. Ксембаев, С.С., Нестеров, О.В. Предраки слизистой оболочки рта, красной каймы губ и кожи лица – изд. 2-е дополненное. – Казань: Издательство «Отечество», 2011. – 112 с.

11. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / О.С. Гилева [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2012. – №6, том 29. – С. 18–24.

12. Сильвермен, С. Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Э. Трулав; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с.

13. Борк, К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде // Атлас и руководство: пер. с нем – М.: Мед. лит. –2011. – 448 с.

14. Дмитриева, Л.А., Максимовский, Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Алгоритм визуального осмотра СОПР, рекомендуемый ВОЗ (1997 год)

Осмотр СОПР начинают с кожных покровов околоротовой области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочку губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочке губ, особенно нижней, в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет наличия малых слюнных желез, что не является патологией.

Далее осматривают слизистую оболочку щек (правой, затем левой) от угла рта до небной миндалины, замечая наличие или отсутствие пигментаций, изменений ее цвета.

По линии смыкания зубов, чаще ближе к углу рта располагаются гранулы Фордайса. Эти бледно-желтые узелки, диаметром 1-2 мм не возвышаются над СОПР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда принимаемой за отклонение.

Обращают внимание на десны и альвеолярный край. Сначала осматривают щечную и губную область десны, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая все виды сосочков языка, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна рта.

Небо осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове. Широким шпателем осторожно прижимают корень языка. С помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое и затем мягкое небо.

После осмотра, при обнаружении элементов представляющих онконастороженность, необходима пальпация патологического очага. Это важный прием обследования больного предраковым заболеванием. Отмечают все неровности, уплотнения и другие патологические изменения. Особое внимание обращается на консистенцию патологического очага (мягкая, плотно-эластическая, плотная), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Элементы поражения кожи и слизистой оболочки

В диагностике предраковых заболеваний определяющее значение имеет оценка морфологических элементов поражения кожи и слизистой оболочки, которые проявляются изменениями окраски и нарушениями рельефа поверхности.

Пятно (macula) – наиболее распространенный элемент поражения, связанный с изменением окраски. Различают пятна воспалительной (до 1,5 см в диаметре – розеола, большего диаметра – эритема) и не воспалительной природы (пигментное пятно).

Пигментные пятна, в свою очередь, бывают врожденные – невусы, и приобретенные – связанные с введением красителей под эпителиальный слой, возникшие при приеме препаратов висмута, а также вследствие поступления в организм свинца.

Узелок (nodus, papula) – бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем неизменной слизистой или кожи, белесоватого или перламутрового оттенка (на слизистой), синевато-коричневый (на коже), размером 0,1-0,5 мм. Слияние папул приводит к образованию *бляшки* (размер более 0,5 мм).

Узел (nodus) – плотное инфильтративное образование значительной величины (с орех), развивающееся в коже и слизистой оболочке. Определяется в виде возвышения кожи синюшно-коричневого цвета и гиперемированной слизистой оболочки. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может быть обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (tuberculum) – бесполостное инфильтративное образование, размером 0,2 – 5,0 мм, локализующееся в коже или захватывающее все слои слизистой оболочки и имеющее склонность к распаду с образованием язвы и последующим рубцеванием.

Язва (ulcus) – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца. Дно и края язвы характеризуются

различными особенностями, что имеет определенное дифференциально-диагностическое значение в разграничении неспецифических и специфических поражений и злокачественных опухолей.

Трещина (rhagades) – линейный дефект, возникающий при потере тканями эластичности на фоне острого или хронического воспалительного процесса. Различают трещины поверхностные (повреждение только эпителиального слоя) и глубокие (повреждены все слои слизистой и подлежащие ткани).

Чешуйка (squama) – отделяющийся конгломерат пластов ороговевших клеток. Цвет чешуек на коже белый, серый, буроватый, на красной кайме губ – светло-серый.

Корка (crusta) – засохшее отделяемое язв, эрозий. Особенно часто образуется при поражении красной каймы губ.

Эрозия (erozia) – образуется после отпадения корки. Дно эрозии – эпителий или сосочковый слой соединительнотканной основы слизистой оболочки. Заживает, не оставляя следа. Однако в приротовой области иногда после заживления эрозии может иметь место пигментация.

