

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ПОЛОСТИ РТА

Кусакина Яна Константиновна

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Лейкоплакия – заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся хроническим воспалением, которое сопровождается нарушением кератинизации, а именно гиперкератоз и паракератоз.

Этиология лейкоплакии до конца не установлена, основными предрасполагающими и отягощающими факторами являются курение, злоупотребление алкоголем, вирус папилломы человека, грибки рода *Candida* (в основном, *Candida albicans*), механические травмы слизистой оболочки полости рта и губ, острые стенки кариозных зубов, нависающие края пломб, неправильный прикус, некачественные протезы, гальванизм. При расположении лейкоплакии на красной кайме губ основное значение имеют хроническое механическое и термическое повреждение мундштуком курительной трубки, сигары, прижигание сигаретой. Наблюдается возникновение заболеваний у лиц, профессия которых связаны с определенной вредностью (электрики, шахтеры и др.). Играть роль в возникновении лейкоплакии заболевания желудочно-кишечного тракта, ослабляющие резистентность слизистой оболочки ротовой полости к раздражителям (например, недостаточная степень усвоения витамина А, который отвечает за процесс кератинизации). К заболеваниям, провоцирующим развитие лейкоплакии, относятся сахарный диабет (как I, так и II типов), нарушение обмена холестерина, наследственная предрасположенность к нарушениям процесса кератинизации.

Клиническая картина, прогноз лейкоплакии определяются локализацией патологического процесса. Наиболее часто очаги располагаются в углах рта, слизистой оболочке щек, губ, твердого и мягкого неба, дна рта.

Визуально лейкоплакия начинается с помутнения слизистой оболочки полости рта, очаги типичны для курильщиков (лейкоплакия Таппейнера). Самой распространенной формой является простая, или плоская, не вызывающая каких-либо субъективных ощущений дискомфорта и обнаруживаемая случайно при осмотре ротовой полости. Данная форма лейкоплакии при благоприятных условиях может длительное время не прогрессировать.

Веррукозная лейкоплакия – форма лейкоплакии, при которой наблюдается выраженный процесс кератинизации с возвышением над уровнем слизистой оболочки полости рта, вследствие чего появляется чувство шероховатости, стянутости, жжение во рту и боль при приеме раздражающей пищи (чрезмерно острой, горячей).

Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии – форма лейкоплакии, являющаяся осложнением простой или веррукозной формы, характеризующаяся жалобами со стороны пациентов на боль, усиливающуюся от действия любых раздражений. На фоне очагов перечисленных форм образуются одиночные язвы/эрозии, плохо эпителизирующиеся, часто рецидивирующие. Малигнизация в случае эрозивно-язвенной формы лейкоплакии наблюдается более чем в 20% случаев, наиболее опасными в плане озлокачествления являются локализации в подъязычной области, боковой поверхности языка, мягком небе.

Кандидозная лейкоплакия – лейкоплакия с присоединением/длительным существованием хронической кандидозной инфекции (в основном, *Candida albicans*). Инфекционный процесс

способствует изменениям диспластического характера эпителия. Малигнизация данной формы достигает 40% от всех случаев.

Волосатая лейкоплакия – предраковое диспластическое заболевание, этиологией которого является вирус Эпштейна-Барра, у лиц, имеющих значительный иммунодефицит (пациенты, проходящие курс лечения глюкокортикостероидами, цитостатическими препаратами, ВИЧ-инфицированные и т.д.). Визуально представляет собой возвышающиеся участки серовато-белого цвета до 3 см, четко отграниченные и неровные, с шероховатой поверхностью, ворсинчатые. Наиболее часто локализуется на боковой поверхности языка.

Диагностика заболевания проводится путем сбора анамнеза заболевания, установления профессиональных вредностей и вредных привычек, клинического осмотра, проведения дополнительных методов исследования. Диагностика направлена на определение состояния тканей слизистой оболочки полости рта и выявление показаний к лечению.

Диагностическим мероприятием также должно являться бактериологическое исследование материалов полости рта, так как нередко обнаружение грибков *Candida albicans*.

К дополнительным методам диагностики относятся:

1. Люминесцентное исследование, суть которого заключается в наблюдении вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом (длина волны 365 нм) с помощью фотодиагноскопа. От степени и вида поражения зависит характер окраски очагов поражения и ее интенсивность. Данный метод диагностики позволяет получить детальную информацию о патологических очагах (в особенности при выраженных кератозах). Здоровая слизистая оболочка полости рта отсвечивает бледным синевато-фиолетовым цветом;
2. Морфологическое исследование, выполняемое цитологически либо гистологически. Позволяет определить характер поражения и служит для выявления малигнизации процесса;
3. Оптическая когерентная томография, метод лучевой диагностики, использующийся для определения локализации микроскопических неоднородностей. Позволяет дифференцировать ороговевшую и неороговевшую слизистую оболочку ротовой полости, поверхностные и подповерхностные структуры полости рта (сосочки и кровеносные сосуды, железы соответственно). С помощью данного метода возможно определение структурных нарушений в результате развития патологий;
4. Электронно-микроскопическое исследование – метод морфологического исследования с применением потока электронов. Позволяет оценить структуры патологических очагов на макромолекулярном и субклеточном уровнях.

Принципы лечения пациентов с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ предусматривает решение следующих задач:

1. Устранение/уменьшение в размерах очагов поражения;
2. Предупреждение травмирования слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ дефектами зубов (острые стенки кариозных зубов, нависающие края пломб, неправильный прикус, некачественные протезы);
3. Повышение общей и местной резистентности организма;
4. Повышение качества жизни пациента;
5. Проведение профилактических осмотров с целью санации ротовой полости (при необходимости);
6. Диспансерное наблюдение пациентов с лейкоплакией кратностью 2-3 раза в год с оценкой состояния зубов и полости рта в целом;

Собственно лечение лейкоплакии врачом-стоматологом включает в себя:

1. Местная анестезия (при отсутствии противопоказаний);
2. Санация полости рта (антисептическая и противомикробная обработка);
3. Рекомендации по поводу гигиены ротовой полости;
4. Рекомендации по отказу от вредных привычек (главным образом, курения);
5. Медикаментозное лечение (общеукрепляющая терапия, местное использование кератопластических препаратов);
6. Хирургическое лечение (наиболее предпочтительными методами являются иссечение и криодеструкция патологических очагов);
7. Устранение механических факторов повреждения слизистой оболочки полости рта (острые стенки кариозных зубов, нависающие края пломб, неправильный прикус, некачественные протезы).

Лейкоплакия не является редким заболеванием, встречающимся в практике врача-стоматолога, поэтому необходимы знания его патогенеза, диагностики и лечения, что в особенности связано с высоким риском озлокачествления патологического процесса.

Список литературы:

1. Holmstrup, H., Oral erythroplakia-What is it? / Oral diseases - 2018. - Vol. 24. - P. 138-143.
2. Mangold, A.R., Diseases of the tongue / A.R. Mangold, R.R. Torgerson, R.S. Rogers 3rd // Clinics in Dermatology - 2016. - Vol. 34. - P. 458-469.
3. Muthukrishnan, A., Oral health consequences of smokeless tobacco use / A. Muthukrishnan, S. Warnakulasuriya // The Indian journal of medical research - 2018. - Vol. 148. - P. 35-40.
4. Клинические рекомендации (протоколы лечения) лейкоплакии / Стоматологической Ассоциации России -- 2013.