

DOI: 10.37988/1811-153X_2020_3_24

Н.В. Тиунова¹,

д.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии

Г.Б. Любомирский²,

к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет² ИжГМА

Клинико-диагностические аспекты и подходы к лечению лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Тиунова Н.В., Любомирский Г.Б. Клинико-диагностические аспекты и подходы к лечению лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ. — *Клиническая стоматология*. — 2020; 3 (95): 24—31. DOI: 10.37988/1811-153X_2020_3_24

Реферат. В статье представлены клинико-диагностические аспекты лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ и подходы к лечению в зависимости от клинической формы заболевания. **Цель исследования** — изучение эффективности лечения веррукозной формы лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ с применением лазерной абляции и коллагенсодержащего препарата. **Материалы и методы.** Проведено клинико-диагностическое обследование и лечение 28 пациентов (17 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 45 до 64 лет с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ, которые были разделены на две группы — основную (15 человек) и группу сравнения (13 человек). В основной группе было проведено иссечение участка поражения с помощью лазерной абляции, после хирургического вмешательства на раневую поверхность наносили гель на основе коллагена. В группе сравнения (12 человек) было проведено иссечение участка поражения с помощью скальпеля, а после хирургического вмешательства на раневую поверхность наносили пасту на основе солкосерила. **Результаты.** Полученные результаты наблюдения в послеоперационном периоде свидетельствуют о сокращении сроков эпителизации раневой поверхности после применения лазерной абляции и коллагенсодержащего препарата, что открывает новые возможности в лечении веррукозной лейкоплакии.

Ключевые слова: лейкоплакия, лазерная абляция, коллагенсодержащий препарат

N.V. Tiunova¹,

Grand PhD in Medical sciences, associate professor of the Therapeutic dentistry department

G.B. Lyubomirskii²,

PhD in Medical sciences, assistant of the Therapeutic dentistry department

¹ Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia² Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Clinical and diagnostic aspects and approach to the treatment of oral leukoplakia

FOR CITATION:

Tiunova N.V., Lyubomirskii G.B. Clinical and diagnostic aspects and approach to the treatment of oral leukoplakia. — *Clinical Dentistry (Russia)*. — 2020; 3 (95): 24—31. DOI: 10.37988/1811-153X_2020_3_24

Abstract. The article presents the clinical and diagnostic aspects of oral leukoplakia and treatment approaches, depending on the clinical form of the disease. **The aim** of the study was to study the effectiveness of the treatment of verrucous form of oral leukoplakia using laser ablation and collagen-based drug. The study conducted a clinical examination and treatment of 28 patients (17 women and 11 men) aged 45 to 64 years with a verrucous form of oral leukoplakia, which were divided into two groups — the main (15 people) and a comparison group (13 people). In the main group, the lesion site was excised by laser ablation; after surgery collagen-based drug was applied to the wound surface. In the comparison group (12 people), the lesion site was excised with scalpel, and after surgery solcoseryl-based drug was applied to the wound surface. The results of observation in the postoperative period indicate reduction in the time of wound surface epithelization after the use of laser ablation and a collagen-based drug. This opens new possibilities in the treatment of verrucous form of oral leukoplakia.

Key words: oral leukoplakia, laser ablation, collagen-based drug

ВВЕДЕНИЕ

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, которое возникает, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение, и относится к факультативному предраку [1–3].

Среди экзогенных факторов можно выделить хроническую механическую травму слизистой оболочки рта острыми краями зубов, пломб, при аномалиях положения зубов, травму нерациональными ортопедическими конструкциями, ортодонтическими или шинирующими аппаратами, прикусывание слизистой оболочки [4, 5], явления гальванизма, жевание табака, бетеля, наса, употребление острой и пряной пищи, производственные факторы (воздействие смолы, йода, брома, дегтя, кислот, щелочей, минеральных удобрений) [1]. Развитие гиперкератоза на слизистой оболочке полости рта способствуют длительное воздействие термических раздражителей (горячей пищи, горячего воздуха), курение, оказывающее не только термическое, но и химическое воздействие, а также влияние метеорологических факторов: суховеи, низкая влажность атмосферного воздуха, обилие солнечного света [6].

Важное значение в развитии лейкоплакии играют эндогенные факторы: заболевания желудочно-кишечного тракта, сопутствующая эндокринная патология (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, изменения гормонального фона у женщин в климактерическом периоде) и гиповитаминоз А, а также генетическая предрасположенность и нейродистрофические процессы в полости рта [4, 6]. Определение антигенов папилломавируса человека высокого риска HPV16 по результатам иммуногистохимического исследования у пациентов с лейкоплакией, а также результаты ПЦР-диагностики подтверждают роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии заболевания [7, 8].

Перечисленные эндогенные факторы создают лишь фон для развития лейкоплакии, но более значимую роль играют экзогенные факторы, особенно в их сочетании друг с другом.

