

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

И.М. Рабинович,
д.м.н., профессор, зав. отделом
терапевтической стоматологии

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

Е.С. Абрамова,
к.м.н., старший научный сотрудник группы
заболеваний слизистой оболочки рта

К.В. Умарова,
к.м.н., научный сотрудник группы
заболеваний слизистой оболочки рта

Л.П. Агапитова,
ординатор отделения заболеваний
слизистой оболочки рта

А.А. Безруков,
ординатор отделения хирургической
стоматологии

ЦНИИСиЧЛХ

Оценка эффективности комплексного лечения пациентов с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта

Резюме. В данной статье представлены результаты оценки эффективности комплексного лечения пациентов с веррукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки рта (СОР). Предложена схема терапевтического лечения пациентов с веррукозной формой лейкоплакии в сочетании с различными хирургическими методиками. Проведена сравнительная оценка результатов применения двух способов хирургического лечения — лазерной абляции и радиоскальпеля, в комплексной терапии пациентов с веррукозной формой лейкоплакии СОР. В качестве дополнительного метода диагностики структурных изменений СОР пациентов использовали оптическую когерентную томографию.

Ключевые слова: слизистая оболочка рта, лейкоплакия, оптическая когерентная томография, радиоскальпель, лазерная абляция

Summary. This article illustrates the results of integrated treatment effectiveness evaluation for patients with verrucous oral mucosa leukoplakia. The author introduces medical treatment regimen for patients with verrucous leukoplakia combined with different surgery methods. Comparative evaluation of two types of surgical treatment — laser ablation and radio scalpel — in integrated treatment of patients with verrucous oral mucosa leukoplakia is represented in this article. Optical coherence tomography is used as an additional method of oral mucosa structural changes diagnosis.

Key words: oral mucosa, leukoplakia, optical coherence tomography, radio scalpel, laser ablation

Лейкоплакия относится к одной из разновидностей кератозов, характеризующихся хроническим течением и поражающих слизистую оболочку рта (СОР) и красную кайму губ [2]. Факторы, приводящие к развитию лейкоплакии, полиэтиологичны. К ним относятся курение, хронические травмы механического, химического и термического генеза, генетическая предрасположенность. Гистологически лейкоплакия характеризуется наличием очагов пара- и гиперкератоза с явлениями хронического воспаления в участках слизистой, в норме не подвергающихся ороговению [1, 4]. Общепризнанна теория принадлежности лейкоплакии к предракам как атрофически-дегенеративным изменениям тканей СОР. В связи с недостаточной адекватной эффективностью существующих методов тактики ведения больных, страдающих лейкоплакией, поиск новых методов лечения данного заболевания остается актуальным [5].

Цель исследования — повышение эффективности комплексной терапии пациентов с веррукозной формой лейкоплакии СОР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении заболеваний СОР ЦНИИСиЧЛХ было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение 26 пациентов с веррукозной формой лейкоплакии (15 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 35 до 70 лет.

Веррукозная лейкоплакия клинически характеризуется наличием либо возвышающихся слившихся бляшек (рис. 1), либо плотноватых бугристых серо-белых, выступающих на 2–3 мм бородавчатых разрастаний, чаще — на фоне плоской лейкоплакии. При данной форме лейкоплакии очаги локализуются чаще в местах,

подвергающихся травмированию разрушенными зубами или протезами (слизистая оболочка щек, боковая поверхность языка; рис. 2, 3). При пальпации появление уплотнения в основании очага поражения и обширность процесса ороговения могут свидетельствовать о возможном озлокачествлении процесса.

Диагностика лейкоплакии основывается на клинической картине, данных гистологического и иммуногистохимического исследований, а также показателей оптической когерентной томографии (ОКТ) [1, 3].

Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольная группа была представлена 12 пациентами, которым проводили традиционную терапию: санация полости рта (по необходимости), хирургические манипуляции и последующую противорецидивную терапию. Хирургическое лечение заключалось в полном удалении патологически измененных тканей СОР методом лазерной абляции [8]. Сущность метода заключалась в послойной абляции (испарении) патологически измененных тканей [7]. При этом образовывалась коагуляционная пленка, которая надежно защищала раневую поверхность от мацерирующего действия слюны и ее микрофлоры и главное — обеспечивала эффективную эпителизацию тканей. Пленка подвергалась некрозу с последующим отторжением. Данный метод проводился под местным обезболиванием. В качестве лазерного источника применялся аппарат ЛС-0,97 — «ИРЭ-Полус» с длиной волны 0,97 мкм в импульсно-периодическом и непрерывном режимах и при мощности 2—5 Вт [6, 9]. В процессе проведения данной процедуры осуществлялся забор биопсийного материала из участка с наиболее выраженными изменениями слизистой оболочки по данным ОКТ.

Основную группу составили 14 пациентов с наиболее агрессивным течением веррукозной формы лейкоплакии (по данным ОКТ), которым было проведено иссечение с использованием радиоскальпеля Ellman DENTO-SURG 90 F.F.P. в пределах здоровых тканей, комбинируемо с обычным скальпелем в режиме «разрез-коагуляция» на 6-м уровне мощности с одномоментным гистологическим исследованием тканевого материала [10]. После инфильтрационной анестезии обычным скальпелем проводился окантовочный разрез вокруг очага поражения, тем самым четко визуализировался объем иссекаемой ткани. После этого проводилось отслаивание края пораженной ткани, который затем придерживался пинцетом, далее радиоскальпелем в указанном режиме проводилось иссечение пораженной ткани на всю глубину. Если очаг лейкоплакии расположен был на языке или губах, то иссечение проводилось до мышечного слоя. В случае локализации на щеках или дне полости рта иссечение также проводилось на всю глубину поражения, но с учетом анатомических особенностей в данных областях. После этого в зависимости от объема иссеченного участка, после мобилизации слизистой, рана ушивалась наглухо нитью 3—0 или 4—0, или использовалась защитная раневая повязка, которая заполняла всю площадь дефекта и фиксировалась к краям



раны швами. При локализации очага на альвеолярном гребне или альвеолярном отростке закрытие раны местными тканями не представлялось возможным, поэтому такие раны велись под пленкой «Диплен-дента».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные нами исследования дали возможность обоснования для применения следующих схем лечения: всем пациентам с веррукозной формой лейкоплакии (как основной, так и контрольной групп) в обязательном порядке проводить санацию полости рта, которая предполагает устранение местных раздражающих факторов: удаление мягкого и пигментированного зубного налета, снятие над- и поддесневых зубных отложений, шлифовывание острых краев зубов, замену амальгамовых и старых пломб, не соответствующих эстетическим и функциональным требованиям, лечение кариеса зубов и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих восстановлению.

При необходимости рекомендовали рациональное протезирование с использованием однородных металлов. У пациентов с данной патологией при наличии в полости рта частичных или полных съемных протезов, базис рекомендовали изготовить из бесцветной пластмассы. Пациентам рекомендовали исключить из рациона питания раздражающие продукты (острую, кислую, пряную и горячую пищу). Пациентам, курящим и жующим табак, было настоятельно рекомендовано отказаться от этих привычек. Также пациентам назначали витамин Е — как препарат, нормализующий процесс ороговения и улучшающий метаболизм в пораженных тканях, по 200 мг 1 раз в день 21 день; из общеукрепляющей терапии — витамин С по 1,0–1,5 г в сутки в течение 3–4 недель; комплекс витаминов группы В Мильгамма № 10 внутримышечно. Местно: туалет языка содовым раствором; антисептические полоскания (Асепта, Listerine, Мексидол-dent, Vivax); аппликации масляными растворами (витаон, каратолин, тыквеол, масло шиповника, масляный раствор витамина Е, аевит, витамин А); кератопластические мази — 5% метилурациловую мазь, комбинированную мазь (разработанную в отделении заболеваний слизистой оболочки рта ЦНИИСиЧЛХ), «Солкосерил» дентальную адгезивную пасту 2–3 раза в день, курс 2–4 недели.

