

МЯГКАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

■ Л.И. Глебова,

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Кафедра кожных и венерических болезней, (зав. кафедрой проф. Перламутров Ю.Н.)

■ М.А. Сазонова,

врач, старший лаборант кафедры

■ А.Ю. Фролов,

врач венерологического отделения филиала "Клиника Короленко В.Г."

К малоизученным заболеваниям слизистой оболочки полости рта относится мягкая лейкоплакия – доброкачественное поражение, впервые описанное Б.М. Пашковым в 1963 г. как самостоятельная нозологическая единица. Мягкой лейкоплакии посвящены работы Б.М. Пашкова и Е.Ф. Беляевой (1964, 1965, 1966) Н.И. Вахрамеевой (1963, 1965) Б.Д. Полнарёвой (1970, 1971) этиология и патогенез заболевания неизвестны. Б.М. Пашков и Е.Ф. Беляева (1966) предполагали, что этот процесс может носить невоидный характер.

По данным литературы, мягкая лейкоплакия встречается несколько чаще у женщин, особенно в молодом возрасте.

Клиника мягкой лейкоплакии имеет ряд особенностей. Б.М. Пашков отмечал, что это заболевание характеризуется появлением на слизистой оболочки полости рта очагов ороговения белого цвета, покрытых чешуйками, без ясно выраженных признаков воспаления. Поверхностный слой ороговеющего эпителия при поскабливании удаётся снять. В течение длительного наблюдения не отмечалось исчезновения очагов мягкой лейкоплакии, изменения их формы, окраски и размеров, а также случаев злокачественного перерождения.

Гистологическое исследование очагов поражения при мягкой лейкоплакии, по данным этих же авторов, показало характерные изменения: в эпителии слизистой щёк – акантоз, выраженный паракератоз, наличие участков измененных клеток, имеющих бледную цитоплазму, пикнотично измененные ядра. Измененные эпителиальные клетки располагались диффузно или в виде очагов.

В зарубежной литературе описаны заболевания, сходные с мягкой лейкоплакией по ряду клинических и морфологических признаков: шелушение и опалесценции слизистой оболочки полости рта, появление «светлых» клеток и паракератоза поверхностных отделов эпителия.

Cannon(1935) и Gardner (1967) описали подобные изменения при белом губчатом невусе; Carison(1968) – при лейкоэдеме; Kutacher(1961) – при семейной белой складчатой дисплазии слизистой оболочки полости рта; During(1968) – при белом складчатом гингивостоматозе; Obermajer (1964) – при щёчном кусании.

Сопоставляя клинико-морфологические данные мягкой лейкоплакии и сходных с ней заболеваний, следует сказать, что наряду с общими признаками в характере этих заболеваний существуют и различия.

Поражения СОПР при мягкой лейкоплакии своей белизной напоминают таковые при истинной лейкоплакии. Однако характерной клинической чертой является мягкость очагов поражения. Кроме того, при истинной, в отличие от мягкой лейкоплакии, очаги поражения имеют четкие границы и значительное ороговение эпителия, поверхностный слой которого при поскабливании не снимается.

Среди описанных многочисленных заболеваний СОПР мягкая лейкоплакия встречается сравнительно редко, что делает её малоизвестной широкому кругу стоматологов и часто затрудняет диагностику. На кафедре кожных и венерических болезней МГМСУ обобщён опыт клинического динамического наблюдения за 100 больными с мягкой лейкоплакией.

Методика обследования больных включала: сбор анамнеза с выявлением подобных заболеваний в семье, установление вредных привычек, обследование состояния зубочелюстной системы, консультации терапевта и психиатра.

Мягкая лейкоплакия часто протекает без субъективных ощущений и обнаруживается во время лечения зубов или на профилактическом осмотре.

У половины наблюдаемых лиц заболевание сопровождалось различными субъективными ощущениями. Преобладали жалобы на шероховатость слизистой оболочки, шелушение, чувство утолщенной,

«лишней» мешающей ткани. Эти ощущения беспокоили больных и влекли за собой желание избавиться от них путём скусывания. Длительное и постоянное скусывание мешающей слизистой оболочки фиксировалось, становилось привычной, в одних случаях тяготило больных, а в других ими не замечалось.

При обследовании зубочелюстной системы у 85 больных из 100 (8,5%) были отмечены дефекты пломб, кариес, острые края зубов, налет, зубной камень, зубодесневые карманы, явления гингивита, изменения пародонта, частичная вторичная адентия.

Клиническое наблюдение за больными мягкой лейкоплакией позволили нам выделить формы заболевания: типичную (очаговую и диффузную) и атипичную.

При типичной форме поражение представляет собой шелушащиеся, слегка отечные, мягкие участки беловатого или серого цвета. Часть чешуек сравнительно легко снимается шпателем, без образования эрозий; участки вокруг очагов без признаков воспаления.

Диффузная форма характеризуется обширными очагами поражения. Слизистая щёк и области Кляйна становится разрыхленной, пористой, губчатой, набухшей, гипертрофированной, покрытой множеством чешуек. Эти значительно выбухающие шелушащиеся участки часто мешают во время разговора, еды, травмируются, скусываются больными.

При более редко наблюдаемой очаговой форме явления гиперплазии и шелушения эпителия выражены менее значительно, имелись лишь небольшие участки десквамации эпителия слизистой.

При атипичной форме мягкой лейкоплакии нет выраженного шелушения, есть лишь диффузное помутнение слизистой оболочки щёк, губ, и белая опалесцирующая линия на уровне смыкания зубов. Иногда возникают и изменения красной каймы губ: сухость губ, шелушение, иногда напоминающие сухую форму эксфолиативного хейлита.

