

# Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Тактика ведения больных на амбулаторном приеме

Л.И. Глебова, Е.В. Задюнченко

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

z777kat@inbox.ru

## Аннотация

На кафедре кожных болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» более 6 лет ведется амбулаторный прием больных с патологией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Одной из наиболее частых патологий слизистой оболочки полости рта и губ является лейкоплакия, встречающаяся в виде разнообразных клинических форм. В этой статье сотрудники кафедры делятся с врачами-практиками своими наблюдениями за этой группой больных и тактикой их ведения на амбулаторном приеме.

**Ключевые слова:** лейкоплакия, слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ, предрак, озлокачествление, этиология, патогенез, дифференциальный диагноз.

**Для цитирования:** Глебова Л.И., Задюнченко Е.В. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Тактика ведения больных на амбулаторном приеме. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 2: 44–48. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00124

## Leukoplakia of the oral mucosa and red border of the lips. Tactics of managing patients on an outpatient basis

Larisa I. Glebova, Ekaterina V. Zadionchenko

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

z777kat@inbox.ru

## Abstract

More than six years at the department of skin and veneer diseases of Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry patients with pathology of the oral mucosa and the red border of the lips are treated. One of the most common pathologies of the oral mucosa and lips is leukoplakia, which occurs in a variety of clinical forms. In this article, the staff of the department shares with practitioners their observations of this group of patients and the tactics of their management on an outpatient basis.

**Key words:** leukoplakia, oral mucosa, red border of the lips, precancer, malignancy, etiology, pathogenesis, differential diagnosis.

**For citation:** Glebova L.I., Zadionchenko E.V. Leukoplakia of the oral mucosa and red border of the lips. Tactics of managing patients on an outpatient basis. Clinical review for general practice. 2022; 2: 44–48. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00124

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки (СО), сопровождающееся воспалением стромы и возникающие, как правило, в ответ на хроническое экзогенное или эндогенное раздражение.

Термин «лейкоплакия» впервые встречается в работах ученых во второй половине XIX в. И с тех пор это самый частый термин, который используется для обозначения ненормальной кератинизации на СО. Это заболевание остается до настоящего времени предметом дискуссии как в отношении этиологии и патогенеза, так и в отношении классификации, в том числе возможности озлокачествления, методов лечения и пр. [1]. До последнего времени обсуждается вопрос о том, стоит ли относить лейкоплакию в группу предрака. Профессор А.Л. Машкилейсон относил лейкоплакию в группу предраковых состояний. Он считал, что должен существовать дифференцированный врачебный подход к разным формам лейкоплакии, так как различные формы этого заболевания обладают разной потенцией

к озлокачествлению [2]. Если трансформация веррукозной формы лейкоплакии в рак выявляется в среднем в 20–30% случаев, то лейкоплакия курильщиков Тапейнера не озлокачивается никогда. Следует различать формы лейкоплакии, превращение которых в рак весьма вероятно, и лейкоплакии, трансформация которых в рак лишь возможна [3].

На кафедре кожных болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» принята следующая классификация лейкоплакий:

1. Лейкоплакия курильщиков Тапейнера (рис. 1).
2. Плоская лейкоплакия, которая может иметь вид либо помутневшей СО, либо как бы наклепленной на нее пленки (рис. 2).
3. Веррукозная форма лейкоплакии, представленная бугристой, с серо-белой поверхностью, реже – гладкой возвышающейся бляшкой наподобие омололести (рис. 3).
4. Эрозивная лейкоплакия (рис. 4) [4].

Рис. 1. Лейкоплакия Тапейнера.

Fig. 1. Smoker's leukoplakia (leukoplakia of Tappeiner).



Рис. 2. Лейкоплакия плоская.

Fig. 2. Simple (flat) leukoplakia.



Рис. 3. Лейкоплакия веррукозная.

Fig. 3. Verrucous leukoplakia.



Рис. 4. Лейкоплакия эрозивно-язвенная.

Fig. 4. Erosive-ulcerative leukoplakia.



Такой порядок расположения форм лейкоплакии обусловлен постепенным, от формы к форме, нарастанием потенциальной злокачественности процесса.

Мы наблюдали плоскую форму лейкоплакии на СО нижней губы и в зоне Клейна. Она развилась вокруг расширенных устьев выводных протоков гипертрофированных слюнных желез. Это поражение имело форму колец, в центре которых зияло расширенное устье слюнной железы. Эта форма впервые была описана Puente и Asevedo. В нашей стране такую форму наблюдали Б.М. Пашков и Г.Д. Савина [1].

Гистологически лейкоплакия может быть охарактеризована как гиперпластическое хроническое воспаление с явлениями метаплазии. Этим изменениям предшествует гиперемия, затем стаз, сменяющийся воспалительной реакцией, а уже затем – гиперплазия эпителия. При этом во всех случаях возникает ороговение.

Характерной особенностью лейкоплакии при всех ее формах является диффузное воспаление со значительной фильтрацией верхней части стромы, причем этот

инfiltrат проникает в нижние отделы эпителиального слоя [4].

Этиология и патогенез лейкоплакии окончательно не выяснены. Лейкоплакию рассматривают как защитную реакцию организма, в частности СО полости рта, на разные внешние раздражители, не отрицая и эндогенных факторов. Среди последних важную роль играют различные изменения желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, колит или холецистит, панкреатит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет и др. [5]). Определенное значение в развитии лейкоплакии имеет и наследственная предрасположенность организма к процессам ороговения.