Нарушение процессов ороговения при предраковых поражениях.

В основе ороговения (кератинизации) лежат процессы формирования в клетках комплекса кератогиалин+тонофибриллы с образованием кератиновых фибрилл. Образующееся при этом роговое вещество состоит из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Различают физиологическое и патологическое ороговение. Первое происходит в эпидермисе и выполняет защитную функцию. Образующийся при этом роговой слой состоит из большого количества рядов плоских безъядерных клеток – роговых чешуек. Ороговение клеток эпидермиса протекает постепенно – начинается с базальных эпидермиоцитов и заканчивается образованием полностью ороговевших клеток рогового слоя. Физиологическое ороговение эпидермиса происходит постоянно и сопровождается постоянным отторжением ороговевших поверхностных чешуек.

Патологическое ороговение проявляется в виде дис-, гипер- и паракератоза, а также наблюдается там, где роговой слой в норме не образуется. Склонность слизистой рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы.

Кератозы – группа заболеваний кожи и слизистых оболочек не воспалительного характера, характеризующиеся утолщением ороговевающего и образованием рогового слоев.

Дискератоз – нарушение процесса ороговения, выражающееся патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток, лишенных межклеточных контактов и хаотично расположенных во всех отделах эпидермиса.

Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса, в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения, связанное с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается утолщение рогового и частичное или полное исчезновение зернистого слоя.

Акантоз – утолщение эпидермиса кожи и эпителия слизистой оболочки за счет усиления пролиферации базальных и шиповидных клеток.

Специальные методы исследования СОПР и красной каймы губ

Применяется простая и расширенная стоматоскопия. При расширенной стоматоскопии для получения большей четкости рисунка применяют тот или иной способ витальной окраски.

Люминесцентное исследование – метод наблюдения вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом с длиной волны 365 нм с помощью фотодиагноскопа. В зависимости от вида и степени поражения наблюдают различной окраски и интенсивности цветные картины на слизистой оболочке. В этом плане перспективным для использования в диагностике предраковых заболеваний челюстно-лицевой области является метод трансиллюминации или трансиллюмоскопии, основанный на просвечивании тканей и оценке тенеобразований, возникающих при прохождении светового потока через объект исследования.

Методика трансиллюмоскопии. Световод осветителя ОС-150 с пучком «холодного» света (источник света – галогенная лампа накаливания 24 В, 150 В - А) подводят со стороны кожи в области проекции исследуемого патологического очага, а трансиллюминационные картины оценивают со стороны слизистой оболочки рта или красной каймы губ. Были определены возможности трансиллюмоскопии в исследовании состояния мягких тканей губ, щеки и языка. При этом обнаруживались теневые изображения патологических очагов (рака, папиллом, гемангиом, веррукозной лейкоплакии). Наряду с теневым рисунком очага выявлялись прилежащие сосуды.

Оптическая когерентная томография используется для диагностики предраковых состояний слизистой оболочки рта. В частности установлено, что данное исследование позволяет дифференцировать ороговевшую и неороговевшую слизистую оболочку, различать поверхностные (сосочки) и подповерхностные (кровеносные сосуды, железы) структуры слизистой

оболочки рта позволяет устанавливать структурные нарушения в результате развития патологии.

Радиоизотопное исследование используется для своевременного выявления начала малигнизации предопухолевых процессов (атипичные клетки интенсивно поглощают радиофармацевтические препараты).

Морфологическое исследование осуществляется цитологическим и гистологическим методами:

- цитологический метод диагностики предусматривает определение тонкой морфологической структуры клеток и их групп. Материал для исследования получают путем отпечатка, соскоба с эрозивной, язвенной поверхности или из свищевого хода, а также при помощи пункции из более глубоко расположенных опухолей, лимфатических узлов, кистозных и других полостей и из внутрикостных новообразований.

- гистологический метод основан на изучении тонкой морфологической структуры клеточного строения тканей организма. Материалом для исследования являются кусочки тканей, взятые оперативным путем специально для установления диагноза или удаленные во время оперативного лечения.

Иммуногистохимическое исследование выявляет клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации, позволяет определить иммунофенотип опухоли, исследовать ее биологические свойства, определить молекулярно-биологические факторы прогноза.