При морфологических исследованиях установлено, что одной из характерных особенностей мягкой лейкоплакии является наличие в составе эпителиального пласта особо крупных, так называемых «светлых» клеток. Эти клетки располагаются группами или диффузно в шиповидном слое. В цитоплазме клеток весьма выражена светлая зона, но есть и изменения в ядрах: они часто деформированы, причудливой формы, сморщенные.

Что же представляют собой «светлые» клетки? Их образование связано с появлением в цитоплазме небольших вакуолей. Их появление связано с дистрофическими нарушениями, а также с явлениями так называемого внутриклеточного отёка. Это же, видимо, объясняет легкое отделение клеток друг от друга, то есть шелушение слизистой.

Таким образом, мягкая лейкоплакия имеет определённую клиническую и морфологиче-

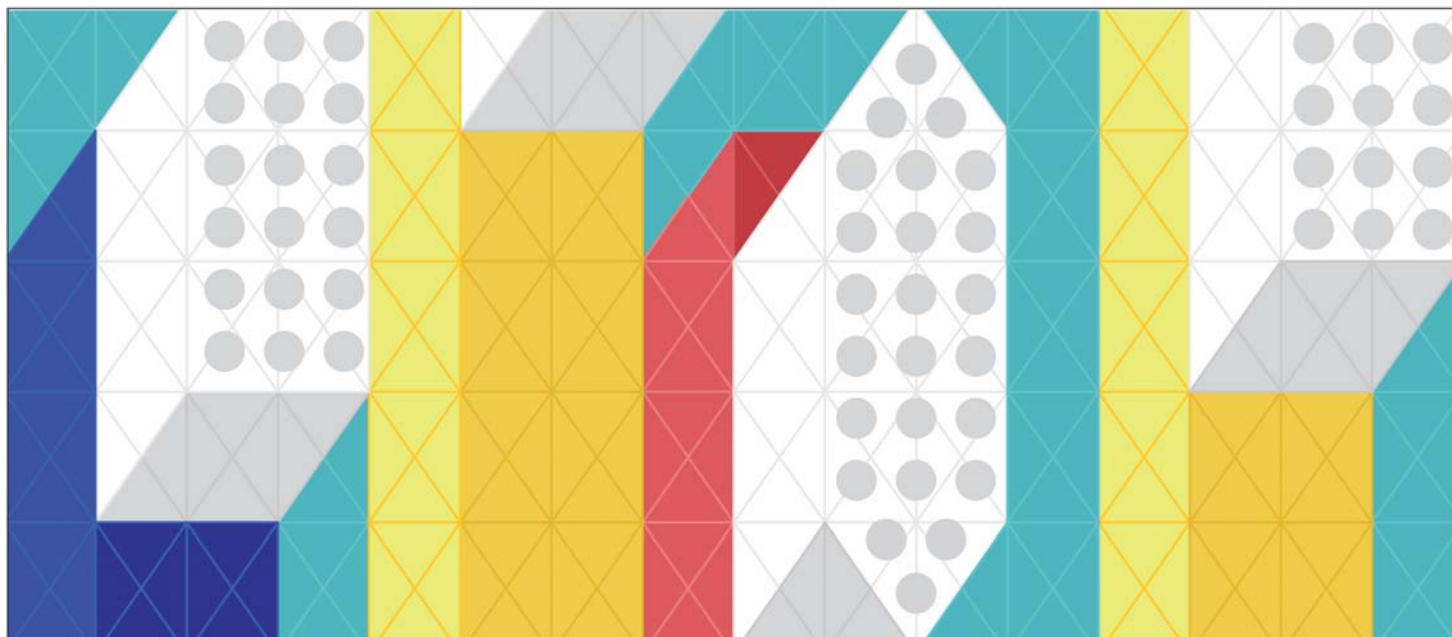
скую картину, является самостоятельной нозологической единицей. В термине «мягкая лейкоплакия» речь идет не о лейкоплакических изменениях, а о хроническом невоидном дистрофическом процессе, возможно, наследственного характера.

Клиницисты считают, что мягкая лейкоплакия требует проведение комплекса профилактических мероприятий, особенно в группе школьников. Это активное динамическое наблюдение, включающее проведение санации полости рта, назначение диеты, богатой витаминами, исключение острой раздражающей пищи, разъяснение сущности вредных привычек и т.д.

Всё вышперечисленное способствует уменьшению или даже исчезновению клинических проявления мягкой лейкоплакии, а торпидность её течения может быть связана с невоидным характером заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.М.Пашков, Б.Г. Стоянов, А.Л.Машкиллейсон. «Поражения слизистой оболочки рта и губ при некоторых дерматозах». Москва, 1970г.
2. В.В.Гемонов. «Мягкая лейкоплакия слизистой оболочки полости рта». Журнал «Вестник дерматологии и венерологии». 1970, 10, стр. 28-32.
3. Б.Д.Полнарёва. «Клинико-морфологическая характеристика мягкой лейкоплакии». В сб. «Экспериментальная и клиническая стоматология.» Труды, том 11, 1971г., 28-30.
4. Е.В.Боровский, А.Л.Машкиллейсон. «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ». Москва, 1984, стр.33.
5. Л.Шугар, Й.Баночи, И.Рац. «Заболевания полости рта». Академия наук Венгрии, Будапешт, 1980, стр. 160.



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

12-я специализированная выставка стоматологического оборудования, инструментария, расходных материалов и медицинских услуг

20 – 22 мая 2015

Пермь, бульвар Гагарина, 65



Министерство
здравоохранения
Пермского края