

В.А. Семкин,
д.м.н., профессор, зав. отделением
хирургической стоматологии

О.Ф. Рабинович,
д.м.н., зав. отделением заболеваний
слизистой оболочки

А.В. Кузин,
к.м.н., младший научный сотрудник
отделения хирургической стоматологии

А.А. Безруков,
аспирант отделения хирургической
стоматологии

Л.П. Агапитова,
ординатор отделения заболеваний
слизистой оболочки

ЦНИИСиЧЛХ

Опыт применения гидроколлоидной раневой повязки Granuflex при хирургическом лечении веррукозной лейкоплакии слизистой оболочки рта

Резюме. Лечение хронических заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ – одна из актуальных и серьезных проблем в современной стоматологии. В настоящее время применяется комплексное лечение пациентов с заболеваниями СОР. Веррукозная лейкоплакия является одним из предраковых заболеваний, при лечении которой основным методом лечения является хирургический. В статье приведены данные статистики хирургического лечения пациентов с лейкоплакией методом радиохирургии за 2015–2016 гг.

Ключевые слова: лейкоплакия, послеоперационный дефект, раневая повязка, гидроколлоид, хирургическая стоматология

Summary. Treatment of chronic diseases of the mucous membranes of the mouth and red border – one of the most urgent and serious problems in modern dentistry. Currently used complex treatment of patients with diseases of the oral mucosa. Verrucous leukoplakia is one of precancerous diseases, the treatment of which the main treatment is surgery. The article presents the statistics of surgical treatment of patients with leukoplakia by radiosurgery for the 2015–2016.

Key words: leukoplakia, postoperative defect, wound dressing, a hydrocolloid, dental surgery

Лейкоплакия относится к одной из разновидностей кератозов, характеризующихся хроническим течением и поражающих слизистую оболочку рта (СОР) и красную кайму губ [3, 7] и представляет собой ороговение слизистой оболочки рта, сопровождающееся воспалением стромы и возникающее, как правило, в ответ на хронические экзо- и эндогенные раздражения [7, 12]. Факторы, приводящие к развитию лейкоплакии, полиэтиологичны. К ним относятся курение, хронические травмы механического, термического и химического генеза, генетическая предрасположенность. Установлена взаимосвязь между возникновением лейкоплакии и наличием патологии ЖКТ [5, 10], недостатком витаминов [4, 13, 14, 16–18], стрессом, гормональными расстройствами [6], а также генетической предрасположенностью к гиперкератозу [11, 15].

Гистологически для лейкоплакии характерно наличие очагов гиперкератоза с явлениями хронического воспаления в участках слизистой, в норме не подвергающихся ороговению [8, 9, 11].

Одной из основных проблем, стоящих перед хирургами при лечении пациентов с обширными очагами

гиперкератоза, является максимально возможное иссечение очага поражения. Наиболее часто очаги гиперкератоза располагаются на слизистой щек и боковой поверхности языка с переходом на слизистую дна полости рта, имеют неправильную форму и занимают обширные участки. Как правило, перед хирургом встает вопрос о закрытии образовавшейся после иссечения пораженного участка слизистой раневой поверхности для предотвращения деформации языка и формирования рубцов, ограничивающих открывание рта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении заболеваний слизистой оболочки рта ЦНИИСиЧЛХ с марта 2015 по май 2016 г. были обследованы и прооперированы в отделении хирургической стоматологии 13 пациентов с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта различной локализации с обширными очагами гиперкератоза. В это число входили 8 женщин от 44 до 80 лет и 5 мужчин от 27 до 61 года. В 4 (31%) случаях очаг поражения был локализован на боковой поверхности языка,

в 3 (23%) — на слизистой щек, в 3 (23%) — на спинке языка и по 1 (8%) случаю на мягком небе, дне полости рта и переходной складке. У всех пациентов были значительные по площади очаги выраженного гиперкератоза, имеющие неправильную форму.

Ввиду того, что пораженные участки слизистой языка содержат под собой мышечные волокна и, следовательно, являются подвижными, закрытие раневых дефектов в таких случаях только ушиванием краев раны с предварительной мобилизацией слизистой оболочки ненадежно ввиду сильного натяжения тканей и швов. В случае расхождения краев раны заживление происходит вторичным натяжением, что и приводит к появлению грубого рубца, деформирующего язык, создает неудобства при приеме пищи, разговоре. Это неизменно сказывается на качестве жизни пациента и в случае рецидива заболевания создаст дополнительные трудности для повторного хирургического вмешательства.

При локализации очага поражения слизистой в области преддверия рта, щек, особенно в задних отделах, ушивание краев раны на себя после иссечения способствует формированию грубого рубца, приводящего к ограничению открывания рта или, при большой площади поражения слизистой, невозможно.

