

Лейкоплакия полости рта

- Лейкоплакия – (от греч. leucos — белый, plax — пластинка) — хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с патологическим ороговением эпителия.

Патогенез

Реакция слизистой оболочки на разнообразные внешние раздражители, которая развивается на фоне действия различных эндогенных факторов и прежде всего желудочно-кишечной патологии, выявляемой у 90 % больных.

Имеют значение недостаток или нарушение обмена витамина А, а также генетические факторы, которые обуславливают ответную реакцию слизистой оболочки полости рта на травму именно в виде лейкоплакии.

Локализуется:

- на слизистой оболочке нижней губы;
- угла рта;
- дна полости рта;
- языка;
- щёк (в двух последних случаях чаще располагается по линии смыкания зубов),
- на вульве;
- клиторе;
- во влагалище;
- шейке матки;
- реже в области головки полового члена;
- в окружности заднепроходного отверстия.

Встречается обычно в возрасте около 30 лет. Внешними раздражителями, непосредственно вызывающими лейкоплакию служат хроническая механическая травма, горячий табачный дым, инсоляция и другое.

Этиология (местные факторы)

- курение;
- алкогольные напитки;
- постоянный прием горячей и острой пищи, пряностей;
- длительный прием некоторых лекарственных препаратов (чаще у пожилых, которые принимают лекарственные препараты разных фармакологических групп)

Этиология (предрасполагающие факторы)

- дефицит витаминов А и группы В;
- эндокринные расстройства;
- заболевания внутренних органов, в первую очередь заболевания ЖКТ

Классификация лейкоплакии

- простая;
- веррукозная;
- бляшечная;
- бородавчатая;
- эрозивно-язвенная;
- лейкоплакия Таппейнера (никотиновый стоматит);
- мягкую лейкоплакия.

Плоская лейкоплакия

- Лишь единичные больные отмечают косметический недостаток, белесоватый цвет отдельных участков слизистой оболочки полости рта (например, слизистой оболочки губы), иногда шероховатость отдельных участков. Некоторые больные жалуются на чувство жжения во рту.
- Объективное исследование позволяет установить на слизистой оболочке органическое белесоватое пятно с четкими границами. Иногда имеется несколько пятен различной формы. Нередко участки кератоза достигают значительных размеров, покрывая большую часть слизистой оболочки. Налет на слизистой не снимается даже при интенсивном поскабливании. При локализации на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов плоская лейкоплакия чаще всего представляет вытянутую линию, целостность которой по ее ходу прерывается. В ретромолярном пространстве она наблюдается чаще в виде звезды, на слизистой оболочке губ очаги лейкоплакии представлены или ограниченными тяжами, напоминающими папиросную бумагу, причем ороговение может распространяться на зону Клейна, или отдельными полосками, которые можно сравнить с рисунком “дерева”. Часто отмечается симметричность поражений. Окружающая слизистая оболочка отражает явления хронического воспаления.

- При гистологическом исследовании типичной формы лейкоплакии наблюдается ороговение эпителия слизистой оболочки на значительном протяжении, т.е. явление гиперкератоза. Выражен зернистый слой эпителия. Соединительная ткань полнокровная, отечная, разрыхленная нейтрофилами и плазматическими клетками.
- Плоская лейкоплакия может протекать без изменений годами или же может переходить в веррукозную форму.