Все эндогенные факторы могут иметь весомое значение в патогенезе лейкоплакии, создавая фон для ее развития, но более важными из них являются внешние триггеры, такие как механическое, термическое, химическое и прочее раздражение. В сочетании друг с другом (табачный дым, нарушение зубного ряда, гальванический ток

Рис. 5. Красный плоский лишай СО языка, типичная форма.  
Fig. 5. Lichen planus affecting the mucous membrane of the tongue, typical case.



Рис. 6. Красная волчанка СО рта.  
Fig. 6. Lupus erythematosus involving the oral mucosa.



от разнородных металлов) их патогенное воздействие усиливается [2]. При локализации лейкоплакии на красной кайме губ имеет значение хроническая травма мундштуком, папиросой при докуривании до конца и инсоляция. Одним из факторов, вызывающих лейкоплакию, может быть нейротрофический процесс (расстройство трофики в полости рта), запускающий хроническое воспаление [6].

Если фактор, вызывающий лейкоплакию, продолжает действовать, то заболевание постепенно прогрессирует, переходя из одной формы в другую, и может трансформироваться в рак.

При условии устранения действий этиологических факторов (прекращение курения, проведение санации,

Рис. 7. Вторичный сифилис. Бляшки «скошенного луга».  
Fig. 7. Secondary syphilis. Plaques en prairie fauchée (mowed meadow pattern).



рационального протезирования) у многих больных лейкоплакии является процессом обратимым.

При диагностике лейкоплакии во многих случаях приходится дифференцировать ее с красным плоским лишаем и красной волчанкой. От красного плоского лишая лейкоплакия отличается отсутствием характерного рисунка или сетчатости, особенно на СО щек.

При лейкоплакии очаги имеют характер как бы наклепленной пленки, а при красном плоском лишае поражение имеет вид слившихся папул бело-серого цвета на СО рта (рис. 5) и синюшно-вишневого цвета на красной кайме губ.

От красной волчанки СО полости рта лейкоплакия отличается отсутствием эритемы и атрофии. Волчаночную эритему на красной кайме губ и СО рта отличает западение очага по отношению к здоровым тканям, ярко розовый оттенок и очертания языков пламени по периферии (рис. 6), чего не наблюдается при лейкоплакии.

Сифилитические папулы отличаются тем, что при интенсивном поскабливании шпателем поверхности сифилитического узелка покрывающий его серо-белый налет снимается и обнажается мясо-красная эрозия, с поверхности которой обнаруживается бледная трепонема (рис. 7) [7].

Иногда приходится дифференцировать лейкоплакию с кандидозом СО полости рта. При этом имеют значение легкость удаления налетов при поскабливании при молочнице, а также результаты лабораторных исследований.

Тактика врача при наблюдении в амбулаторных условиях за больными плоской лейкоплакией заключается прежде всего в ликвидации экзогенных раздражителей, иначе даже после полного хирургического удаления очагов процесс рецидивирует.

Главное – исключить курение и жевание табака, употребление крепкого алкоголя, пряной, острой пищи. Обращается пристальное внимание на тщательную санацию полости рта, протезирование с заменой разнородных металлов однородными, устранение желудочно-кишечных расстройств.

В последние годы медикаментозное местное лечение лейкоплакии витамином А в больших дозах себя не оправдывает. Хирургическое лечение, в первую очередь веррукозной и эрозивной форм лейкоплакии, является

наилучшим методом, особенно когда размер очага позволяет удалить его в пределах здоровых тканей.

Больные лейкоплакией должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением врача, являться для контроля каждые 3–4 мес. Обследование пациента должно включать не только осмотр патологического очага, но и пальпацию. При малейшем подозрении на возможное озлокачествление целесообразно провести скрининг-тесты на выявление атипии в зоне поражения, а также произвести биопсию с последующим гистологическим исследованием. Только после этого следует решать вопрос о дальнейшем методе лечения.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медицина, 1984. [Mashkileison A.L. Diseases of the mucous membrane of the mouth and lips. Moscow: Meditsina, 1984 (in Russian).]
2. Машкилейсон А.Л. Клиника, диагностика, лечение и профилактика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Mashkileison A.L. Clinic, diagnosis, treatment and prevention of pre-cancerous diseases of the oral mucosa. Moscow: GEOTAR-Media, 2015 (in Russian).]
3. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2020. [Aksamit L.A., Tsvetkova A.A. Diseases of the oral mucosa. Relationship with general pathology. Diagnostics. Treatment. Moscow: MEDpress-inform, 2020 (in Russian).]
4. Lodi G, Sardella A, Bez C, et al. Interventions for treating oral leukoplakia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4.
5. Абрамов В.М. Совершенствование лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта на основании клинического и ультраструктурного ее изучения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984. [Abramov V.M. Sovershenstvovanie lecheniia leukoplakii slizistoi obolochki polosti rta na osnovanii klinicheskogo i ul'trastrukturnogo ee izucheniia. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 1984 (in Russian).]
6. Роберт П. Лангле, Крейг С. Миллер. Атлас заболеваний полости рта. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. [Robert P. Langle, Craig S. Miller. Atlas of diseases of the oral cavity. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2008 (in Russian).]
7. López-Sánchez C, Flores-Climente V. Plaques en Prairie Fauchée as Single Manifestation of Secondary Syphilis. *Sex Transm Dis* 2019; 46 (12): 819. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000001081

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Глебова Лариса Ивановна** – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»  
**Larisa I. Glebova** – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

**Задюонченко Екатерина Владимировна** – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru  
**Ekaterina V. Zadionchenko** – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: z777kat@inbox.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 21.02.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.03.2022