

## СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

### MODERN CLINICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF LEUKOPLAKIA IN DENTAL PRACTICE

**N. Nurieva  
O. Ziganshin  
T. Gumiyuk**

**Summary.** Background. The pathological process referred to as leukoplakia refers to facultative forms of precancerous diseases of the oral mucosa. Timely diagnosis and choice of treatment method is the prevention of malignancy of the pathological process.

**Purpose.** Evaluate the effectiveness of treatment, taking into account the patient's model, size and localization of leukoplakia.

**Materials and methods.** To ensure the ordering and systematization of clinical and diagnostic information on the studied pathology, the content analysis of domestic and foreign reference, scientific and educational literature sources was performed. The developed treatment algorithm was tested, and the results of treatment at the dentist's clinical appointment were evaluated.

**Results and discussion.** As a result of the study, a convenient and practically acceptable main method of treating leukoplakia of the oral mucosa was developed. A clinical case demonstrating the results of treatment of leukoplakia of the oral mucosa is presented.

**Conclusion.** The method of treatment of leukoplakia of the oral mucosa formed in the course of the study is the most effective in dental practice, which forms professional skills and competencies of practical dentists in routing patients with this pathology at a clinical appointment. The presented clinical examples demonstrate the effectiveness of the treatment method in the practice of a dentist.

**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Sponsorship agreement of a research.** The research had no sponsorship. Researchers respond full responsibility for providing the manuscript to the final version in the press.

**Нуриева Наталья Сергеевна**

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск  
natakira@mail.ru*

**Зиганшин Олег Раисович**

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск  
ziganshin\_oleg@mail.ru*

**Гуманюк Татьяна Владимировна**

*Врач-стоматолог-ортопед, Клиника ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск  
igumanyuk@mail.ru*

**Аннотация.** Предмет. Патологический процесс, именуемый термином лейкоплакия относится к факультативным формам предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта. Своевременная диагностика и выбор метода лечения является профилактикой малигнизации патологического процесса.

**Цель исследования.** Разработать алгоритмы лечения лейкоплакии основываясь на размере, форме и области локализацию лейкоплакии.

**Материалы и методы.** Для обеспечения упорядочивания и систематизации клинико-диагностических сведений по изучаемой патологии, выполнен контент-анализ отечественных и зарубежных справочных, научных и учебно-методических литературных источников. Сформированный алгоритм лечения, апробируется на клиническом приёме врача-стоматолога.

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования сформирован и принят на апробацию удобный и практически приемлемый способ лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Представлен клинический случай, демонстрирующий результаты лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

**Заключение.** Предложенный алгоритм лечения возможно применять на клиническом приеме врача-стоматолога. Являясь врачом первого контакта, именно стоматолог ведет и курирует как хронические заболевания слизистой оболочки полости рта, так и предраковые состояния. Представленные клинические примеры демонстрируют эффективность применения метода лечения в практической деятельности врача-стоматолога.

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

Declaration on financial and other relationship. All authors took part in development of the concept and design of a research and in writing of the manuscript. The final version was approved by all authors. Authors did not receive the royalties for a research.

*Keywords:* leukoplakia, simple leukoplakia, precancer of the oral mucous membrane, keratosis, leukoplakia treatment.

## Введение

**Л**ейкоплакия относится к одной из разновидностей кератозов, характеризующихся хроническим течением и поражающих слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ [9]. Для нее характерно наличие очагов гиперкератоза с явлениями гиперпластического хронического воспаления в зонах, в норме не подвергающихся ороговению. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта (СОПР) — потенциально злокачественное заболевание, характеризующееся способностью трансформироваться в плоскоклеточный рак. Термин «лейкоплакия» введен венгерским дерматологом Швиммером в 1887 году. Лейкоплакия СОПР — это клинический термин, он не подразумевает наличие определенной гистологической картины. Клинические типы лейкоплакии СОПР в России общепринятой является классификация А.Л. Машкиллейсона [8], которая подразделяет лейкоплакию СОПР на простую (плоскую), веррукозную, эрозивно-язвенную, мягкую и лейкоплакию Таппейнера (никотиновый стоматит). В международной практике различают 2 основных клинических типа лейкоплакии СОПР: гомогенную и негомогенную лейкоплакию [12]. классификация лейкоплакии по мкб-с

класс XI: болезни органов пищеварения

K13.2 лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык

K13.20 лейкоплакия идиопатическая;

K13.21 лейкоплакия, связанная с употреблением табака;

K13.24 небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба] [никотиновый стоматит];

K13.3 волосатая лейкоплакия

Класс I: некоторые инфекционные и паразитарные болезни

B37.0 кандидозный стоматит

B37.02 кандидозная лейкоплакия.