Веррукозная лейкоплакия (волосатая лейкоплакия)

- Некоторые больные ощущают жжение. Как правило, пациенты жалуются также на постоянную сухость во рту. Веррукозная лейкоплакия встречается в **двух клинических формах: бляшечной и бородавчатой**. При **бляшечной форме очаги лейкоплакии** имеют вид ограниченных бляшек, которые возвышаются над окружающей слизистой оболочкой, имеют неправильную форму, шероховатую поверхность и четкие границы.
- **Бородавчатая форма лейкоплакии** встречается чаще, чем бляшечная. При ней определяются бугристые образования, возникающие над окружающей слизистой оболочкой; иногда имеются отдельные бородавчатые нарастания. **Веррукозная форма лейкоплакии** обладает большей потенциальной злокачественностью по сравнению с плоской формой.
- При объективном исследовании веррукозной формы лейкоплакии всегда определяется участок кератоза, в той или иной мере возвышающийся над уровнем окружающей его слизистой оболочки. Место выраженного кератоза обычно располагается в непосредственной близости с травмирующим фактором — острым краем кариозного зуба, нависающей пломбой, кламмером протеза и так далее. Очаг лейкоплакии — плотный на ощупь, и взять его в складку не представляется возможным.
- Цвет участка — от молочно-белого до соломенно-желтого. Помутнение, потеря специфического перламутрового блеска, появление большого уплотнения свидетельствует о прогрессировании кератоза. Последующее изменение цвета в сторону коричневой окраски свидетельствует о нарушении стационарности течения заболевания и о возможном озлокачествлении.
- Окружающая очаг слизистая оболочка — несколько ярчеобычной, т.е. заметно хроническое воспаление.

- Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
- Стоматоскопически определяется резко утолщенный слой эпителия.
- При люминесцентном исследовании веррукозная лейкоплакия обнаруживает интенсивное свечение тканей с желтоватым оттенком, при явлениях малигнизации наблюдается фиолетовое свечение.
- Цитологически устанавливается увеличенное количество эпителиальных клеток промежуточной зрелости. Отмечается клеточная дегенерация, лишь отдельные клетки сохраняют ядра.
- Гистологический анализ показывает, что эпителиальный покров слизистой оболочки резко утолщен за счет разрастания рогового и зернистого слоев. В цитоплазме клеток зернистого слоя отмечается увеличение количества кератогиалина. Наиболее поверхностные клетки имеют вид тонких чешуек с плотной гомогенной эозинофильной протоплазмой и дегенерирующими ядрами. Тонкие соединительнотканые сосочки глубоко вдаются в толщу покровного эпителия.
- Явно выражен акантоз. В подлежащей соединительной ткани — хронический воспалительный процесс, гиперемия, межклеточная инфильтрация. Соединительная ткань отечна, разрыхлена.

Эрозивно-язвенная лейкоплакия

- Больные — мужчины в возрасте от 45 до 70 лет. Жалобы обычно сводятся к чувству саднения, жжения, иногда боли, усиливающейся во время еды от термических, химических и тактильных раздражителей. Изредка беспокоит небольшая кровоточивость.
- Объективно отмечается на лейкоплакическом участке либо одиночная небольшая эрозия размером 0,2—0,3 см в диаметре, либо несколько эрозий, расположенных отдельно или близко друг к другу. Вокруг них выражен очаг воспаления, протекающего по типу гладкой либо веррукозной лейкоплакии. Обычно эрозии на красной кайме губ вызывают у больных особое беспокойство.
- Под воздействием инсоляции, неблагоприятных метеорологических условий такие эрозии обычно увеличиваются, не проявляя тенденций к заживанию. Данная категория больных обычно страдает канцерофобией, занимается самолечением, что отягощает течение основного заболевания.
- Лимфатические узлы — без патологии. Стоматоскопически выражена неравномерность процесса: чередование гипер-кератозных участков с дефектами эпителия.
- Люминесцентно на месте эрозии наблюдается коричневое свечение.
- Цитологически выявляется обилие эпителиальных клеток с преобладанием молодых эпителиальных элементов с явлениями дискератоза.

