



Горбатова Екатерина Александровна, к.м.н., доцент,
Центральная государственная медицинская академия, Москва
Gorbatova Ekaterina Aleksandrovna, Central State Medical Academy, Moscow

Козлова Марина Владленовна, д.м.н., профессор,
Центральная государственная медицинская академия, Москва
Kozlova Marina Vladlenovna, Central State Medical Academy, Moscow

Зубарев Александр Васильевич, д.м.н., профессор,
Центральная государственная медицинская академия, Москва
Zubarev Alexander Vasilyevich, Central State Medical Academy, Moscow

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ
ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА
MODERN ASPECTS OF THE DIAGNOSIS OF VARIOUS FORMS
OF LEUKOPLAKIA OF THE ORAL MUCOSA**

Аннотация: Сопоставление данных клинической картины лейкоплакии и УЗИ-исследования выявило характерные дифференциальные эхо-признаки присущие плоской или веррукозной форме, глубину патологических изменений, структуру микроциркуляции.

Abstract: A comparison of the data of the clinical picture of leukoplakia and ultrasound examination revealed characteristic differential echo signs inherent in a flat or verrucose form, the depth of pathological changes, the structure of microcirculation.

Ключевые слова: лейкоплакия слизистой оболочки рта, ультразвуковое исследование слизистой оболочки рта.

Keywords: leukoplakia of the oral mucosa, ultrasound examination of the oral mucosa.



Введение. К предопухолевым заболеваниям (ПЗ) слизистой оболочки рта (СОР) относят лейкоплакию (ЛП), причиной развития, которой является травма различного генеза. Клинические проявления ЛП, в виде белесоватого «пятна» или «бляшки», связаны с выраженными процессами пролиферации и образованием кератина в зернистом и шиповатом слоях СОР [1].

В клинической классификации выделяют несколько форм ЛП в зависимости от морфологического элемента и вероятности озлокачествления. Считается, что плоская форма ЛП имеет низкий процент неоттрансформации 3-15%, веррукозная – 30-70% [3-6].

Согласно клиническим рекомендациям «Стоматологической ассоциации России», пациенты ЛП СОР подлежат диспансерному наблюдению один раз в полгода. В первую очередь врачи используют осмотр, как основной метод для оценки патологических изменений СОР, и оценивают следующие параметры: насыщенность цвета, возвышение над поверхностью СО, появление бугристости, уплотнение при пальпации, но данные критерии являются описательными и субъективными [3].

В тоже время при периодических осмотрах необходимо основываться на точные объективные данные. Пациентов с ЛП наблюдают врачи-стоматологи, имеющие разный клинический опыт в идентификации заболевания, поэтому актуальным является разработка и адаптации дополнительных диагностических тестов для изучения патологического очага [4, 5].

В настоящее время на стоматологическом приеме рекомендовано использование аутофлуоресцентной стоматоскопии (АФС). Флуоресценция кератотических отложений имеет белесоватое свечение и позволяет определить только границы элемента [6], но не дает информации об изменениях в эпителиальном слое.

Для дифференциальной диагностики ЛП применяют оптическую когерентную томографию (ОКТ), однако методика имеет недостатки: незначительная глубина проникновения сигнала до 0,15 см., трудность в



расшифровки полученных результатов из-за обильных кератотических отложений [7].

Таким образом, в большинстве случаев диагностируют ЛП только на основании данных клинического осмотра, что не позволяет определить глубину патологических изменений СО и прогноз заболевания.

Цель исследования – совершенствование диагностики различных форм лейкоплакии с помощью УЗИ-исследования высокочастотным датчиком.

Материалы и методы

В 2019 - 2022 гг. на кафедре стоматологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБУ ДПО «ЦГМА» обследовали 143 пациента в возрасте 25 - 76 лет с диагнозом по МКБ – 13.2 «К 13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта» и клиническими диагнозами: «лейкоплакия плоская форма» - 75 человек, «веррукозная форма лейкоплакии» - 68 человек.

Всем пациентам проводили общие клинические методы обследования, включающие сбор жалоб, анамнез, осмотр. Особое внимание уделяли выявлению вредных привычек - курению. При внешнем осмотре описывали цвет кожных покровов, красную кайму губ, лимфатические узлы региональной области. В полости рта оценивали СО преддверия и свода рта, щек, неба, десны, состояние зубов. Устанавливали причины хронической травмы: механическую, термическую, химическую.