По данным О.С. Гилевой и соавт. (2013), в структуре заболеваний слизистой оболочки рта лейкоплакия встречается у 15% больных [9]. Заболевание относится к факультативному предраку с вероятностью злокачественной трансформации до 9,5% [10]. По эпидемиологической картине лейкоплакия чаще встречается у мужчин, особенно курящих, в возрасте старше 45 лет. Однако, как указывают данные А. Torrejon-Моуа и соавт. (2020) и наши наблюдения, на прием чаще обращаются женщины, что можно связать с возросшей онкологической настороженностью в первую очередь лиц женского пола, а также с изменениями гормонального фона [11].

Согласно классификации А.Л. Машкиллейсона (1970) выделяют следующие клинические формы лейкоплакии: простую (плоскую), веррукозную, эрозивно-язвенную, мягкую лейкоплакию и лейкоплакию

Таппейнера (никотиновый стоматит). Стоматологическая адаптация классификации МКБ-10 — МКБ-С относит заболевание к XI классу «Болезни органов пищеварения», выделяя следующие коды:

- K13.2 — лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык;
- K13.20 — лейкоплакия идиопатическая;
- K13.21 — лейкоплакия, связанная с употреблением табака;
- K13.24 — нёбо курильщика (никотиновый лейкокератоз нёба, никотиновый стоматит);
- K13.3 — волосатая лейкоплакия, которая является маркером ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- V37.02 — кандидозная лейкоплакия.

В международной практике различают два основных клинических типа лейкоплакии: гомогенную и негомогенную лейкоплакию, что основано на морфологической картине и имеет прогностическое значение. В частности, негомогенная лейкоплакия имеет относительно высокий риск озлокачествления [17, 30].

I. van der Waal (2019) предложил переименовать термин «волосатая лейкоплакия», являющийся определенным, а не потенциально злокачественным заболеванием, связанным с ВИЧ-инфекцией, в «EBV-положительное белое поражение языка» (EBVposWLT).

Клиническая картина лейкоплакии зависит от формы заболевания. Так, при плоской лейкоплакии больные могут не предъявлять жалоб либо отмечают шероховатость слизистой оболочки, нарушение эстетики, чувство жжения при приеме пищи. При объективном осмотре на слизистой оболочке определяется первичный элемент поражения — пятно серо-белого цвета с четкими границами, располагающееся на уровне со слизистой оболочкой и не снимающееся при поскабливании. Окружающая слизистая бледно-розового цвета, однако при плохой гигиене полости рта или курении она может быть гиперемирована, в складку не собирается. Излюбленные участки поражения: слизистая оболочка ретромолярной области, щек, углов рта, боковых поверхностей языка. При осмотре в проекции проблемных участков выявляются местные травмирующие факторы.

При отсутствии лечения наблюдается усиление ороговения, и плоская лейкоплакия переходит в веррукозную форму, при которой пациенты предъявляют жалобы на чувство шероховатости слизистой оболочки, наличие инородного тела, сухость в полости рта.

Веррукозная лейкоплакия, которая встречается в двух клинических формах: бляшечной и бородавчатой. При бляшечной форме элемент поражения — пятно в виде бляшки, возвышающейся над уровнем слизистой оболочки (рис. 1). При бородавчатой форме определяются бугристые образования, напоминающие бородавчатые наросты (рис. 2).

При эрозивно-язвенной форме лейкоплакии больные предъявляют жалобы на чувство жжения или боли при приеме пищи и воздействия термических, химических и тактильных раздражителей. При осмотре выявляется эрозия либо язва, вокруг которой наблюдается

участок гиперкератоза по типу плоской или веррукозной лейкоплакии (рис. 3).

Данные формы лейкоплакии потенциально способны озлокачествляться, чаще всего веррукозная и эрозивно-язвенная форма. Признаки, указывающие на озлокачествление лейкоплакии: усиление процессов ороговения, появление уплотнения в основании проблемного участка, эрозирование поверхности, при эрозивно-язвенной форме — снижение или отсутствие

болезненности, кровоточивость, образование сосочковых разрастаний и быстрое увеличение размеров [12].

Мягкая лейкоплакия впервые описана Б.М. Пашковым (1963). Сходное с мягкой лейкоплакией изменение слизистой оболочки рта было описано Cannon (1936) как «белый губчатый невус» Кеннона, Kocsard и соавт. (1962), Obermayer (1964) под названием «щечное кусание», Archard и соавт. (1968), Pindborg и соавт. (1978) под названием «лейкоэдема» [4]. Среди этиологических факторов предполагается наследственный характер — передача по аутосомно-доминантному признаку, прикусывание слизистой оболочки вследствие психоэмоциональных перегрузок, нервно-психической травмы, депрессии [4, 13].