- Гистологические исследования показывают, что слизистая оболочка резко утолщена, расширен шиповидный слой и межклеточные пространства. Тяжи эпителия глубоко вдаются в толщину соединительнотканного слоя, разграничивая тонкие, вытянутые сосочки (акантоз). Местами эпителий разрыхлен, инфильтрирован полинуклеарами. В этих участках он подвергается дистрофии и дисфункции. В местах полной потери эпителиального слоя формируются эрозивные поверхности. В соединительнотканном слое наблюдается хроническое воспаление, выражена межклеточная инфильтрация с примесью плазматических клеток и лейкоцитов.
- Все формы лейкоплакии потенциально способны озлокачиваться, при этом наибольшая частота малигнизации наблюдается при локализации процесса на языке. Однако у одних больных лейкоплакия может существовать годами и даже десятилетиями без озлокачивания, а у других быстро трансформироваться в рак. Наибольшей склонностью к озлокачиванию обладают веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии.
- Признаками, которые указывают на озлокачивание лейкоплакии, являются усиление процессов ороговения, внезапное эрозирование и появление уплотнения в основании очага лейкоплакии. Особенно подозрительным считается возникновение уплотнения не на всем участке ороговения, а лишь под одной из его сторон. Клиническими признаками озлокачивания эрозивной лейкоплакии являются также появление уплотнения в основании эрозии, кровоточивость, образование сосочковых разрастаний на ее поверхности и быстрое увеличение размеров.

Мягкая лейкоплакия

- Этиология и патогенез заболевания окончательно не выяснены. У ряда больных развитию мягкой лейкоплакии способствовали эмоциональные перегрузки, нервно-психические травмы, длительное переутомление, невротическая депрессия и другие факторы.
- Из анамнеза у некоторых пациентов выявлены вредные привычки в виде длительного курения крепких сортов табака, привычного закусывания зубами слизистой оболочки, употребления горячего чая и кофе вместе с алкогольными напитками и их суррогатами. Часто у этой категории больных выявлялось негигиеническое содержание полости рта в виде наличия большого количества кариозных зубов, зубных отложений, болезней тканей пародонта, что поддерживало патологическое состояние слизистой оболочки.
- По мнению Б.Д.Полнаревой, основанному на гистохимических исследованиях, при мягкой лейкоплакии происходит деполяризация кислых мукополисахаридов с нарушением системы гиалуроновая кислота — гиалуронидаза. В процесс вовлекается одновременно как межклеточное основное вещество соединительной ткани, так и склеивающая субстанция эпителиальной ткани. Гистологическое исследование больных мягкой лейкоплакией позволило установить, что наиболее выраженные изменения наступают в эпителиальном покрове слизистой оболочки. Это проявляется в компенсаторно-пролиферативном процессе (акантоз, паракератоз) и дистрофических нарушениях в виде появления большого количества неокрашенных “светлых”, вакуолизированных клеток.

- Мягкая лейкоплакия встречается в молодом возрасте, от 12 до 45 лет, в основном у лиц мужского пола, хотя болеют и женщины.
- шероховатость слизистой оболочки, шелушение, чувство утолщенной "лишней" ткани, понижение температурной и вкусовой чувствительности. Скусывая систематически поверхностные выступающие участки, больные не ощущают боли. Кусание слизистой оболочки становится привычкой, наблюдаемой у большинства больных. Клинически заболевание характеризуется очагами ороговения слизистой оболочки. Кератоз бывает ограниченным (чаще всего на слизистой оболочке щек и по линии смыкания зубов) или диффузным на слизистой оболочке щек, губ. Участок ороговения обычно белого цвета, слегка возвышающийся над уровнем слизистой, самые поверхностные участки удаётся снять шпателем. Подлежащая и окружающая слизистая оболочка обычно без признаков воспаления. Заболевание стабильно по своему течению и может быть представлено двумя клиническими формами: типичной (очаговой, диффузной) и атипичной. Клинические наблюдения установили возможность перехода одной формы мягкой лейкоплакии в другую.