В качестве дополнительного метода диагностики проводили ультразвуковое сканирование морфологических элементов СО: гиперкератотического пятна или бляшки. Исследование осуществляли на УЗИ-аппарате экспертного класса линейным датчиком с частотой 22 МГц и размером сканирующей поверхности 3,0 см. трансоральным доступом. Получали эхограммы с визуализацией слизистой, подслизистой оболочки и мышц на глубину от 0,01 см до 5 см. Исследование выполняли по следующей методике: пациент лежал на кушетке с открытым ртом, на рабочую часть датчика наносили специальный гель и устанавливали перпендикулярно к



поверхности элемента СО. Сканирование патологического очага проводили в режимах: «В» и доплеровского цветного картирования. Устанавливали размеры морфологического элемента, структуру, гомогенность, границы, оценивали подлежащие ткани. В режиме доплеровского картирования изучали характеристики гемодинамики микрососудистого русла (патент №2795178). Эхограммы изменённого участка СО сравнивали с одноименным отделом без патологии в указанных режимах.

Соотносили данные клинической картины и УЗИ-исследования для формирования экосемиотики проявлений различных форм ЛП и дифференциальной диагностики.

Результаты

В первое посещение в ходе клинического осмотра выявляли локализацию морфологических элементов ЛП на СОР: боковых поверхностях языка – 56,7%, дистальных отделах щек – 24,5%, вентральной части языка – 12,6%, десне – 6,2%.

У больных с плоской формой ЛП диагностировали локализованные очаги в виде «пятна» белесоватого или перламутрового цвета неправильной формы со звездчатыми границами, при пальпации мягкие.

У пациентов с веррукозной формой ЛП определяли одиночные или сливающиеся кератотические бляшки, выступающие над СО, с бугристой, матовой поверхностью, неровными границами, при пальпации мягко-эластической консистенции.

По результатам УЗИ-исследования патологических очагов плоской формы ЛП в «В-режим» визуализировали утолщение эпителиального слоя, нечеткую структуру СО в области кератотического пятна с различной глубиной патологических изменений от $0,01 \pm 0,002$ см. до $0,04 \pm 0,003$ см. В режиме доплеровского картирования определили отсутствие микрокровотока внутри морфологического элемента и наличие по границам.

При анализе УЗИ-изображений у пациентов с веррукозной ЛП наблюдали выраженное увеличение эпителиального слоя, однородные зоны пониженной



эхогенности с ровными контурами в слизистом слое СО, глубина структурных изменений составила $0,055 \pm 0,043$ см. Доплеровское картирование гипоехогенного участка показало наличие микрокровотока вокруг патологического очага и отсутствие внутри него. Характеристика микрокровотока помогала установить истинный объем патологического изменения СО.

Таким образом, при сопоставлении данных клинической картины ЛП и УЗИ-исследования выявили характерные дифференциальные эхо-признаки присущие плоской или веррукозной форме, определили глубину патологических изменений и структуру микрокровотока.

Список литературы:

1. Villa A., Woo S. B. Leukoplakia—a diagnostic and management algorithm //Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2017. – Т. 75. – №. 4. – С. 723-734.
2. Сёмкин В. А. и др. Лейкоплакия: клинический и патоморфологический диагноз //Стоматология. – 2017. – Т. 96. – №. 1. – С. 72-76.
3. Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С., Тогонидзе А. А. Клиника, диагностика и лечение различных форм лейкоплакии //Стоматология. – 2014. – Т. 93. – №. 5. – С. 75-81.
4. Carrard V. C., Van der Waal I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; A guide for dentists //Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. – 2018. – Т. 23. – №. 1. – С. e59-e64. doi: 10.4317/medoral.22292.
5. Capella D. L. et al. Proliferative verrucous leukoplakia: diagnosis, management and current advances☆ //Brazilian journal of otorhinolaryngology. – 2017. – Т. 83. – С. 585-593. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.12.005.
6. Пурсанова А. Е. и др. Оценка эффективности терапии предраковых заболеваний слизистой оболочки рта при помощи аутофлюоресцентной диагностики //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 4. – С. 151-151.
7. Сёмкин В. А. и др. Диагностическая ценность метода когерентной томографии у больных с лейкоплакией слизистой оболочки рта //Стоматология. – 2018. – Т. 97. – №. 1. – С. 37-39.