

Помазкина А.А., Ронь Г.И., Костромская Н.Н.

## Оценка клинических проявлений лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта с помощью операционного микроскопа

Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет г. Екатеринбург

Pomazkina A.A., Ron G. I., Kostromskaja N.N.

### Assessment of clinical manifestations of leukoplakia on the mucous membranes of the mouth through the operating microscope

#### Резюме

Проведенное исследование различных форм лейкоплакии с использованием операционного микроскопа позволило оценить ее клинические проявления при разном увеличении объекта. Для достижения поставленной цели был проведен анализ клинических проявлений при объективном осмотре и с использованием операционного микроскопа CarlZeissOpmiPico с кратностью увеличения 0,4/0,6/1,0/1,6/2,5. Использование возможностей микроскопа позволяет детализировать изменения на слизистой оболочке полости рта и поставить диагноз заболевания на ранних стадиях.

**Ключевые слова:** лейкоплакия, операционный микроскоп, слизистая полости рта

#### Summary

The conducted research of various forms of a leukoplakia with use of an operating microscope allowed estimating its clinical manifestations at different increase in object. The goal of this research is an evaluation of the clinical manifestations of various forms of leukoplakia on the oral mucosa through using a surgical microscope. To achieve this goal was analysed clinical manifestations of an objective inspection and under the operating microscope with a magnification CarlZeissOpmiPico 0.4 / 0.6 / 1.0 / 1.6 / 2.5. The opportunities of the microscope allow exploring the changes in the mucous membrane of an oral cavity and diagnosing the disease in its early stages.

**Key words:** leukoplakia, operating microscope, oral mucosa

#### Введение

Одно из частых заболеваний поражающих слизистую оболочку рта (СОР) и красную кайму губ – лейкоплакия. Заболевание СОР, в основе которого лежит хроническое воспаление, сопровождающееся нарушением ороговения, включая гипер- и паракератоз.[6]

На сегодняшний день, выявление ранних форм лейкоплакии слизистой оболочки полости рта остается актуальной проблемой. [5] Для выявления лейкоплакии в настоящее время используются различные методы – осмотр, пальпация, окрашивание, люминесцентная стоматоскопия, гистологическое и цитологическое исследование препарата тканей рта, биопсия слизистой оболочки рта, которые не позволяют выявить ранние проявления заболевания.

Возможности использования операционного микроскопа с целью оценки клинических проявлений различных форм лейкоплакии в современной литературе не представлено.

*Цель исследования:* оценить клинические проявления различных форм лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта с помощью операционного микроскопа.

#### Материалы и методы

В течение одного года (2014-2015) на кафедре терапевтической стоматологии УГМУ из 275 пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта была выявлена лейкоплакия у 16,5 %.

В исследование были включены 20 пациентов, в возрасте 25-60 лет, с наиболее распространенными формами лейкоплакии СОР, проходивших лечение на кафедре терапевтической стоматологии УГМУ.

Клиническое обследование пациентов с лейкоплакией СОР проводилось по традиционной методике тщательного сбора анамнеза жизни, наличия вредных привычек (курение, употребление горячей и острой пищи, алкоголя), давность заболевания, наличие сопутствующей патологии, пальпация лимфатических узлов, выявление острых краев зубов и дефектов ортопедических кон-

струкций, осмотр элементов поражения и изучение ранее проводимого лечения.[4] При обследовании патологических элементов указывали размер очага поражения, форму и их локализацию. Распространенности процесса оценивали по количеству пораженных анатомических областей.

Во всех случаях клинические проявления лейкоплакии на слизистой полости рта были изучены с помощью операционного микроскопа CarlZeissOpmiPico с кратностью увеличения 0,4/0,6/1,0/1,6/2,5. Линза объектива с точной фокусировкой ( $f=200\text{мм}$ ). Освещение операционного поля за счет волоконно-оптической подсветки (галогенная рефлекторная лампа 12В, 100Вт).[1]

Оценка проявлений лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта с применением операционного микроскопа происходила по следующему алгоритму: осмотр и выявление патологических элементов с применением стандартного набора лотка (зонд, зеркало, шпатель), индивидуальная настройка микроскопа, изоляция от слюны патологических элементов, осмотр и определение очага поражения, локализации процесса, фотографии под увеличением 0,4/0,6/1,0/1,6. [3]

## Результаты и обсуждение

Плоская форма лейкоплакии была выявлена у 5 пациентов (25%) визуально она напоминала лихенизированную кожу с локализацией участков поражения на слизистой щек, затрагивая углы рта. Клинически при плоской форме лейкоплакии на СОР определялось наличие пятен белесоватого цвета в виде ограниченных участков. (рис. 1-3). Ороговевшие участки не возвышались над окружающими тканями и имели серовато-белый цвет, воспалительная реакция при данной форме отсутствовала. Объективно размеры колебались от 0,2-0,4 см до 1,0-1,6 см.