- Типичная (а именно очаговая) форма наиболее распространена. Жалобы больного сводятся к ощущению сухости на ограниченных участках. При объективном исследовании устанавливают обычно очаги гиперплазии и десквамации эпителия. Локализуются очаги на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, у углов рта, на нижней губе, боковых поверхностях языка, на слизистой нёба, дна полости рта, деснах.
- Цитологически в мазках-отпечатках отмечается обильное количество эпителиальных клеток, как безъядерных, так и ядродержащих. Стоматоскопически выявляется несплошной слой ороговения серо-белого эпителия в виде “мочалки”.
- Люминесцентным исследованием устанавливается голубоватое неравномерное свечение.
- При диффузной типичной форме больной обычно жалуется на шероховатость, сухость слизистой оболочки полости рта. Иногда отмечает, что выбухающие участки мешают во время разговора, приема пищи. Наблюдается понижение температурной и вкусовой чувствительности. При осмотре обнаруживается поражение слизистой оболочки губ, щек, боковых поверхностей языка, дна полости рта одновременно. Участки разрыхлены, пористы, гипертрофированы. Иногда слизистая походит на “мочалку”. Особенностью при диффузной форме является то, что в процесс вовлекаются губы. Основное проявление заболевания выражается полосой тонких чешуек на границе красной каймы и слизистой оболочки губ, в зоне Клейна. Локализуется обычно на обеих губах, реже только на нижней. Сухость губ проявляется чешуйками, которые прозрачны и удерживаются одной только стороной, другая — свободна. Обострений заболевания обычно не отмечается.

- Основной отличительной особенностью атипичной формы является отсутствие клинически выраженного шелушения. Жалоб со стороны больных обычно не бывает.
- При объективном исследовании можно установить участок диффузнопомутненной слизистой оболочки на щеках или губах. Иногда эта форма представлена только возвышающейся над слизистой опалесцирующей полосой по линии смыкания зубов. При атипичной форме красная кайма губ обычно не поражается.
- При патоморфологическом исследовании в эпителии, как правило, содержатся “светлые” клетки, на поверхности которых наблюдается мощный слой клеток с явлениями паракератоза и акантоза. В подлежащей соединительной ткани сосуды расширены, стаз — протяженный. Коллагеновые волокна набухшие, утолщенные. Эластические волокна истончены, местами фрагментированы.

Лейкоплакия курильщика (болезнь Таппейнера)

Никотиновый стоматит является своеобразной реакцией слизистой на ее длительное раздражение продуктами перегара табака при курении или при его жевании. Заболевание описал Таппейнер [1949] под названием “Никотиновый лейкокератоз нёба” и указал, что в его основе лежит поражение выводных протоков слюнных желез. Еще ранее в XIX веке эту разновидность лейкоплакии отметил Фурье.

- Такая форма лейкоплакии возникает обычно у курящих на протяжении длительного времени независимо от пола. Причем обычно 80% дыма поступает в воздух и около 20% — в полость рта. В табачном дыме содержатся никотин, пиридиновые основания, синильная кислота, сероводород, аммоний, окись углерода, фенолы, в большом количестве дегтярные осадки. Следует учитывать, что никотин не оказывает значительного непосредственного действия на слизистую оболочку. Однако образующийся при его разрушении пиридин — весьма опасное вещество, которое обладает выраженным канцерогенным действием.
- Пациенты обычно жалоб не предъявляют. Излюбленным местом локализации являются участки слизистой, подвергающиеся постоянному раздражению, а именно: твердое нёбо, передний отдел мягкого нёба. Клинически картина напоминает плоскую лейкоплакию, но отличается цвет пятен: они вначале представлены гиперкератозом белого цвета, а затем под влиянием табака приобретают черный цвет. На этом фоне видны мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез.

