



ФОТОЗАДАЧА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.31-018.73

Бляшки на слизистой оболочке полости рта

Снарская Е.С., Гришина В.Б.

Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова (зав. – проф. О.Ю. Олисова) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

Для цитирования: Снарская Е.С., Гришина В.Б. Бляшки на слизистой оболочке полости рта. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2015; 18(2):

Больной С., 69 лет, считает себя большим в течение приема пищи (рис. 1). Из анамнеза известно, что пациент 5 лет, когда отметил появление бляшковидных очагов поражения на слизистой оболочке полости рта и дискомфорт при жевании на слизистой оболочке полости рта и дискомфорт при представлена на рис. 2.



Рис. 1

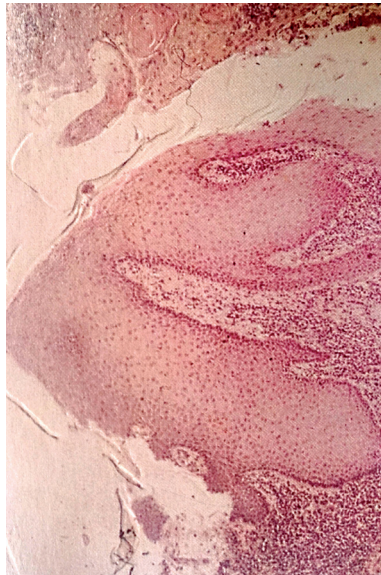


Рис. 2

Сведения об авторах:

Снарская Елена Сергеевна – доктор мед. наук, профессор (snarskaya-dok@mail.ru); *Гришина Валерия Борисовна*, аспирант (dzhavaha@mail.ru).

Corresponding author:

Snarskaya Elena, MD, PhD, DSc., prof. (snarskaya-dok@mail.ru).

Диагноз: веррукозно-эрозивная лейкоплакия.

Патогистология: гиперплазия эпителия с направленными вверх бородавчатыми выростами, лимфоцитарная инфильтрация стромы.

Общие сведения. Лейкоплакия (*новолат.* leucoplakia от *древне-греч.* Λευκός – «белый» + πλάξ, род. падеж *πλαξος* – «пластинка», *син.* лейкоплазия) заболевание полиэтиологической природы, относящееся к группе кератопреракнрозов и характеризующееся поражением слизистых оболочек в виде очагового ороговения покровного эпителия разной степени выраженности. Наиболее частой локализацией оральной лейкоплакии является слизистая щек, преимущественно у углов рта, нижняя губа, реже – спинка или боковая поверхность языка, альвеолярный отросток в области дна полости рта [1, 2].

Этиология заболевания неизвестна, наиболее вероятными причинами считают генетическую предрасположенность, поражение пищеварительного тракта, эндокринопатии, гиповитаминозы, анемии, хроническое раздражение слизистой оболочки (курение, алкоголь, зубные протезы и др.) [3]. Некоторые авторы связывают развитие лейкоплакии полости рта с вирусом папилломы человека 11-го и 16-го типов [4].

Лейкоплакия возникает у 1% людей в возрасте от 50 до 60 лет [5], при этом мужчины страдают в 2 раза чаще [3]. Данная патология является одним из наиболее частых предраковых заболеваний полости рта у взрослых (частота перерождения составляет 7-13%) [6]. Трансформация лейкоплакии в рак во многом зависит от формы и длительности его существования [7].

Различают несколько видов лейкоплакии: истинная лейкоплакия, характеризующаяся ороговением слизистой оболочки без признаков воспаления; ложная лейкоплакия, возникающая вторично при заболеваниях слизистой оболочки; симптом лейкоплакии, сопровождающийся системными заболеваниями [2].