В связи с этим актуальным является вопрос о закрытии раневой поверхности с использованием раневой повязки, под которой бы проходило заживление раны. Мы в своей практической работе используем для закрытия раневой поверхности гидроколлоидную раневую повязку Granuflex Extra Thin (ConvaTec, Великобритания; рис. 1). Преимуществом данной повязки, на наш взгляд, является возможность выкраивания по форме дефекта, фиксации к краям дефекта швами и ее стоимость.

Повязка Granuflex представляет собой гидроколлоид, основу которого составляют микрогранулы натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы, пектина и желатины, диспергированные в адгезивной массе. Гидроколлоид сорбирует раневый секрет, переходя при этом в желеобразное состояние. Внешний слой покрытия представлен полиуретановой пленкой, соединенной



Рис. 1. Общий вид повязки Granuflex

с полиуретановой губкой, которые служат основой для фиксации гидроколлоидной основы [1, 2]. В медицине применяется для лечения трофических язв, ожогов, пролежней, хирургических и посттравматических ран. В опубликованных источниках нет данных о применении этой раневой повязки в полости рта. Толщина Granuflex Extra Thin не превышает 1,5 мм, что облегчает ее позиционирование и фиксацию к слизистой оболочке. Материал является гидрофобным, что способствует миграции клеток эпителия по его поверхности и ускорению заживления раны. Клеящая сторона закрыта защитной пленкой, которую обязательно надо снимать перед фиксацией повязки.

Методика операции заключается в следующем: после проведения инфильтрационной анестезии с помощью скальпеля, отступя 2–3 мм от края пораженной слизистой, намечаются границы удаляемой слизистой (рис. 2). Далее с помощью радиоскальпеля проводится полнослойное иссечение пораженного участка (рис. 3).

По форме образовавшейся раневой поверхности моделируется повязка Granuflex (рис. 4). Она укладывается на раневую поверхность, перекрывая образовавшийся дефект, и фиксируется швами. Расстояние между швами должно быть 3–4 мм.

На ранних этапах лечения пациентов с лейкоплакией СОР мы применяли плетеный шовный материал



Рис. 2. Намеченные скальпелем границы иссечения пораженной слизистой щęki

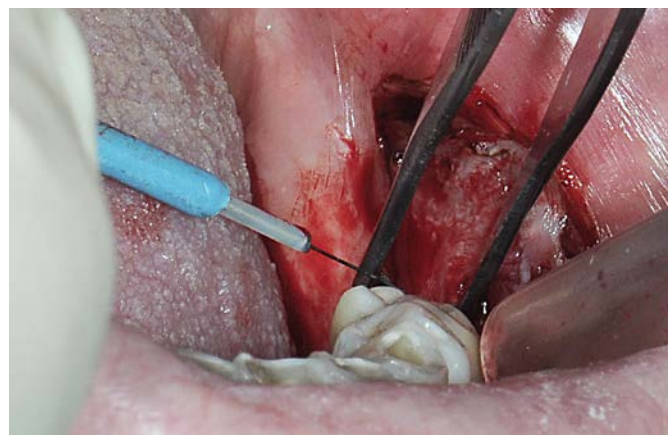


Рис. 3. Этап иссечения радиоскальпелем

Vicryl 4-0 (Ethicon Endo-Surgery) для фиксации повязки, но получали расхождение швов на 2–3-й день, что связано с особенностями слизистой оболочки рта и способностью плетеных шовных материалов абсорбировать влагу и увеличиваться в объеме, тем самым разрывая слизистую. В дальнейшем мы использовали монофиламентную нить Supramid 5-0 (Resorba), которая лишена указанных недостатков, обеспечивает фиксацию повязки на весь срок до появления грануляций и начала эпителизации (рис. 5).

В связи с тем, что повязка является гидрофобной, под ней могут скапливаться сгустки крови, что может приводить к отсроченному кровотечению и способствовать отслаиванию повязки, натяжению швов и их прорезыванию. Поэтому мы перфорируем повязку Granuflex скальпелем № 11, чтобы создать условия для оттока экссудата и лучшей фиксации повязки на ране (рис. 6).