Рис.1. Плоская форма лейкоплакии на слизистой щęki справа при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 0,4.

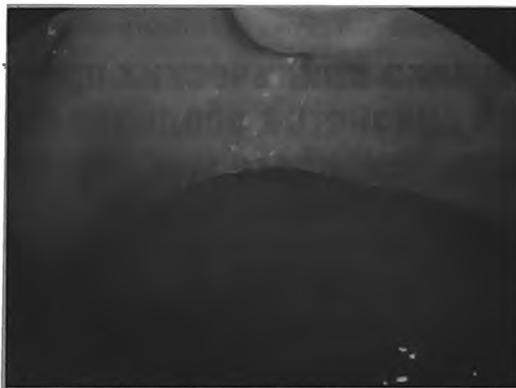


Рис. 2. Плоская форма лейкоплакии на слизистой щęki справа при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 0,6



Рис. 3. Плоская форма лейкоплакии на слизистой щęki справа при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 1,0

При использовании операционного микроскопа с кратностью увеличения 0,4 отмечалась локализация плоской формы лейкоплакии на СОР слизистой щек в основном по линии смыкания зубов, затрагивая углы рта (в виде треугольника). При увеличении 0,6 на слизистой щек было отмечено, что распространенность очага поражения, примерно на 1-2 мм шире, чем при объективном осмотре. При увеличении 1,0 изменение рельефа слизистой и наличие неправильной формы пятен с оттенками серовато-белого цвета. При плоской форме лейкоплакии увеличения 1,6 и 2,5 у 3 пациентов наличие мелких трещин по границам участков гиперкератоза.

Веррукозная форма лейкоплакии выявлена у 5 (25%) пациентов с локализацией на боковой поверхности языка. Клинически проявлялась выраженными участками гиперкератоза, возвышающиеся над окружающими тканями и имеющими молочно-белый цвет, размеры колебались от 0,4 – 1,0 см до 1,2-2,0 см. При пальпации участков поражения уплотнения выявлено не было. [7]



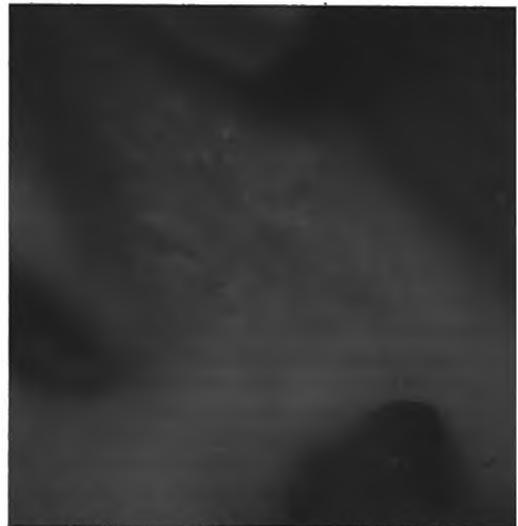
**Рис. 4.** Мягкая форма лейкоплакии на слизистой щеки слева при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 0,4



**Рис. 5.** Мягкая форма лейкоплакии на слизистой щеки справа при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 0,6



**Рис. 6.** Мягкая форма лейкоплакии на слизистой щеки слева при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 0,6.



**Рис. 7.** Мягкая форма лейкоплакии на слизистой щеки справа при осмотре под операционным микроскопом с кратностью увеличения 1,0.

При осмотре веррукозной формы лейкоплакии с использованием операционного микроскопа при увеличении 0,4 видно, что пораженный участок имеет вид омыолененной, морщинистой слизистой и локализован на боковой поверхности языка. При увеличении 0,6 было отмечено, что размеры очагов на 3-4 мм больше, чем при визуальном осмотре. При увеличении 1,0 неправильной формы гиперкератоз, в участках поражения значительная рельефность СОР и возвышающиеся молочно-белыми бугристыми плотноватыми бляшками с серовато-белыми бородавчатыми 2-3 мм высотой разрастаниями. При увеличении 1,6 и 2,5 наличие мелких трещин и эрозий по границам участков гиперкератоза. Структура очага поражения на фоне незначительного воспаления - бугристая, в отдельных случаях - складчатая.