Мягкая лейкоплакия встречается в молодом возрасте, от 12 до 45 лет, в основном у лиц мужского пола, хотя болеют и женщины. Часто при данном заболевании больные не предъявляют жалоб, что позволяет выявить мягкую лейкоплакию только при профилактическом осмотре пациента или при санации полости рта. Возможны жалобы на чувство шероховатости слизистой оболочки.

Выделяют две клинические формы мягкой лейкоплакии: типичную (очаговую и диффузную) и атипичную. При типичной очаговой форме определяются очаги гиперплазии и десквамации эпителия на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, в области углов рта, на нижней губе, боковых поверхностях языка, деснах [4]. При типичной диффузной форме больные предъявляют жалобы на шероховатость слизистой оболочки полости рта. При осмотре обнаруживаются белые пористые участки в виде чешуек на слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностей языка, дна полости рта одновременно, участки напоминают мочалку либо ткань, изъеденную молью. При атипичной форме жалоб пациенты не предъявляют. При объективном исследовании обнаруживается участок диффузного помутнения слизистой оболочки на щеках или на губах.

Лейкоплакия курильщика (никотиновый стоматит) возникает как реакция слизистой оболочки в ответ на длительное раздражение продуктами горения табака при курении. Жалоб пациенты, как правило, не предъявляют. Поражается слизистая оболочка твердого нёба. При осмотре определяются пятна серо-белого цвета, которые вследствие воздействия продуктов горения табака (никотин, пиридиновые основания, синильная кислота, сероводород, аммоний, окись углерода, фенолы, в большом количестве дегтярные осадки) могут окрашиваться в коричневый и черный цвет. На этом фоне видны мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны — так называемый симптом росы. Эта форма лейкоплакии относится к легкообратимым процессам, устранение курения как раздражающего фактора приводит к исчезновению заболевания.

Кандидозная лейкоплакия — лейкоплакия с соединением или длительным существованием хронической кандидозной инфекции — может привести



Рис. 1. Веррукозная лейкоплакия, бляшечная форма

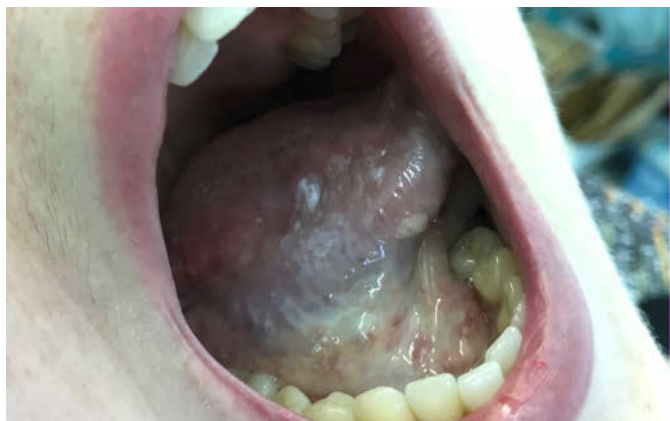


Рис. 2. Веррукозная лейкоплакия, бородавчатая форма



Рис. 3. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии

к развитию диспластических изменений в эпителии примерно в 10–40% случаев [14].

Волосатая лейкоплакия — предраковое диспластическое заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна—Барр у лиц с выраженным нарушением иммунной системы, у больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом, у больных на фоне приема иммуносупрессивных препаратов при пересадке органов [15]. Согласно клиническим рекомендациям (2013), представляет собой возвышающиеся участки серовато-белого цвета размером до 2–3 см с четкими границами, шероховатой, неровной, ворсинчатой поверхностью. Излюбленная локализация — боковая поверхность языка.

Диагностика лейкоплакии

Для диагностики проводится клиническое обследование, после которого может быть поставлен только предварительный диагноз лейкоплакии. Для постановки окончательного диагноза обязательно проведение биопсии, которая не подтверждает любое другое заболевание слизистой оболочки рта [16, 17].

Для визуализации патологически измененных участков слизистой оболочки рта применяют метод аутофлуоресцентной стоматоскопии с применением лампы АФС-400 (ООО «Полироник», Россия). Аутофлуоресцентное свечение очагов веррукозной лейкоплакии значительно отличается от свечения здоровой слизистой оболочки: эти очаги визуализируются в виде темных участков с неровными краями без видимого свечения. Свечение этих очагов может иметь красновато-коричневый или розовый оттенок. Очаги, находящиеся в стадии ремиссии заболевания, как правило, имеют зеленое свечение и не выявляются на фоне здоровой слизистой. Очаги плоскоклеточного рака не имеют свечения (эффект «темного пятна») либо имеют красную очаговую флуоресценцию различной интенсивности [18].

Одним из самых высокоинформативных диагностических методов в распознавании неоплазии слизистой оболочки рта является применение оптической когерентной томографии — метода неинвазивного формирования изображений поверхностных слоев тканей с разрешением 10–15 мкм в реальном времени, основанного на использовании волн ближнего инфракрасного диапазона [16, 19, 20]. Данные ОКТ-исследования являются достоверным критерием оценки состояния слизистой оболочки у пациентов с различными формами лейкоплакии до, во время и после лечения [14].