- Эта форма лейкоплакии относится к легко обратимым процессам, устранение курения как раздражающего фактора приводит к исчезновению заболевания.
- Дифференциальной диагностике в данной ситуации помогает биопсия, т.е. гистологическое исследование, где уделяется большое внимание изменениям в выводных протоках желез. Лейкоплакия Таппейнера характеризуется паракератозом, который не сопровождается акантозом и реакцией стромы.
- При никотиновом стоматите морфологически также выявлено отсутствие атипии в метаплазированном эпителии выстилки протоков с частичной или полной их облитерацией. При признаках малигнизации устанавливается выраженный гиперкератоз покровного эпителия слизистой оболочки на участках, расположенных между выводными протоками желез. Эпителиальная выстилка самих протоков подвергается метаплазии, выявляется атипия эпителиальных клеток, а в некоторых случаях — гистологическая картина плоскоклеточного рака.

Диагностика

- Биопсия (проводят под местным обезболиванием, и полученный материал исследуют в цитологической лаборатории);

Тактика лечения лейкоплакии полости рта сводится к устранению источника раздражения. Это минимизация или полный отказ от курения, коррекция зубных протезов, реставрация зубов при обломке их краев, обточка острых краев зуба.

- криодеструкция пораженных участков, коррекция основного заболевания и диспансерное наблюдение пациента.
- Гистология и цитологическое исследование материала
- Консультация онколога, дерматолога, эндокринологом;
- Проведение Шиллер теста (йодная проба, используемая при проведении расширенной кольпоскопии и выявляющая атипические и отклоняющиеся от нормы участки эпителия шейки матки. В результате Шиллер-теста определяются йодположительные (окрашенные) зоны здоровых тканей шейки матки и йоднегативные (неокрашенные) участки, требующие дальнейшего уточнения диагноза путем проведения цитологического анализа и прицельной биопсии)

Лечение

Устранение раздражающих (травматических) факторов:

- исключение курения,
- увлечения горячей и острой пищей,
- сошлифовывание острых краев разрушенных зубов и корней,
- изъятие из полости рта металлических пломб и протезов из разнородных металлов.

Лечение

- *При плоской лейкоплакии* оказывают благоприятное воздействие аппликации витамина А либо Е в масле 3—4 раза в день с экспозицией 20 мин.
- Применение прижигающих и раздражающих средств при лейкоплакии категорически противопоказано, так как они способствуют озлокачествлению процесса.

Лечение

- При веррукозной лейкоплакии кроме описанного ранее лечения применяют блокады непосредственно под очаги поражения 5% раствором делагила или хонсурида (0,05 г вещества растворяют в 2—3 мл 0,5% раствора новокаина), по 2—2,5 мл. Инъекции проводят через день, на курс 6—8 инъекций.
- При тенденции нарушения “стационарности” течения и распространения процесса и при веррукозной лейкоплакии показано криохирургическое воздействие с применением жидкого азота. Операция переносится больными довольно легко, бескровно. Послеоперационные раны эпителизируются нежным, фиброзным, косметическим рубцом. Всем пациентам с лейкоплакией рекомендуется диетотерапия, богатая витамином А, и тщательная рациональная гигиена ротовой полости.

Лечение

▪ При лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии

В комплекс лечебных мероприятий включают мероприятия, направленные на нормализацию реактивности организма, насыщение витамином А и поливитаминами; назначение препаратов неспецифической терапии (метацил, нуклеинат натрия); обоснованно применение седативных и успокаивающих препаратов: бромидов, валерианы, транквилизаторов. Обязательно лечение органной патологии.

- Лечебная тактика врача (при местном лечении) зависит от ряда факторов: характера течения язвенного процесса, времени образования эрозии или язвы, ее состояния, своевременности устранения раздражающих или травмирующих факторов. Если эрозия или язва образовались сравнительно недавно, то в комплекс лечения входят изъятие раздражителя, применение противовоспалительных и кератопластических средств, улучшающих трофику тканей, противовирусных средств (аппликаций 5% интерфероновой мази или 5% раствора интерферона с экспозицией 15—20 минут), 3—4 раза в день, в течение 7—10 дней. Если консервативное лечение в течение 10—14 дней оказывается неэффективным и не наблюдается тенденции к заживанию, следует применить хирургическое или криохирургическое иссечение очагов поражения с обязательным предварительным гистологическим исследованием. При подтверждении подозрений на малигнизацию сразу же предпринимается радикальная операция в онкологическом учреждении.
- При лечении “никотинового стоматита” больным необходимо полностью запретить курение. Лицам, которым трудно расстаться с этой вредной привычкой, назначают прием специальных препаратов (табекс и др.), иглоукалывание.
- Улучшает нормализацию процесса ороговения слизистой оболочки прием витаминов А, С, диета, исключая раздражающие продукты. Больным проводят санацию полости рта, рекомендуют систематические гигиенические мероприятия. При правильной методике лечения положительный результат достигается в течение 1—2 месяцев.