На сегодняшний день этиология и патогенез лейкоплакии окончательно не выяснены. Были выделены ряд факторов эндогенного и экзогенного характера, кото-

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

*Ключевые слова:* лейкоплакия, простая лейкоплакия, предраки слизистой оболочки полости рта, кератозы, лейкоплакия лечение.

рые как правило сочетаются между собой и не исключают друг друга. Экзогенные факторы включают в себя: химический, термический, механический, ионизирующий, биологический, а также гальванические токи, возникающие при протезировании разнородными металлами.

Говоря об эндогенных факторах несомненно главную роль играет иммунитет, как местный так и общий [3].

Типичной локализацией лейкоплакии являются места, принимающие участие в акте жевания: на спинке языка, твердом небе, десне, а также на слизистой в углах рта и щек по линии смыкания зубов.

Вопрос адекватного лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта является актуальным в стоматологии в связи с ее высокой распространенностью и возможной малигнизацией [1].

Знание клинических симптомов, умения по диагностике и лечению лейкоплакии необходимы врачу — стоматологу, т.к. пациенты первично обращаются в стоматологическую поликлинику.

## Цель исследования

Разработать алгоритмы лечения лейкоплакии основываясь на размере, форме и области локализацию лейкоплакии.

## Материалы и методы

В научной литературе можно встретить большое количество описаний случаев лейкоплакии СОПР, методов и способов лечения. Однако, есть противоречия в указаниях на структуру поражения, причины возникновения, гендерные различия, исходов лечения. Для обеспечения упорядочивания и систематизации разрозненных клинико-диагностических сведений по изучаемой патологии, выполнен контент-анализ отечественных и зарубежных справочных, научных и учебно-методических литературных источников, относящихся к данной про-

блеме. Обследованы пациенты с лейкоплакией, сформированный алгоритм лечения вынесен на апробацию.

### Результаты и их обсуждения

В результате выполненного нами контент-анализа имеющихся литературных источников по изучаемой проблеме было установлено, что существующие и рекомендованные схемы лечения сводятся к единому алгоритму. Рекомендованные схемы лечения идентичны и включают в себя следующие мероприятия: санацию полости рта; терапевтическое лечение с использованием лекарственных средств; хирургическое лечение по потребности; физиотерапевтические процедуры по потребности. Терапевтическое лечение включает в себя полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы. Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей [11].

Физиотерапевтическим местным лечением является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза путем диатермокоагуляции или криодеструкции. Методом хирургического лечения лейкоплакии, получившим широкое применение в стоматологической практике является иссечение. Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция [6–7].

Однако терапевтические методы не всегда приводят к полному структурному и функциональному восстановлению слизистой оболочки полости рта, и свидетельствуют о слабом положительном воздействии лекарственных препаратов на лейкоплакию слизистой оболочки полости рта. Так же нами поставлена под сомнение правомерность традиционного использования при лечении этой патологии препаратов витамина ретинола.

При затяжном или рецидивирующем характере заболевания единственным методом лечения лейкоплакии является хирургическое [6]. Однако иссечение очага не всегда возможно из-за локализации поражения.

К недостаткам метода диатермокоагуляции следует отнести формирование значительной раневой поверхности. Это повышает риск присоединения патогенной микрофлоры и развития вторичной инфекции. По сути — это ожог мягких тканей десны. Заживление происходит под струпом, но всегда есть риск его от-

торжения, что приведет к кровотечению и длительному заживлению. После коагуляции возможен неприятный привкус во рту.

Щадящему применению данного метода лечения лейкоплакии способствует назначение в послеоперационном периоде Солкосерила адгезивной дентальной пасты. Препарат вызывают девитализацию очага поражения путем фиксации *in vivo*, сохраняют исходную архитектуру тканей и обладают избирательным фиксирующим действием. Девитализированный эпителий образует защитный слой, который отслаивается через 3–5 дней благодаря спонтанному росту под ним новых эпителиальных клеток.