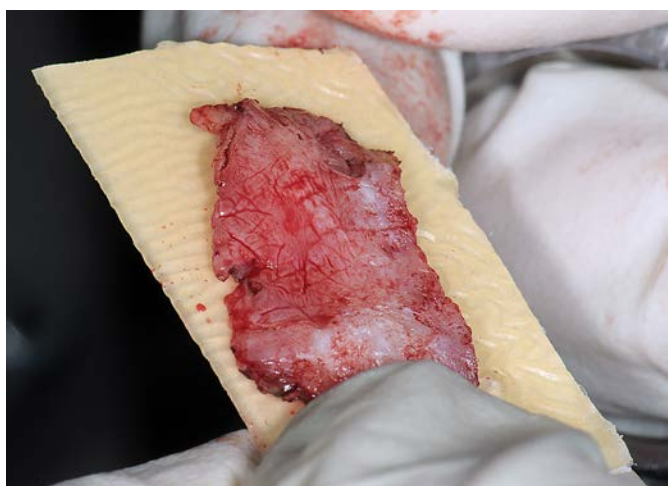


Рис. 4. Выкраивание повязки по форме дефекта



Рис. 5. Упаковка шовного материала Supramid



Рис. 6. Вид раны после фиксации повязки и ее перфорации

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показал наш опыт, закрытия повязкой Granuflex послеоперационной раны до 3 суток включительно уже достаточно для образования грануляций на раневой поверхности и для начала первичной эпителизации раневой поверхности. Но мы рекомендуем сохранять повязку до 7-го дня включительно, поскольку к этому времени грануляции созревают и уже устойчивы к условиям в полости рта. К этому времени некоторая часть швов может прорезаться, что не должно быть предметом беспокойства (рис. 7).



Рис. 7. Вид раны после удаления повязки на 7-е сутки. Рана выполнена грануляциями, эпителизация с краев раны

В дальнейшем пациенту проводится нанесение кератопластических средств на область эпителизирующейся раны по назначению терапевтов-стоматологов.

Все пациенты отмечали комфортный послеоперационный период, почти полное отсутствие болевых ощущений. В течение первых 3–4 недель отмечалось уплотнение тканей в области операции, но в последующие осмотры слизистая оболочка полностью восстанавливает свой нормальный вид и консистенцию, что можно считать успешным результатом операции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А., 61 год, обратился с жалобами на наличие белого налета и шероховатость на слизистой оболочке щеки справа (рис. 8). Болевых ощущений не отмечал. Местная медикаментозная терапия значимого эффекта не дала. Ранее по поводу заболевания не оперировался.

Проведено иссечение радиоскальпелем патологического очага; рана закрыта раневой повязкой Granuflex. Повязка перфорирована скальпелем (рис. 9–12).

При динамическом наблюдении за пациентом в течение года рецидива в области оперативного вмешательства не отмечалось.



Рис. 8. Вид очага поражения

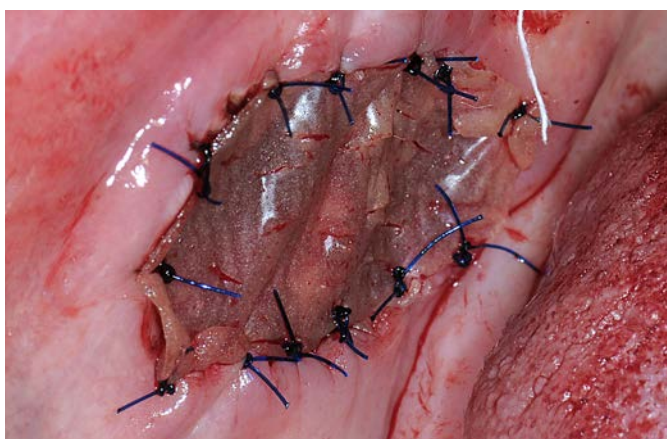


Рис. 9. Вид раны после операции



Рис. 10. Вид раны на 7-е сутки после снятия швов и повязки. Рана выполнена грануляциями и эпителием с краев

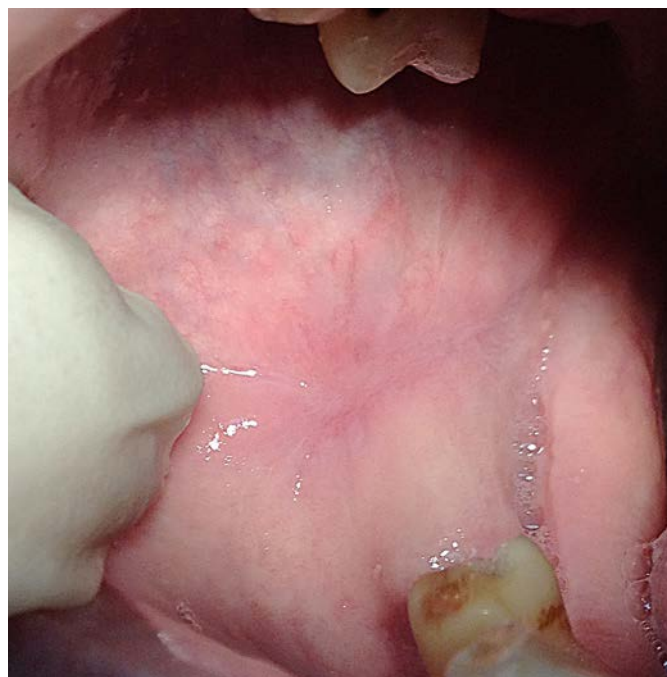


Рис. 11. Область операции на слизистой оболочке щеки справа на 26-е сутки. Определяется эпителизованный участок слизистой оболочки