Лечение

- **Мягкая лейкоплакия** относится к заболеваниям невоидного характера, поэтому ей свойственны торпидность течения и упорство по отношению к терапии. Проводят тщательную санацию полости рта, включающую лечение кариеса и его осложнений, сошлифовывание острых краев зубов, удаление зубных отложений, болезней пародонта с последующим ортопедическим лечением по показаниям.
- Назначают диету, богатую витаминами и молочно-растительными продуктами, исключают раздражающую пищу (острую, соленую, горячую). Проводят беседы, разъясняющие сущность влияния вредных привычек и необходимость борьбы с ними.
- Назначают витамин А в виде аппликации или внутрь по 8—10 капель 3 раза в день; аскорбиновую кислоту и витамины группы В по два месяца с месячным перерывом.
- Седативные препараты и транквилизаторы назначаются всем больным.
- Необходимо устранение нервно-психических травм, переутомления. Б.Д.Полнаревой [1972] получены обнадеживающие результаты при применении кислых мукополисахаридов — лорунита и хонсурида в виде аппликаций, а при более тяжелом течении — в виде инъекций с последующими аппликациями (лорунит 0,01 г растворить в 1—2 мл 0,5% раствора новокаина, хонсурид 0,5 г — в 4—5 мл 0,5% раствора новокаина). Аппликации проводили 2—3 раза в день с экспозицией 15—20 мин, инъекции — через день по 1—2 мл, чередуя стороны, на курс лечения 6—8 инъекций.
- Хороший эффект дают аппликации солкосерил адгезивной пастой по 20 мин 3—4 раза в день.
- Из физических методов лечения обосновано применение гелиево-неонового лазера по схеме на биологически активные точки (БАТ).

- Поражение слизистой оболочки щеки и десны в виде множественных очагов ороговения (бляшки белого цвета).