Гистологическое исследование при лейкоплакии выявляет процессы акантоза, гиперкератоза и паракератоза.

Лечение лейкоплакии

В настоящее время ни один вид активного лечения лейкоплакии слизистой оболочки рта не гарантирует отсутствие рецидивов или озлокачествления, поэтому выявление больных с высоким риском трансформации и их дальнейшее наблюдение представляется рациональным методом профилактики рака [16].

Лечение лейкоплакии должно быть комплексным, индивидуализированным, этиопатогенетически обоснованным, последовательным.

Перед началом комплексного этиопатогенетического лечения при всех формах лейкоплакии, за исключением эрозивно-язвенной, следует провести профессиональную гигиену полости рта с целью восстановления микробиоценоза полости рта и кислотно-щелочного равновесия. Профессиональная гигиена проводится по GBT-протоколу, с применением порошка Airflow plus (EMS) на основе эритритола и ультразвукового скейлера. При эрозивно-язвенной форме профессиональная гигиена откладывается до эпителизации элементов поражения, но не отменяется. Также необходимо не только тщательно очистить все поверхности зубов, но и провести профессиональную чистку съемных и частичных съемных ортопедических конструкций в ультразвуковой ванне с растворенной очищающей таблеткой (например, Corega tabs).

Проводится обучение правилам гигиены полости рта, языка и съемных ортопедических конструкций.

Всем пациентам проводится тщательная санация полости рта, которую начинают с устранения местных травмирующих факторов. Необходимо исключить курение и воздействие других этиологических факторов. По показаниям проводят избирательное шлифование. При необходимости следует снять все нерациональные ортопедические конструкции, обязательно и неотлагательно провести рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластинчатые протезы из бесцветной пластмассы). При наличии сопутствующей соматической патологии обязательна консультация врача соответствующего профиля (гастроэнтеролога, эндокринолога, психотерапевта, онколога и др.). Пациентам рекомендуется щадящая диета с исключением горячей, грубой, острой и пряной пищи. Дальнейшая тактика лечения зависит от формы и жалоб пациента.

При плоской форме и отсутствии жалоб на жжение сначала устраняют экзогенные травмирующие факторы, а затем назначают динамическое наблюдение через 1 месяц. Если очаг уменьшается, проводят дальнейшее диспансерное наблюдение. При сохранении очага или при неблагоприятном прогнозе, переходе его в веррукозную форму, выполняют его иссечение.

При плоской форме и наличии жалоб на жжение назначается общее лечение после консультации с эндокринологом, гастроэнтерологом, онкологом, терапевтом по показаниям: витаминотерапия (витамины А, Е, группы В), деринат 0,25% раствор в виде капель под язык и в каждую ноздрю, по 2–3 капли, 2–3 раза в день в течение месяца. Назначают аппликации кератопластиков на проблемные участки слизистой оболочки рта 2 раза в день. При сохранении очага после курса лечения или увеличении размера проводится его иссечение.

При веррукозной форме назначение общего и местного лечения, на наш взгляд, может спровоцировать усиление процессов кератинизации, поэтому после устранения местных факторов терапию назначают через 1 месяц. Если очаг уменьшается, переходит в плоскую форму, через 2–3 месяца решают вопрос о необходимости иссечения участка. При сохранении очага или увеличении в размере проводится его иссечение.

При кандидозной лейкоплакии, подтвержденной с помощью микробиологического исследования (*Candida* выше 10^2), необходимо назначение общих противогрибковых препаратов (дифлюкан, флуконазол, флюкостат) с учетом выявленной чувствительности к данным препаратам и местно аппликации кандид растора на проблемные участки слизистой оболочки.

При лечении мягкой лейкоплакии проводят устранение местных факторов, местно — аппликации кератопластиков. В общем лечении по назначению психотерапевта назначают седативные препараты.

При лечении никотинового стоматита больным необходимо полностью запретить курение.

Тактика врача при местном лечении эрозивно-язвенной формы зависит от характера течения язвенного процесса, времени образования эрозии или язвы, ее состояния, своевременности устранения раздражающих или травмирующих факторов. Так, в местном лечении необходимо назначение лекарственных препаратов, оказывающих местное обезболивающее действие, ротовых ванночек с антисептиками, аппликаций протеолитических ферментов, противовоспалительных мазей, кератопластиков.

Накопленный нами клинический опыт показал, что в местном лечении высокоэффективно использование препарата, сочетающего в себе все вышеперечисленные компоненты, в частности геля на основе коллагена Эмалан, который содержит димексид, ускоряющий проникновение лекарственных препаратов, аллантоин, обладающий противовоспалительным и местноанестезирующим действием, антиоксидант эмоксипин и тетраборат натрия, обеспечивающий противогрибковое и антибактериальное действие.