Эрозивная форма лейкоплакии, выявленная у 4 (20%) пациентов, характеризуется множественными мелкими или одиночной эрозией на фоне очагов плоской и веррукозной лейкоплакии. При осмотре и пальпации участков гиперкератоза уплотнений и видимого воспаления обнаружено не было.

С помощью операционного микроскопа провели осмотр эрозивной формы лейкоплакии под увеличением 0,4 одиночная эрозия у 15 % и наличие мелких множествен-

ных эрозий у 5 % пациентов, с локализации на слизистой щек. При увеличении 0,6 и 1,0 выявлено, что очаг поражения обширнее за счет наличия хронического воспаления в основании и по периферии участков ороговения. При увеличении 1,6 поверхность очага имеет множество трещин и эрозий на фоне ороговевших очагов эпителия.

При исследовании мягкой лейкоплакии у 6 (30%) пациентов определялась типичная форма. При типичной форме шелушащиеся очаги поражения беловато-серого цвета, не имеющие четких границ. [2] Локализация поражения на слизистой губ и щек по линии смыкания зубов. Размеры колебались от 0,5 до 2,5 см.

При изучении патологических элементов с использованием операционного микроскопа под увеличением 0,4 и 0,6, выявлено, что поражение слизистой губ и щек по линии смыкания зубов не ограничивается данными участками. Процесс распространяется на окружающую слизистую на 3-4 мм на фоне помутнения слизистой и

нарушения целостности эпителия. (рис 4,5) При увеличении 1,0 выявлено на фоне размытых границ процесса шелушащиеся участки с мелкими серовато-белого цвета чешуйками, неправильных форм (рис.6).

При увеличении 1,6 и 2,5 наличие мелких трещин и эрозий по границам участков гиперкератоза. Структура очага поражения на фоне незначительного воспаления - бугристая, в отдельных случаях – складчатая.

### Заключение

Таким образом, для постановки диагноза лейкоплакии на ранних стадиях возможности операционного микроскопа, связанные с увеличением объекта исследования позволяют информативно оценить при 0,4 и 0,6 - распространённость процесса и подробности его локализации, при 1,0 анализ формы и границ участков гиперкератоза, при 1,6 и 2,5 выявление очагов хронического воспаления, изменения структуру слизистой СОР.

Использование операционного микроскопа является информативным методом при исследовании клинических проявлений лейкоплакии, позволяет своевременно диагностировать ранние изменения на СОР и детально оценить степень распространенности процесса, что поможет в оптимизации лечения пациента.

*Ронь Галина Ивановна, д.м.н., академик РАМН, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава, г. Екатеринбург. Помазкина Анастасия Александровна, ординатор кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава, г. Екатеринбург. Костромская Надежда Николаевна, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава, г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку – Помазкина Анастасия Александровна, 620109, г. Екатеринбург, ул. Токарей, 29А, smile107@list.ru.*

### Литература:

1. Максимова О.П. О роли микроскопа в работе стоматолога. // Клиническая стоматология. 2012.- № 4. - С. 7-9.
2. Модина Т.Н., Болбат М.В., Дятлова Ю.Ю. «Мягкая лейкоплакия» // Клиническая стоматология, № 4, 2013.- С.46-50.
3. Недосеко, В.Б. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и губ / В.Б. Недосеко, И.В. Анисимова // Институт стоматологии. 2003. - № 2. - С. 32-34.
4. Рабинович О.Ф., Абрамова Е.С., Тогоидзе А.А. «Клиника. Диагностика и лечение различных форм лейкоплакии» // Стоматология, 2014 №5, - С. 75-81.
5. Рабинович О.Ф., Бабиченко И.И., Рабинович И.М., Островский А.Д., Тогоидзе А.А. «Современные возможности диагностики и оптимизации терапии лейкоплакии слизистой оболочки рта» // Онкохирургия, №5, спецвыпуск №1, 2013. - с. 133-134.
6. Терапевтическая стоматология: нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. –М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2009. – С. 569-574.
7. Bishen K.A. Proliferative Verrucous Leukoplakia—diagnostic pitfalls and suggestions / K.A. Bishen, A. Sethi // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2009 Vol. 1, №14(6). - P. 263-264.