Учитывая данные литературы о возможной активации грибов рода *Candida* при веррукозной форме лейкоплакии и осложненного варианта клинического течения, так называемой кандидозной лейкоплакии, мы проводили микробиологическое обследование пациентов методом посева материала на питательные среды и ПЦР-диагностику. При подтверждении титра наличия *Candida* выше 10^2 или выявлении ДНК

Candida пациентам назначалась общая и местная противогрибковая терапия: дифлюкан или флюкостат по 100–150 мг в сутки в течение 10–14 дней; клотримазол-крем или кандид и 10% раствор буры в глицерине в виде аппликаций на очаг поражения СОР по 2–3 минуты 3 раза в день, курс 21 день.

Витаминотерапия

Назначение противовирусных препаратов, таких как аллокин-альфа или изопринозин, обосновывалось определением антигенов папилломавируса человека высокого риска HPV16 по результатам иммуногистохимического исследования. Применяли аллокин-альфа, который вводили подкожно в дозе 1 мг через день, курс составлял 6 инъекций; изопринозин — по 8 таблеток в сутки, курс 14 дней.

При хирургических методах лечения учитывали размеры очагов поражения, состояние регионарных лимфатических узлов, соматическую патологию. В послеоперационном периоде обращали внимание на развитие отека мягких тканей, изменение и реакцию слизистой оболочки соответственно операционному полю, а также на наличие болевых ощущений у пациентов.

Из 12 пациентов контрольной группы с веррукозной формой лейкоплакии только у 5 (41,67%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений: состояние пациента стабильное, жалоб нет, региональные лимфатические узлы не увеличены (см. таблицу). Клинически эпителизация очагов поражения наступала на 7–10-е сутки; полное восстановление архитектоники слизистой оболочки наблюдалось в течение 3–6 недель. У 7 (58,33%) пациентов с данной патологией после хирургических методов лечения отмечались боли различной интенсивности; клиническое течение ран протекало с присоединением воспалительного компонента. Эти явления купировались после назначения антибактериальной терапии.

У всех пациентов основной группы с веррукозной формой лейкоплакии отсутствие осложнений в послеоперационном периоде свидетельствовало о положительной динамике после проведенного лечения (рис. 4). Так, после применения радиоскальпеля эффект образования линейных дефектов поверхностных тканей достигался в сроки 1–2 суток; заживление разрезов СОР наступало к 5-м суткам, минимальным оказывался и послеоперационный отек, уменьшались послеоперационные боли, снижалась психологическая травма пациентов. Ни в одном случае мы не наблюдали рецидива процесса в зоне проведенного вмешательства.

Таким образом, оптимальные результаты по критерию заживления удаленного очага СОР с веррукозной формой лейкоплакии были получены при применении радиоскальпеля.

У всех пациентов после проведенного комплексного лечения

Результаты лечения пациентов с веррукозной лейкоплакией с использованием радиоскальпеля и диодного лазера

Группа	Положительная динамика		Осложнения в послеоперационном периоде		Всего	
	пациентов	доля, %	пациентов	доля, %	пациентов	доля, %
Контрольная	5	41,67±14,86	7	58,33±14,86	12	100
Основная	14	100	0	0	14	100
Всего пациентов	19	73,08±8,87	7	26,92±8,87	26	100

очагов веррукозной формы лейкоплакии был проведен ОКТ-мониторинг (см. рис. 4, 5). Клинически отмечалась полная эпителизация очагов поражения в течение месяца. В отдаленные сроки слизистая оболочка в данных участках клинически соответствовала норме. По данным ОКТ отмечали восстановление слоистой структуры с хорошим контрастом эпителия и соединительной ткани; дифференцировали 2 горизонтально ориентированных слоя. На ОКТ-изображениях в отдаленные сроки сохранялась слоистая структура, границы между слоями четкие, непрерывные, нижний слой более контрастный, что соответствует оптическим признакам слизистой оболочки в норме.