И на наш взгляд, большое значение для выбора способа лечения и последующего контроля при проведении лечения имеет величина площади поражения, локализация очага, распространенность процесса. В связи с чем, фиксация размера кератоза в день обращения позволит определиться с тактикой ведения пациента и отслеживать эффективность лечебных мероприятий. За основу нами взята схема-топограмма слизистой оболочки полости рта. Площадь поверхности полости рта у взрослого составляет в среднем 215 см<sup>2</sup>; она значительно не различается у мужчин и женщин. Различия в структуре слизистой оболочки ротовой полости на разных её участках вызваны, прежде всего, адаптацией к различным механическим требованиям. На тех участках (десна, твёрдое нёбо: примерно 25% общей поверхности слизистой оболочки ротовой полости), механические нагрузки на которых значительны (в связи с их активной ролью в жевании), эпителий является ороговевающим. Другие же участки (60% общей поверхности), где от тканей требуется большая гибкость, покрыты неороговевающим эпителием. Наконец, спинку языка (15% общей поверхности) покрывает специализированный эпителий, напоминающий мозаику из ороговевающего и неороговевающего эпителия [4]. Таким образом, всю поверхность слизистой оболочки полости рта можно представить в виде схемы.

В качестве иллюстрации приведем некоторые клинические наблюдения данной патологии.

### Пациентка К., 72 года

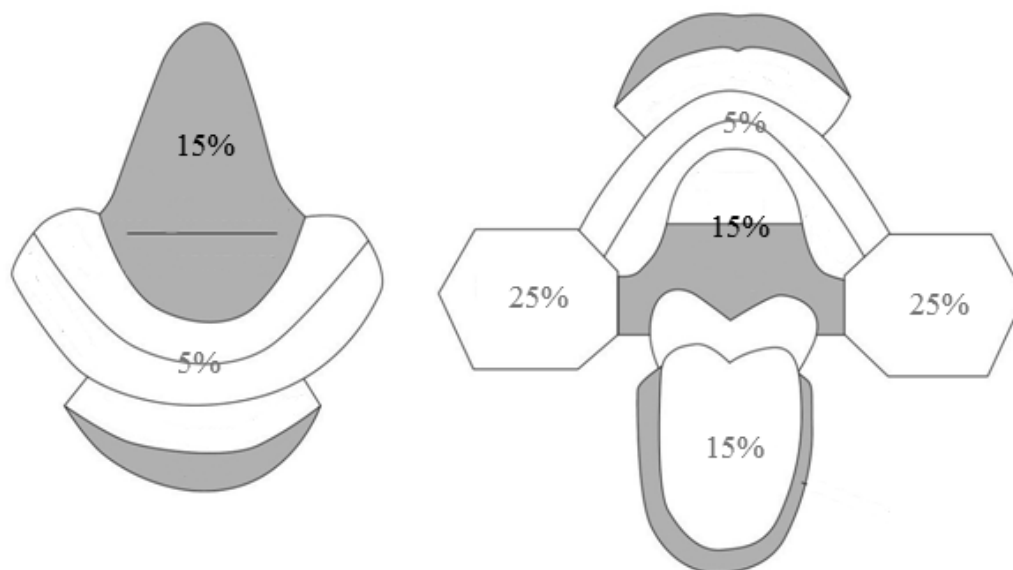
**Жалобы:** на боли ноющего, иногда простреливающего характера на верхней челюсти слева, чувство жжения, появление пятен белесоватого цвета на слизистой оболочке.

**Анамнез:** 15 лет назад протезировалась, дефекты зубных рядов были замещены металлокерамическими мостовидными протезами. Вышеуказанные жалобы поя-

Таблица 1

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	к	з	к	к	к	к			о	о	о	к	з	к	
	к	з	к	о	о	о	о	о	о	к	к	о	о	о	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта



вились 3 года назад. Пятно на слизистой оболочке альвеолярного отростка постепенно увеличивалось. 2 года лечение не проводилось. Год назад обратилась в клинику по месту жительства, был поставлен диагноз: простая лейкоплакия на основании биопсии от 14.01.19 г. Назначено лечение: аппликации масляным раствором вит А 2–3 раза в день, чередовать с салициловой мазью, аппликации мази «Белосалик» 2–3 раза в день в течение 5–7 дней. Лечение давало кратковременное улучшение. Направлена к ортопеду, с целью снятия металлокерамических мостовидных протезов.