В комплексном лечении эрозивно-язвенной формы мы назначаем ротовые ванночки с 0,05% водным раствором хлоргексидина, мирамистина или с использованием ополаскивателей на основе хлоргексидина в течение 5–7 дней. Для снятия фибринозного налета с эрозивно-язвенной поверхности — аппликации дигестала — коллагеновой пластины с ферментом дигестазой, и аппликации геля Эмалан 2–3 раза в день на проблемный участок слизистой оболочки рта.

Если консервативное лечение в течение 3 недели оказывается неэффективным и не наблюдается тенденции к заживлению, следует применить хирургическое иссечение очагов поражения с обязательным предварительным гистологическим исследованием. При подтверждении подозрений на малигнизацию сразу же предпринимается радикальная операция в онкологическом учреждении.

При эпителизации эрозии или язвы и переходе заболевания в плоскую или веррукозную формы решение об иссечении патологического участка принимается после диспансерного наблюдения в течение 1 месяца и отсутствия тенденции к его уменьшению.

В связи с вышеизложенными клинико-диагностическими аспектами и подходами к лечению целью данного исследования стало изучение эффективности лечения веррукозной формы лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ с применением лазерной абляции и коллагенсодержащего препарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-диагностическое обследование и лечение 28 пациентов (17 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 45 до 64 лет с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

Всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта, обучение правилам гигиены полости рта, языка и съемных ортопедических конструкций (при их наличии), санация полости рта, рациональное протезирование. Проведена беседа о необходимости отказа от курения и лечении сопутствующей соматической патологии. При повторном осмотре через 1 месяц при сохранении очага или увеличении в размере проводили его иссечение.

Известно, что для воздействия на очаг поражения при лейкоплакии применяются фотодинамическая терапия [21–23], иссечение с помощью криодеструкции [24, 25], радиоскальпеля [5, 26], скальпеля [14] и лазера [27–30].

Однако большое количество предлагаемых выше методов удаления очага поражения при лейкоплакии имеют веские недостатки в виде рисков рецидива или образования рубцовых осложнений и связанных с ними функциональных и косметических дефектов, что в полной мере не позволяет говорить об эффективном достижении результатов лечения данной патологии.

Накопленный нами клинический опыт, достижения и разработки авторских протоколов в области лазерной стоматологии открыли новые возможности в лечении веррукозной лейкоплакии с применением метода лазерной термоабляции патологически измененных тканей, локализующихся на слизистой оболочке рта, красной кайме губ.

Современные диодные лазеры могут генерировать свет определенной длины волны в узкой части спектра, который будет соответствовать линии поглощения ряда важных хромофоров (меланин, гемоглобин, вода). Кроме того, современные стоматологические диодные лазеры позволяют подбирать оптимальную мощность излучения и регулировать длительность импульсов. На основе изучения механизмов воздействия лазерного излучения на разные виды биологической ткани в зависимости от длины волны, мощности излучения и продолжительности импульса нами была использована методика селективного фототермолиза. Основа

данного метода заключается в том, что путем подбора соответствующей мощности и длительность импульса лазерного излучения можно добиться полноценного теплового повреждения ткани — мишени, подлежащей лечебному воздействию, что сводит к минимуму тепловое повреждение окружающей здоровой ткани.

В зависимости от проведенного метода воздействия на очаг все пациенты с веррукозной лейкоплакией были разделены на две группы — основную (15 человек) и группу сравнения (13 человек).

В основной группе было проведено иссечение участка поражения с помощью лазерной абляции. Перед оперативным вмешательством мы проводили обучение гигиене полости рта и контролировали ее проведение. Протокол исполнения лазерной процедуры заключался в предварительной подготовке лазерного оптоволоконка: на мощности 0,5 Вт, постоянного режима излучения осуществляли инициацию («под призму») сменного оптоволоконка диаметром 400 мкм. Термоабляция участка лейкоплакии проводилась в диапазоне мощности 0,9–1,2 Вт, сменным оптоволоконком диаметром 400 мкм, в режиме постоянного излучения. Особенность работы состояла в том, что оптоволоконко располагалось не перпендикулярно, а лежало всей боковой поверхностью параллельно ткани, обеспечивая послойное отделение ткани. Это дает возможность взять материал на гистологическое исследование, а также обеспечить малую инвазивность данной процедуры. Специально подготовленное «под призму» оптоволоконко и параллельность его расположения к ткани позволяют убрать только измененную поверхность, не затрагивая здоровые участки, и добиться сокращения сроков реабилитации. Обязательным является гистологическое исследование операционного материала. После хирургического вмешательства всем пациентам на раневую поверхность наносили гель Эмалан и назначали его для домашнего ухода за раной. Мониторинг раневой поверхности проводили на 7-й, 1-й, 21-й день.