Также всем пациентам с веррукозной формой лейкоплакии была назначена противорецидивная терапия, которая заключалась в следующем:

- отказ от вредных привычек (курение, алкоголь);
- витаминотерапия;
- ротовые ванночки масляными растворами;
- ежегодная санация полости рта;
- динамическое наблюдение после проведенного лечения.

Динамическое наблюдение пациентов с веррукозной формой лейкоплакии проводили 1 раз в 3 месяца

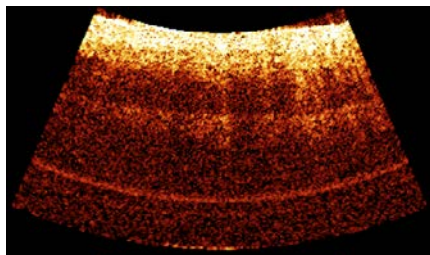


Рис. 4. ОКТ-изображение веррукозной лейкоплакии слизистой оболочки нижней поверхности языка

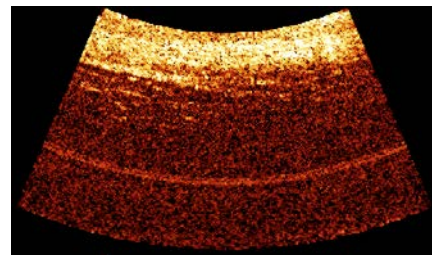


Рис. 5. ОКТ-изображение веррукозной лейкоплакии на слизистой оболочке альвеолярного отростка

на протяжении года и 1 раз в 6 месяцев на протяжении 2 лет с проведением контрольной оптической когерентной томографии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение в комплексную схему лечения пациентов с веррукозной формой лейкоплакии хирургического метода с применением радиоскальпеля позволяет значительно повысить эффективность комплексной терапии, что выражается в сокращении сроков эпителизации после хирургического вмешательства и значительным удлинением сроков ремиссии. Данный хирургический метод в комплексном лечении пациентов с веррукозной формой лейкоплакии можно рекомендовать к внедрению в практическое здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д. Новые возможности диагностики лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. — *Стоматология*. — 2007; 37—40.
2. 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.
3. Рабинович О.Ф., Бабиченко И.И., Рабинович И.М., Тогонидзе А.А. Методы комплексной диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Стоматология*. — 2014; 5: 19—22.
4. 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.
5. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Островский А.Д., Тогонидзе А.А. Оценка эффективности комплексного лечения тяжелых форм лейкоплакии слизистой оболочки рта. — *Клиническая стоматология*. — 2014; 2: 10—4.
6. Григорьян А.С., Григорьянц Л.А., Каспаров А.С. Экспериментально-морфологическое исследование эффекта действия излучения диодного лазерного скальпеля с длиной волны 0,97 мкм на слизистую оболочку рта. — *Стоматология*. — 2006; 1: 8—13.
7. Григорьянц Л.А., Каспаров А.С., Бадалян В.А. Использование отечественного полупроводникового лазерного скальпеля в амбулаторной хирургической стоматологической практике. — *Стоматология*. — 2004; 6: 31—5.
8. Кулаков А.А., Григорьянц Л.А., Каспаров А.С., Мишаев В.П. Применение диодного лазерного скальпеля в амбулаторной хирургической стоматологии. — *Усовершенствованная медицинская технология*. — 2008.
9. Кулаков А.А., Григорьянц Л.А., Каспаров А.С. Диодный лазерный скальпель как современный инструмент хирурга-стоматолога. — *Стоматолог-практик*. — 2009; 4: 48—52.
10. Zimmerli G., Jäger K. Применение CO₂-лазера в хирургической стоматологии. — *Квинтэссенция*. — 2001; 2: 61—6.