

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Литвинчук Я.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

Ikaf.terstom@gmail.com

Целью исследования является анализ современных подходов к диагностике лейкоплакии полости рта. Объекты и методы. Поиск литературы проводился по PubMed, eLIBRARY.ru с ключевыми словами «оральная лейкоплакия», «диагноз». Результаты. Схему диагностики "лейкоплакии" следует рассматривать в двух аспектах: как предварительный диагноз, как окончательный диагноз. Окончательный клинический диагноз ставится после исключения внешних вероятных этиологических факторов, если на фоне проводимого лечения в течение 6 недель не наблюдается положительной динамики. Каждое поражение требует патоморфологического исследования для дифференциальной диагностики с плоскоклеточным раком и неоплазией. Общий план обследования пациента с лейкоплакией полости рта не отличается от плана обследования пациента с другими заболеваниями полости рта и проводится по схеме, рекомендованной ВОЗ. Пациентам с лейкоплакией в обязательном порядке необходимо пройти иммуноферментный анализ на ВИЧ-инфекцию-культуральное исследование видов Candida. Требуется консультация других специалистов.

Ключевые слова: *оральная лейкоплакия; диагноз.*

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS OF ORAL LEUKOPLAKIA

Litvinchuk Y.O.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

The aim of the study is to analyze current approaches to the diagnosis of oral leukoplakia. Objects and Methods. A search of the literature was performed on PubMed, eLIBRARY.ru with keywords «oral leukoplakia», «diagnosis». Results. The scheme for diagnosis of "leukoplakia" should be considered in two aspects: as a preliminary diagnosis, as a final diagnosis. The final clinical diagnosis is made after the exclusion of external probable etiological factors, if no positive dynamics is observed against the background of the treatment carried out for 6 weeks. Each lesion requires a pathomorphological study for differential diagnosis with squamous cell carcinoma and neoplasia. The general plan for examining a patient with oral leukoplakia doesn't differ from the plan for examining a patient with other diseases of the oral cavity and is carried out according to the scheme recommended by WHO. It's obligatory for the patients with leukoplakia to undergo HIV ELISA, a culture based study for Candida species. Consultations of other specialists is required. Conclusion.

Keywords: *oral leukoplakia; diagnosis.*

Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта относится к группе «белых» поражений и является заболеванием «с неуточненной степенью риска

малигнизации» [Warnakulasuriya S. et al., 2020]. Показатель распространенности лейкоплакии слизистой оболочки полости рта составляет 1,7-2,7%. По литературным данным, в 0,13-34,0% случаев наблюдалась злокачественная трансформация лейкоплакии [Warnakulasuriya S. et al., 2016]. Пролиферативная веррукозная (негомогенная) лейкоплакия в большей степени подвержена малигнизации в сравнении с другими формами, в 45-48% случаев [Upadhyaya J.D. et al., 2018; Borgna S.C. et al., 2017]. Основными направлениями предупреждения злокачественной трансформации лейкоплакии является ранняя диагностика и соответствующая тактика лечения.

Цель работы – изучить современные подходы к диагностике лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

Объекты и методы. Проведён анализ публикаций по запросам лейкоплакия (leukoplakia), слизистая оболочка полости рта (oral mucosa), диагностика (diagnosis) в библиотеках eLibrary, Pubmed.

Результаты. Общую схему постановки диагноза «лейкоплакия» следует рассматривать в двух аспектах: как предварительный диагноз, как окончательный диагноз. Предварительный клинический диагноз «лейкоплакия» используется в случаях, когда поражение не может быть четко определено как лейкоплакия или любое другое заболевание. Окончательный клинический диагноз выставляется после исключения внешних вероятных этиологических факторов (например, хроническая травма), в случае, если на фоне проводимого лечения в течение 6 недель не наблюдается положительной динамики [1].

Так как лейкоплакия является заболеванием с риском злокачественной трансформации, каждое поражение требует выполнения патоморфологического исследования с целью дифференциальной диагностики с плоскоклеточным раком и состояниями слизистой оболочки, сопровождающимися неоплазией (SIN1, SIN2, SIN3), независимо от клинического течения, клинического типа (гомогенная или негомогенная), наличия или отсутствия симптомов, размера и локализации поражения. В случае обширного поражения, биопсии подлежат несколько участков [2].

Общий план обследования пациента с патологией слизистой оболочки полости рта при первичном осмотре пациента не отличается от плана обследования пациента с другими заболеваниями полости рта и проводится по схеме, рекомендованной ВОЗ, включающей опрос, экстра-, пери- и интраоральный осмотр.