**Внешний осмотр:** конфигурация лица не изменена, лицо симметрично, пропорционально. Носогубные и подбородочные складки умеренно выраженные. Региональные лимфоузлы не увеличены. В подчелюстной области справа послеоперационный рубец.

В полости рта: на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области 2.5 пятно белесоватого цвета неправильной формы с четкими контурами 1,8 см<sup>2</sup> (0,35%) не возвышается над слизистой, при пальпации безболезненно, не снимается при зондировании (рис. 1).

Язык правильной формы, подвижен. Изменений не выявлено (таблица 1).

После снятия металлокерамического мостовидного протеза с опорой 2.2–2.4, удалены зубы 2.2, 2.4, в связи с осложненным кариесом. Снят металлокерамический мостовидный протез с опорой 2.5–2.7. После удаления зубов 2.2 и 2.4 — пятно в области этих зубов полностью исчезло. В области 2.5 зуба пятно сохранялось. Зуб 2.5 проведено эндодонтическое перелечение зуба. На фоне лечения пятно значительно уменьшилось в размерах (рис. 2)

Оставшиеся участки гиперкератоза были удалены путем диатермокоагуляции (рис. 3) В послеоперационный период были назначены аппликации Солкосерилом адгезивной дентальной пасты (рис. 4)

**Диагноз:** К 13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта.

K08.1 — потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита.

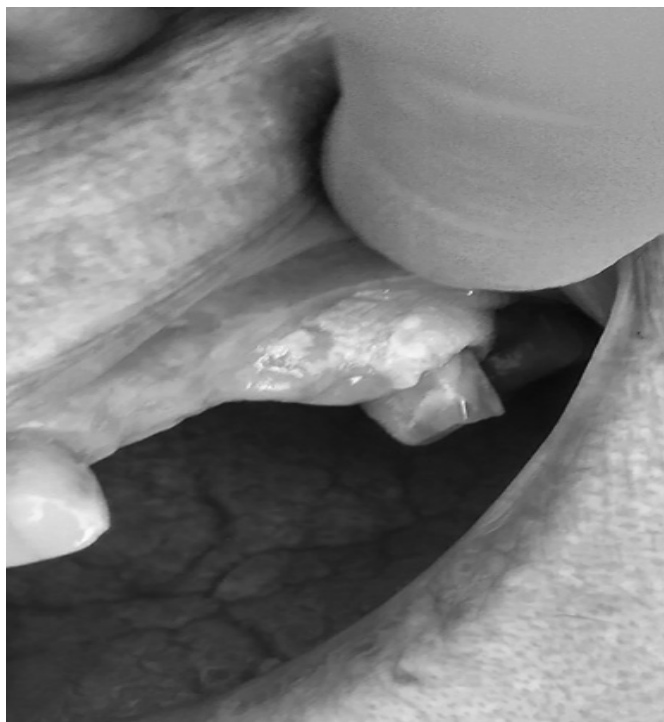


Рис. 1. Пациентка К., 72 года: вид очага поражения до начала лечения.



Рис. 2. Пациентка К., 72 года: проведение эндодонтического лечения.



Рис. 3. Пациентка К., 72 года: проведение диатермокоагуляции



Рис.4 Пациентка К., 72 года: вид на 3-й день после диатермокоагуляции, аппликация на раневой поверхности Солкосерилом

Таблица 2

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	к	к											к		
	к	к	к								п	к	к		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8



Рис. 1. Пациент Н., 48 лет: вид очага кератоза до лечения



Рис. 1. Пациент Н., 48 лет: вид после иссечения очага кератоза

Пациент Н.,  
48 лет

**Жалобы:** на чувство жжения в языке, появление пятна на боковой поверхности языка.

**Анамнез:** пятно появилось около года назад, постепенно увеличивалось в размере.

**Внешний осмотр:** конфигурация лица не изменена, лицо симметрично, пропорционально. Носогубные и подбородочные складки умеренно выраженные. Региональные лимфоузлы не увеличены.