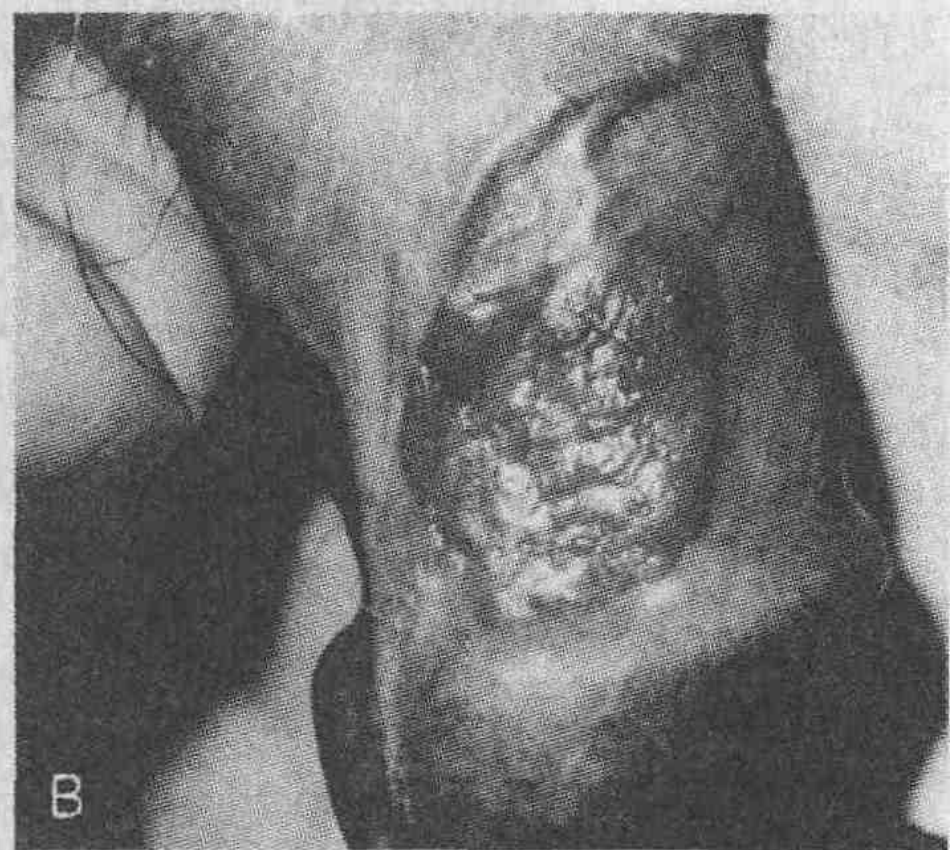
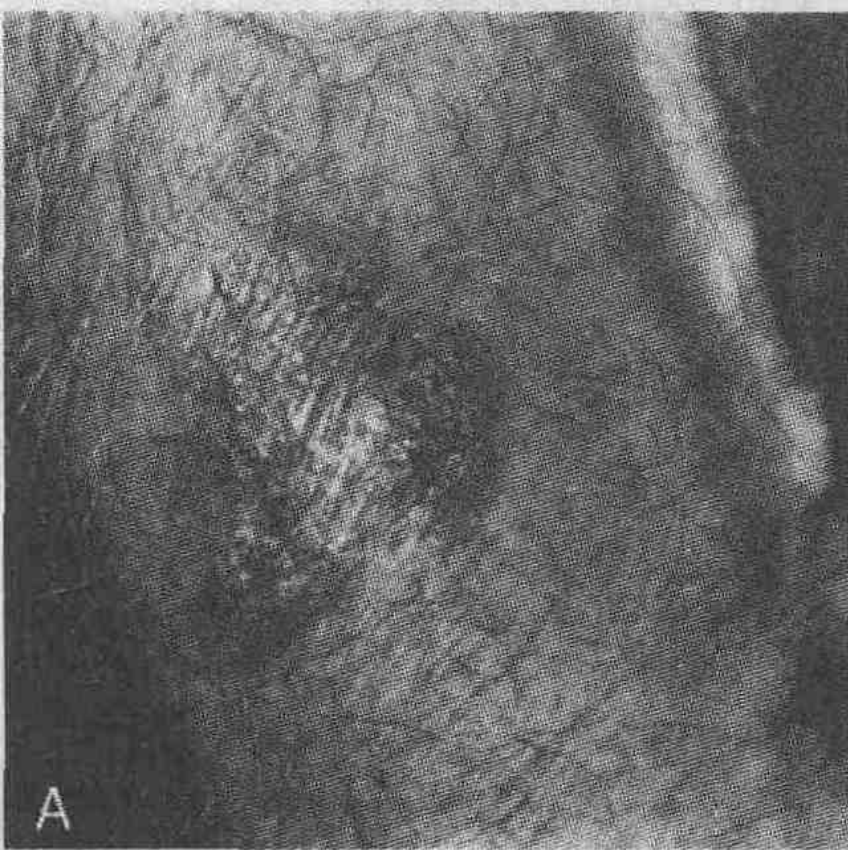
На боковой поверхности языка
на фоне очага лейкоплакии
определяются эрозии и язвы.



- Лекоплакия
вульвы



- Лекоплакия
шейки матки



- Лейкоплакия полового члена