Согласно классификации ВОЗ, различают следующие формы лейкоплакии: плоская (гомогенная), пятнистая (эритролейкоплакия), нодулярная (узелковая), веррукозная. Три последние формы относят к негомогенному типу лейкоплакии. Отдельно выделяют эрозивную форму лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Гомогенная лейкоплакия представляет собой однородные плоские поражения с четкими контурами и неровными границами. Основным элементом является пятно. При покабливании участка лейкоплакии, напластования не снимаются. Слизистая оболочка при пальпации безболезненная. Веррукозная лейкоплакия характеризуется наличием «морщинистой», шероховатой поверхности. Поражение значительно возвышается над поверхностью, цвет резко отличается

от окружающей слизистой оболочки. Очаг при пальпации плотный, безболезненный. Пятнистая форма лейкоплакии представляет собой белесоватые поражения с ярко-красными бляшками, выступающими на ограниченных участках слизистой оболочки. Нодулярная лейкоплакия характеризуется полипоидными, округлыми, белыми или красными разрастаниями. Эрозивная форма лейкоплакии является результатом травмирования элементов поражения при других формах заболевания и характеризуется появлением трещин, эрозий, болезненностью при пальпации, кровоточивостью. Вышеназванные признаки, характерные для эрозивной формы, свойственны также злокачественным новообразованиям [3].

Для клинического осмотра очага поражения на слизистой оболочке можно использовать операционный микроскоп. Увеличение 0,4 и 0,6 позволяет информативно оценить распространенность и локализацию патологического процесса на слизистой полости рта, а увеличение 1,6 и 2,5 – более эффективно проанализировать поверхностную структуру лейкоплакии [4].

При клиническом обследовании пациента следует помнить о том, что очаги лейкоплакии могут располагаться одновременно на разных участках слизистой оболочки полости рта. Наиболее часто поражения встречаются на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка нижней челюсти, неба, дна полости рта, языка [5].

Важную роль в дифференциальной диагностике играют дополнительные методы исследования, среди которых первостепенная роль принадлежит биопсии, как «золотому стандарту» всех диагностических тестов, причем для этого может использоваться как инцизионная, так и эксцизионная биопсия.

В настоящее время находят всё большее применение такие методы, как браш-биопсия, иммуногистохимическое исследование с целью выявления экспрессии маркера пролиферации Ki-67, маркера апоптотической активности p53, белков клеточной адгезии, оптическая когерентная томография очагов поражения и др. Определенную диагностическую ценность имеет спектроскопия, основанная на отличии флуоресценции здоровых тканей от тканей с неоплазией.

В обязательном порядке пациентам с лейкоплакией выполняется ИФА ВИЧ. В план обследования также необходимо включить культуральное исследование на грибы рода *Candida*, исследование на присутствие гальванических токов в полости рта при наличии металлических пломб или/и конструкций. Иногда необходимы консультации других специалистов (врача-онколога, -гастроэнтеролога, -гинеколога и других специалистов). Такие состояния, как сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы, гипо- и авитаминозы витамина А, D, нарушение обмена холестерина, патологии желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь и др.) могут способствовать развитию лейкоплакии.

Заключение. Необходимо отметить, что врач-стоматолог играет важную роль в ранней диагностике лейкоплакии, когда заболевание протекает бессимптомно, так как возможные этиологические факторы лучше поддаются контролю на начальных стадиях развития лейкоплакии, что способствует снижению риска злокачественной трансформации.

Список литературы

1. Van der Waal I. Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology // *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*. – 2015. – Vol.20. – No.6. – P. 685–692.
2. Carrard V., Van der Waal I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; a guide for dentists // *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*. – 2017. – Vol.23. – No.1. – P. 59-64.
3. Лейкоплакия: клинический и патоморфологический диагноз / В. А. Семкин [и др.] // *Стоматология*. – 2017. – №1. – С. 72-76.
4. Помазкина А. А., Ронь Г. И., Костромская Г. Н. Оценка клинических проявлений лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта с помощью операционного микроскопа / *Уральский медицинский журнал*. – 2015. – №6. – С. 81-84.
5. Bewley A. F., Farwell D. G. Oral leukoplakia and oral cavity squamous cell carcinoma / *Clinics in Dermatology*. – 2017. – Vol.35.No.5. – P. 461–467.