В полости рта: на слизистой оболочке спинки языка с переходом на *facies inferior linguae* справа пятно белесоватого цвета неправильной формы с четкими контурами 5,4 см<sup>2</sup> (3,5%) не возвышается над слизистой, при пальпации безболезненно, не снимается при зондировании (рис. 1). Язык подвижный (таблица 2).

**Диагноз:** К 13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта

В связи с большой распространенностью процесса проведено хирургическое иссечение очага гиперкератоза в пределах участка здоровых тканей (рис 2).

## Выводы

Из вышепредставленных примеров видно, что излюбленной локализацией очагов лейкоплакии являются участки слизистой оболочки тех мест, которые принимают активно участие в акте жевания: на боковой поверхности и спинке языка, твердом небе, десне и покрыты ороговевающим эпителием. Терапевтические методы не всегда приводят к полному структурному и функциональному восстановлению слизистой оболочки полости рта. Применение ростстимулирующих препаратов достаточно сомнительно. Возможно, необходимо рассмотреть роль факторов местного иммунитета и использование цитостатических препаратов в качестве медикаментозного лечения. Очевидна взаимосвязь между наличием очагов хронического воспалительного процесса в области апикальных тканей (возможно связано с анато-

мическим строением — отсутствие подслизистого слоя) и появления очагов лейкоплакии в проекции корней этих зубов, или реакции местных тканей на пломбирочные материалы. При затяжном или рецидивирующем характере заболевания единственным методом лечения лейкоплакии является хирургическое. Нами применены методики лечения лейкоплакии с использованием диатермокоагуляции и путем иссечения очагов гиперкератоза, закрытия раневой поверхности в послеоперационном периоде Солкосерил адгезивной зубной пасты. При осмотре через 3 суток, 7 суток, 3 месяца и 6 месяцев отмечалась полная эпителизация раневого дефекта без образования рубцовоизмененной ткани, полному исчезновению очагов гиперкератоза в первом случае. Во втором представленном случае подвижность языка и открывание рта были сохранены в полном объеме. Все пациенты отмечали комфортный послеоперационный период.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова И. В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога // Институт стоматологии. 2009. № 45. С. 52–53.
2. Бондаренко О.В., Антонов И. В., Сысоева О. В. Онкопрофилактика при эрозивно-язвенной форме плоского лишая слизистой оболочки рта // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 1. С. 15–16.
3. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология Изд-во МИА, 2007 г., 840с.
4. Быков В.Л. Б95 Гистология и эмбриональное развитие органов полости рта человека: учеб. пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 624 с.: ил.
5. Вернадский Ю. И. Предраковые заболевания слизистой оболочки рта / Основы челюстнолицевой хирургии и хирургической стоматологии. — 3-е изд. перераб. и доп. — Витебск: Белмедкнига, 1998. — С. 328–332.
6. Гажва С.И., Котунова Н. А. Повышение эффективности ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки рта// Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 5.;
7. Гилева О.С., Смирнова Е. Н., Позднякова А. А. и др. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой полости рта (по данным лечебно-консультативного приема). Пермский медицинский журнал. — 2012. — № 6, том 29. — с. 18–24.
8. Машкиллейсон А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. — М.: Медицина. — 1970.
9. Рабинович О.Ф., Рабинович И. М., Островский А. Д., Денисова М. А. Негативное влияние материалов ортопедических конструкций на слизистую оболочку рта. — Маэстро стоматологии. — 2011;
10. Сёмкин В.А., Безруков А. А. ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва Клиникопатоморфологические особенности диагностики лейкоплакии полости рта и её Стоматология. 2016; 95(6): 23–24
11. Скородумова Л.О., Мураев А.А, Володина Е. В., Иванов С. Ю., Гнучев Н. В., Георгиев Г. П., Ларин С. С. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: классификация, гистопатология, методы диагностики и лечения // Вопросы онкологии. 2013. Т59 N5. С. 548–554.
12. Holmstrup P., Vedtofte P., Reibel J., Stoltze K. Oral premalignant lesions: is a biopsy reliable? // J. Oral Pathol. Med. — 2007.

© Нуриева Наталья Сергеевна ( natakipa@mail.ru ),

Зиганшин Олег Раисович ( ziganshin\_oleg@mail.ru ), Гуманюк Татьяна Владимировна ( igumanyuk@mail.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»