В группе сравнения (12 человек) было проведено иссечение участка поражения с помощью скальпеля, а после хирургического вмешательства всем пациентам на раневую поверхность наносили солкосерил дентальную адгезивную пасту. Мониторинг раневой поверхности проводили на 7-й, 15-й и 21-й день.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе через 7 дней после операции при осмотре отмечался небольшой слой фибринозного налета на раневой поверхности, слизистая оболочка вокруг физиологической окраски, воспалительных проявлений не выявлено. Через 14 дней фибринозный налет отсутствует или сохраняется в отдельных участках, признаков воспаления нет. На 21-й день наблюдается полная эпителизация поверхности с сохранением цвета, увлажненности слизистой оболочки рта.

В группе сравнения через 7 дней после операции при осмотре отмечались фибринозный налет на раневой

поверхности, отек и гиперемия слизистой оболочки вокруг, пациенты предъявляли жалобы на болезненные ощущения и дискомфорт на слизистой оболочке. Через 14 дней раневая поверхность была покрыта фибринозным налетом, вокруг сохранялись гиперемия и отечность. Через 21 день отмечалось сохранение раневой поверхности, покрытой налетом. Полная эпителизация отмечалась к 26–28-му дню после оперативного вмешательства.

Результаты лечения с использованием лазерной абляции и результаты проведенного гистологического исследования представлены на рис. 4–7.



Рис. 4. Пациентка З., 63 года: исходная клиническая картина бородавчатой формы веррукозной лейкоплакии



Рис. 5. Пациентка З., 63 года: клиническая картина после лазерной абляции и применения коллагенсодержащего геля



Рис. 6. Пациент Р., 60 лет: исходная клиническая картина бляшечной формы веррукозной лейкоплакии



Рис. 7. Пациент Р., 60 лет: клиническая картина после лазерной абляции и применения коллагенсодержащего геля

По результатам гистологического исследования пациентки З. № 2373 от 18.03.2020 заключение — лейкоплакия. По результатам гистологического исследования пациента Р. № 1819 от 17.02.2020 заключение — фрагменты покровного эпителия с кератозом без подлежащей фиброзной ткани.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование диодного лазера с длиной волны 810 нм и аппликации коллагенсодержащего препарата позволяет значительно сократить сроки эпителизации раневой поверхности, повысить эффективность лечения пациентов с веррукозной лейкоплакией и улучшить качество их жизни в послеоперационном периоде. Возможность прицельного воздействия

на патологический очаг без повреждения окружающей нормальной ткани открывает новые возможности в лечении данной патологии с минимальным риском осложнений, создавая хорошие эстетические результаты по сравнению с традиционными режущими инструментами.