Рис. 12. Вид области операции на 75-е сутки. Слизистая оболочка обычной окраски, подвижна, не спаяна с подлежащими слоями, отсутствует ограничение открывания рта

ВЫВОДЫ

Изучив клинические данные всех 13 прооперированных пациентов до и после операции, можно сделать вывод о том, что при наличии обширных очагов гиперкератоза при лейкоплакии на слизистой оболочке рта наиболее целесообразно применение раневых покрытий для создания условий полноценного заживления раны.

Это приведет к скорейшему заживлению дефекта и положительно скажется как на качестве жизни пациента, так и на отдаленном прогнозе возможных рецидивов. Раневая повязка Granuflex отвечает всем требованиям, предъявляемым к материалам для закрытия раневой поверхности. Она легко выкраивается по форме дефекта, прочная, обладает хорошей адгезией и, что немаловажно, не является дорогостоящей.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. **Андреев Д.Ю., Пармонов Б.А., Мухтарова А.М.** Современные раневые покрытия. Ч. I. — *Вестн. хирургии.* — 2009; 3: 98—102.
2. **Андреев Д.Ю., Пармонов Б.А., Мухтарова А.М.** Современные раневые покрытия. Ч. II. — *Вестник хирургии.* — 2009; 4: 109—12.
3. **Бабиченко И.И., Рабинович О.Ф., Ивина А.А., Рабинович И.М., Тогонидзе А.А.** К вопросу о папилломавирусном генезе лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Архив патологии.* — 2014; 1: 32—6.
4. **Горбачев В.В., Горбачева В.Н.** Витамины, макро- и микроэлементы. — Минск, 2002. — 543 с.
5. **Лукина Г.И.** Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями органов пищеварения: автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2011.
6. **Макаров Я.Л.** Клиническое значение половых стероидных гормонов и их рецепторов при лейкоплакии слизистой оболочки полости рта: дис. ... к.м.н. — М., 2004.
7. **Машкиллейсон А.Л.** Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. — М.: Медицина, 1970.
8. **Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д.** Новые возможности диагностики лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. — *Стоматология.* — 2007; спец.: 37—40.
9. **Рабинович О.Ф., Бабиченко И.И., Рабинович И.М., Островский А.Д., Тогонидзе А.А.** Оптимизация диагностики различных форм лейкоплакии. — *Стоматология.* — 2012; 4: 20—1.
10. **Стрюк Р.И.** Взаимосвязь соматической патологии с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной области. — *Cathedra. Стоматологическое образование.* — 2008; 7 (2): 52—5.
11. **Amagasa T., Yamashiro M., Uzawa N.** Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. — *International Journal of Clinical Oncology.* — 2011; 16 (1): 5—14.
12. **Bagan J., Scully C., Jimenez Y., Martorell M.** Proliferative verrucous leukoplakia: a concise update. — *Oral Diseases.* — 2010; 16 (4): 328—9.
13. **Benner S.E., Winn R.J., Lippman S.M. et al.** Regression of oral leukoplakia with alpha-tocopherol: a community clinical oncology program chemoprevention study. — *J Natl Cancer Inst.* — 1993; 85: 44—7.
14. **Brandt R.B.** Evaluation of serum and tissue levels of alphatocopherol. — *Biochem Mol Med.* — 1996; 57: 64—6.
15. **Gautam A.P., Fernandes D.J., Vidyasagar M.S., Maiya G.A.** Low level helium neon laser therapy for chemoradiotherapy induced oral mucositis in oral cancer patients — a randomized controlled trial. — *Oral Oncology.* — 2012; 48 (9): 893—7.
16. **Lippman S.M., Batsakis J.G., Toth B.B., Weber R.S., Lee J.J., Martin J.W., Hays G.L., Goepfert H., Hong W.K.** Comparison of low-dose isotretinoin with beta carotene to prevent oral carcinogenesis. — *The New England Journal of Medicine.* — 1993; 328: 15—20.
17. **Ramaswamy G., Rao V.R., Kumaraswamy S.V., Anantha N.** Serum vitamins' status in oral leucoplakias — a preliminary study. — *European Journal of Cancer: Part B — Oral Oncology.* — 1996; 32 (2): 120—200.
18. **Sankaranarayanan R., Mathew B., Varghese C. et al.** Chemoprevention of oral leukoplakia with vitamin A and beta carotene: an assessment. — *Oral Oncol.* — 1997; 33 (4): 231—6.