Формы лейкоплакии:

- лейкоплакия курильщиков - характеризуется ороговением твердого и частично мягкого неба в виде бело-серых очагов поражения, на которых в виде красных «точек» выделяются концевые отделы выводных протоков малых слюнных желез; не склонна к озлокачествлению [2, 7];
- плоская лейкоплакия - наиболее частая форма поражения в виде ограниченных, не возвышающихся участков ороговения серо-бурого цвета [2, 7];
- веррукозная лейкоплакия - характеризуется белыми бляшками плотной консистенции с грубой морщинистой поверхностью, которые развиваются либо на фоне неизменной слизистой, либо из очагов лейкоплакии. Выделяют бляшечную и бородавчатую разновидности. Первая наиболее часто локализуется на дорсальной поверхности языка, углах рта, слизистой щек по линии прикуса, и характеризуется появлением молочно-белых, возвышающихся элементов с шероховатой поверхностью, вторая чаще располагается на слизистой оболочке щек, в углах рта, в местах травмирования прикусом, и отличается образованием бугристых разрастаний серо-белого цвета и тенденцией к озлокачествлению [2, 7, 8];

• эрозивная форма, обычно осложняет течение плоской и веррукозной лейкоплакии, особенно в местах частой травматизации слизистой; в этом случае на ороговевших участках появляются трещины, эрозии и изъязвления [2, 7].

Патоморфология. Гистологически около 80% очагов оральной лейкоплакии являются доброкачественными и проявляются гипер- или паракаринозом, акантозом и хронической воспалительной инфильтрацией; в 17% случаев в очагах обнаруживают различную степень дисплазии или рак *in situ*, а в 3% – инвазивный плоскоклеточный рак [9]. При раке *in situ* наряду с умеренным акантозом выявляют плеоморфизм и атипию ядер, потерю стратификации и вертикальной анизоморфности, приводящие к беспорядочному расположению клеток. Иногда обнаруживают незавершенную кератинизацию с наличием дискератотических клеток в средней части эпидермиса, скопление ядер в базальном слое и неправильную пролиферацию эпителия вниз [10].

Диагноз лейкоплакии устанавливают на основании клинической картины, данных биопсии. При дифференциальной диагностике необходимо исключить механическую травму, красный плоский лишай, кандидоз, дискоидную красную волчанку, остроконечные кондиломы, оральные папилломатоз, болезнь Боуэна, вторичный сифилис и др. [2, 3].

Лечение оральной лейкоплакии состоит в устранении провоцирующих факторов и сопутствующей патологии, применении бета-каротина и ароматических ретиноидов, удалении диспластических очагов с помощью криодеструкции. При диагностировании плоскоклеточного рака показано хирургическое лечение [2, 3].

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: Советская энциклопедия; 1982 – 1984. [Medical Encyclopedic Dictionary. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya; 1982–1984]. (in Russian)
2. Галли-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В., ред. *Дерматологология*. М.: Медицина для всех; 2005. [Gall-Ogly G.A., Molochkov V.A., Sergeev Yu.V., eds. *Dermatologiya*. Moscow: Meditsina dlya vsekh; 2005]. (in Russian)
3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. *Дерматология. Атлас-справочник*. Пер. с англ. М.: Практика; 1999: 286–8. [Fitzpatrick T., Johnson R., Wolff K., Polano M., Saurmond D. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. Moscow: Praktika; 1999]. (in Russian)
4. Gassenmayer A., Hornstein O.P. Presence of human papillomavirus DNA in benign and precancerous oral leukoplakias and squamous cell carcinomas. *Dermatologica*. 1988; 176(5): 224–33.
5. Silverman S., Gorsky M., Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer*. 1984; 53(3): 563–8.
6. Pindborg J.J. Pathology of oral leukoplakia. *Am. J. Dermatopathol*. 1980; 2(3): 277–8.
7. Банченко Л.В., Молочков В.А., Кражева С.С., Бальшун Д.Г. Лейкоплакия и близкие к ней поражения слизистой оболочки полости рта. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2001; 3: 4–9. [Banchenko L.V., Molochkov V.A., Kravcheva S.S., Bal'shun D.G. *Leukoplakia and other lesions of the oral mucosa*. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2001; 3: 4–9]. (in Russian)
8. Машиклейсон А.Л. *Препорак красной каины губ и слизистой оболочки рта*. М.: Медицина; 1970. [Mashkilleyson A.L. *Precancerous lesions of the vermilion border of the lips and oral mucosa*. Moscow: Meditsina; 1970]. (in Russian)
9. Waldron C.A., Shafer W.G. Leukoplakia revisited: a clinicopathologic study 3256 oral leukoplakias. *Cancer*. 1975; 36(4): 1386–92.
10. Elder D. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia-New York: J.B. Lippincott Company; 1997.