Однако несмотря на полученные результаты ни один из методов удаления очага лейкоплакии слизистой оболочки рта не может гарантировать долговременного избавления от рецидива или озлокачествления [16], что требует обязательного диспансерного наблюдения пациентов: при плоской форме — 2 раза в год, при веррукозной и эрозивно-язвенной формах — 4–6 раз в год, что необходимо для профилактики злокачественной трансформации лейкоплакии и имеет важное медико-социальное значение.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- 1. Косюга С.Ю.** Лейкоплакия. — В кн.: Успенская О.А., Жулев Е.Н. (ред.) Заболевания слизистой оболочки полости рта. — Нижний Новгород, 2017. — С. 55–84 [Kosjuga S.Ju. Leukoplakia. — In.: Uspenskaja O.A., Zhulev E.N. (eds.) Diseases of the oral mucosa. — Nizhnij Novgorod, 2017. — P. 55–84 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 32349345
- 2. Waal I.** Oral leukoplakia; a proposal for simplification and consistency of the clinical classification and terminology. — *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. — 2019; 24 (6): e799–e803. PMID: 31655843
- 3. Waal I.** Oral leukoplakia: A diagnostic challenge for clinicians and pathologists. — *Oral Dis*. — 2019; 25 (1): 348–9. PMID: 30203899
- 4. Модина Т.Н., Болбат М.В., Дятлова Ю.Ю.** Мягкая лейкоплакия. — *Клиническая стоматология*. — 2013; 3 (67): 46–50 [Modina T.N., Bolbat M.V., Dyatlova Yu.Yu. Soft leukoplakia. — *Clinical Dentistry (Russia)*. — 2013; 3 (67): 46–50 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 22450764
- 5. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Семкин В.А., Абрамова Е.С., Умарова К.В., Агапитова Л.П., Безруков А.А.** Оценка эффективности комплексного лечения пациентов с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Клиническая стоматология*. — 2016; 1 (77): 32–5 [Rabinovich O.F., Rabinovich I.M., Semkin V.A., Abramova E.S., Umarova K.V., Agapitova L.P., Bezrukov A.A. Evaluating the effectiveness of complex treatment of patients with verrucous leukoplakia of the oral mucosa. — *Clinical Dentistry (Russia)*. — 2016; 1 (77): 32–5 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 25718063
- 6. Ронь Г.И., Костромская Н.Н., Чернышева Н.Д.** Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: аспекты клинической диагностики и лечения. — *Проблемы стоматологии*. — 2006; 2: 3–7 [Ron' G.I., Kostromskaja N.N., Chernysheva N.D. Leukoplakia of the oral mucosa: aspects of clinical diagnosis and treatment. — *Actual Problems in Dentistry*. — 2006; 2: 3–7 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 28358050
- 7. Бабиченко И.И., Рабинович О.Ф., Ивина А.А., Рабинович И.М., Тогоидзе А.А.** К вопросу о папилломавирусном генезе лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Архив патологии*. — 2014; 1: 32–6 [Babichenko I.I., Ivina A.A., Rabinovich O.F., Rabinovich I.M., Togonidze A.A. Papillomavirus in the genesis of oral leukoplakia. — *Archive of Pathology*. — 2014; 1: 32–6 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 21369419
- 8. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Тогоидзе А.А., Безруков А.А., Агапитова Л.П.** Применение противовирусной терапии в комплексном лечении пациентов с веррукозной формой лейкоплакии. — *Клиническая стоматология*. — 2017; 1 (81): 16–9 [Rabinovich O.F., Rabinovich I.M., Togonidze A.A., Bezrukov A.A., Agapitova L.P. Anti-viral therapy application in comprehensive treatment of patients with verruciform leukokeratosis. — *Clinical Dentistry (Russia)*. — 2017; 1 (81): 16–9 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 28794637
- 9. Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я.** Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта. — *Проблемы стоматологии*. — 2013; 2: 3–9 [Gileva O.S., Libik T.V., Pozdnyakova A.A., Satyukova L.Y. Precancerous lesions in structure of oral mucosa diseases (according to medical advisory data). — *Actual Problems in Dentistry*. — 2013; 2: 3–9 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 18976565
- 10. Iocca O., Sollecito T.P., Alawi F., Weinstein G.S., Newman J.G., De Virgilio A., Maio P.D., Spriano G., López S.P., Shanti R.M.** Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. — *Head Neck*. — 2020; 42 (3): 539–55. PMID: 31803979
- 11. Torrejon-Moya A., Jané-Salas E., López-López J.** Clinical manifestations of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review. — *J Oral Pathol Med*. — 2020; 49 (5): 404–8. PMID: 31990082
- 12. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В., Жданова М.Л.** Предраковые заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ. — Н. Новгород, 2015. — 88 с. [Lukinyh L.M., Tiunova N.V., Zhdanova M.L. Precancerous diseases of the oral mucosa and red border of the lips. — N. Novgorod, 2015. — 88 p. (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 24071886
- 13. Косюга С.Ю., Воинова С.О., Галкин К.С., Богомазов И.Д.** Факторы риска возникновения лейкоплакии у подростков. — *Dental Forum*. — 2019; 4 (75): 49–50 [Kosjuga S.Ju., Voinova S.O., Galkin K.S., Bogomazov I.D. Risk factors for leukoplakia in adolescents. — *Dental Forum*. — 2019; 4 (75): 49–50 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 41325794
- 14.** Лейкоплакия. Клинические рекомендации (протоколы лечения). — М., 2013. [Leukoplakia. Clinical recommendations (treatment protocols). — M., 2013 (In Russ.)].

- 15. Потекаев Н.С., Потекаев С.Н., Потекаев Н.Н., Жукова О.В.** Волосатая лейкоплакия как маркер ВИЧ-инфекции и СПИДа. — *Клиническая дерматология и венерология*. — 2018; 17 (4): 114—9
[Potekaev N.S., Potekaev S.N., Potekaev N.N., Zhukova O.V. Hairy leukoplakia as a marker of HIV infection and AIDS. — *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. — 2018; 17 (4): 114—9 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 36315034
- 16. 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; 59 (5): 548—54
[Murav A.A., Volodina E.V., Ivanov S.Yu., Gnuchev N.V., Georgiev G.P., Larin S.S. Leukoplakia of the oral mucosa: classification, histopathology, diagnosis and treatment. — *Problems in Oncology*. — 2013; 59 (5): 548—54 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 20354086
- 17. Warnakulasuriya S., Johnson N.W., Waal I.** Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. — *J Oral Pathol Med*. — 2007; 36 (10): 575—80.
PMID: 17944749
- 18. Булгакова Н.Н., Волков Е.А., Позднякова Т.И.** Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки рта. — *Российский стоматологический журнал*. — 2015; 19 (1): 27—30
[Bulgakova N.N., Volkov E.A., Pozdnyakova T.I. Autofluorescent somatoscope as a method of oncology diseases of the oral mucosa. — *Russian Journal of Dentistry*. — 2015; 19 (1): 27—30 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 23175798
- 19. Рабинович О.Ф., Бабиченко И.И., Рабинович И.М., Тогонидзе А.А.** Методы комплексной диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Стоматология*. — 2014; 93 (5): 19—22
[Rabinovich O.F., Babichenko I.I., Rabinovich I.M., Togonidze A.A. Methods of complex diagnostics of oral leukoplakia. — *Stomatology*. — 2014; 93 (5): 19—22 (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 22880257
- 20. Семкин В.А., Рабинович О.Ф., Агапитова Л.П., Безруков А.А., Бабиченко И.И.** Диагностическая ценность метода когерентной томографии у больных с лейкоплакией слизистой оболочки рта. — *Стоматология*. — 2018; 97 (1): 37—9
[Syomkin V.A., Rabinovich O.F., Agapitova L.P., Bezrukov A.A., Babichenko I.I. Diagnostic value of optical coherence tomography for oral leukoplakia assessment. — *Stomatology*. — 2018; 97 (1): 37—9 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 32449467
- 21. Рабинович О.Ф., Абрамова Е.С., Тогонидзе А.А.** Клиника, диагностика и лечение различных форм лейкоплакии. — *Стоматология*. — 2014; 93 (5): 75—81
[Rabinovich O.F., Abramova E.S., Togonidze A.A. Clinic, diagnostic and treatment of various forms of a leukoplakia. — *Stomatology*. — 2014; 93 (5): 75—81 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 22880270
- 22. Chen Q., Dan H., Tang F., Wang J., Li X., Cheng J., Zhao H., Zeng X.** Photodynamic therapy guidelines for the management of oral leucoplakia. — *Int J Oral Sci*. — 2019; 11 (2): 14.
PMID: 30971683
- 23. Li Y., Wang B., Zheng S., He Y.** Photodynamic therapy in the treatment of oral leukoplakia: A systematic review. — *Photodiagnosis Photodyn Ther*. — 2019; 25: 17—22.
PMID: 30391342
- 24. Зяблицкая К.В., Воробьева Е.Н., Токмакова С.И., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г., Батанина И.А., Бондаренко О.В.** Озонотерапия в комплексном лечении лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Медицинский алфавит*. — 2018; 2 (339): 11—5
[Zyablitskaya K.V., Vorobyeva E.N., Tokmakova S.I., Sharlaeva E.A., Sokolova G.G., Batanina I.A., Bondarenko O.V. Ozone therapy in complex treatment of leukoplakia of oral mucosa. — *Medical Alphabet*. — 2018; 2 (339): 11—15 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 35040298
- 25. Яременко А.И., Кириллов А.Л., Чередникова И.А., Овсепян Т.Н.** Лечение обширных поражений слизистой оболочки полости рта методом криодеструкции. — *Пародонтология*. — 2018; 1 (86): 86—9
[Yaremenko A.I., Kirillov A.L., Cherednikova I.A., Ovsepiyan T.N. Cryotherapy for treatment the oral mucosa extensive lesions. — *Parodontologiya*. — 2018; 1 (86): 86—9 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 34941313
- 26. Дурново Е.А., Янова Н.А., Хомутинникова Н.Е.** Оптимизация хирургического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. — *Нижегородский медицинский журнал*. — 2008; 2(2): 236—9
[Durnovo E.A., Yanova N.A., Khomutinnikova N.E. Optimization of the surgical treatment of diseases of the oral mucosa. — *Nizhny Novgorod Medical Journal*. — 2008; 2 (2): 236—9 (In Russ.)].
eLIBRARY ID: 41397781
- 27. Jagtap B., Bhate K., Santhoshkumar S.N.** Low level laser therapy reduces oral leukoplakia lesion size: Results from a preliminary study. — *Oral Oncol*. — 2018; 85: 108—1.
PMID: 30098877
- 28. Matulić N., Vago I., Sušić M., Gjorgjevska E., Knežević A.K., Gabrić D.** Comparison of Er: YAG and Er,Cr: YSGG Laser in the Treatment of Oral Leukoplakia Lesions Refractory to the Local Retinoid Therapy. — *Photobiomodul Photomed Laser Surg*. — 2019; 37 (6): 362—8. PMID: 31081716
- 29. Lauritano D., Lucchese A., Gabrione F., Stasio D.D., Rangil J.S., Carinci F.** The Effectiveness of Laser-Assisted Surgical Excision of Leukoplakias and Hyperkeratosis of Oral Mucosa: A Case Series in A Group of Patients. — *Int J Environ Res Public Health*. — 2019; 16 (2): 210. PMID: 30642122
- 30. Palmerín-Donoso A., Cantero-Macedo A.M., Tejero-Mas M.** [Oral leukoplakia]. — *Aten Primaria*. — 2020; 52 (1): 59—60 (In Spanish).
PMID: 31029457