

## Сучасний підхід до лікування лейкоплакії слизової оболонки ротової порожнини

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

**Мета:** обґрунтувати, розробити та оцінити алгоритм лікування плоскої й посиленої форм лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота з гістологічною будовою SIN2.

**Матеріали та методи.** Були досліджені біоптати слизової оболонки порожнини рота 155-ти пацієнтів з лейкоплакією, у тому числі 87 чоловіків і 68 жінок. Вік пацієнтів склав у середньому  $46,6 \pm 2,63$  року. У них були виявлені різні форми лейкоплакії: плоска, підвищена; бородавчаста й ерозивно-виразкова. Лікування: основна група — 25 пацієнтів із плоскою й посиленою формами лейкоплакії з гістологічною будовою СОПП SIN2; контрольна група – 10 пацієнтів із плоскою й підвищеною формами лейкоплакії, які лікувались відповідно до протоколів лікування (2004 р.).

**Результати.** Проведений аналіз біопсії пацієнтів з лейкоплакією показав, що в пацієнтів із плоскою формою лейкоплакії частіше гістологічно спостерігається лейкоплакія без атипії – у 28 пацієнтів (53,85 %), у 15 (28,84 %) пацієнтів – SIN1 і в 9 (17,31 %) пацієнтів – SIN2. У пацієнтів з підвищеною формою лейкоплакії гістологічно зустрічається у двох (7,14 %) лейкоплакія без атипії, у 7 (25,0 %) – SIN1 і в 19 (67,86 %) – SIN2.

Розроблено лікувально-профілактичний комплекс для комплексної терапії плоскої й посиленої форм лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота з гістологічною будовою SIN2.

**Висновок.** Отримані результати свідчать, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс має високу ефективність при лікуванні лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота. Застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу підвищує клінічну ефективність лікування, забезпечує швидку позитивну динаміку, стійку клінічну ремісію, швидку нормалізацію клініко-лабораторних показників захворювання в порівнянні із традиційними методами терапії. Усе це дозволяє вважати перспективним подальше впровадження даного лікувально-профілактичного комплексу у стоматологічну практику.

**Ключові слова:** лейкоплакія, слизова оболонка порожнини рота, біопсія, SIN2, лікувально-профілактичний комплекс.

На сьогодні існує багато методів лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини (СОПП) залежно від патогенетичних механізмів і клінічних проявів. Вибір лікувальної тактики визначається багатьма чинниками: характером перебігу процесу, часом і тривалістю виникнення, станом факторів загального й місцевого імунітету, своєчасністю усунення подразнюючих або травмуючих факторів і ефективністю проведеного консервативного лікування. У комплексне консервативне лікування включаються препарати місцевої дії зі знеболювальними, протизапальними, антимікробними та кератопластичними властивостями. Досвід клінічних досліджень свідчить, що місцева терапія повинна бути спрямована не тільки на усунення неприємних суб'єктивних відчуттів, а й на створення оптимальних умов для природної регенерації слизової оболонки [2, 6, 7, 10].

Однак далеко не завжди використання тільки терапевтичних методів лікування захворювань СОПП дозволяє досягти позитивного результату, а саме структурного й функціонального відновлення слизової оболонки ротової порожнини: захворювання набуває затяжний, тривалий характер, нерідко ускладнюється вторинним інфікуванням і малигнізацією. У цьому випадку застосування радикальних – хірургічних – методів лікування є єдиним та адекватним способом їх лікування [7, 11, 12].

Ефективність надання допомоги хворим з лейкоплакією слизової оболонки ротової порожнини визначається своєчасністю й точністю діагностики захворювання з подальшим вибором оптимального методу лікування [3, 4, 9]. Консервативні методи лікування прийнятні тільки для плоскої форми лейкоплакії. У разі ж верукозної форми лейкоплакії лікування повинно бути хірургічним, але навіть при традиційному хірургічному лікуванні верукозної форми лейкоплакії можливі рецидиви захворювання й унаслідок травматичності даного методу операції порушення процесу регенерації в післяопераційний період [5, 8]. Тому необхідно шукати методи, що дозволяють більш

щадно відсікати уражені ділянки слизової оболонки ротової порожнини та сприяють активації репаративних процесів у післяопераційній рані.

Виходячи з вищевикладеного, мета дослідження — обґрунтувати, розробити та оцінити алгоритм лікування плоскої й підвищеної форм лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота з гістологічною будовою SIN2.

### Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 155-ти пацієнтів з лейкоплакією ротової порожнини, які звернулись на кафедру терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в період із 2011 по 2015 р. Серед них було 87 (56,1 %) чоловіків і 68 (43,9 %) жінок. Вік пацієнтів коливався від 25 до 70-ти років і склав у середньому  $46,6 \pm 2,63$  року. У них були виявлені різні форми лейкоплакії: плоска, підвищена; бородавчаста й ерозивно-виразкова.

Були проведені клінічні та лабораторні дослідження всіх пацієнтів.

Біопсія ділянки лейкоплакії для гістологічного й гістохімічного дослідження була проведена таким чином: біоптат фіксували в 10 %-му нейтральному формаліні (рН = 7,4). Після його проведення на гістопроекторі заливали в парафін з температурою плавлення  $54^{\circ}\text{C}$  для гістологічного та імуногістохімічного дослідження (ІГХ). Серійні зрізи товщиною 5 мкм розміщували на скляні пластинки, укриті полі-L-лізином. Виявлення тканинних антигенів проводили за допомогою моноклональних антитіл мишей до K8 (TS1, «Thermoscientific») і Ki-67 (MM1, «Thermoscientific»). Виявлення імунних комплексів проводили за допомогою системи детекції UltraVision Quanto Detecton System HRP («Thermoscientific»), зрізи дофарбовували гематоксиліном Майєра. При проведенні гістологічного дослідження контролем слугував незмінний епітелій, який брали ыз прилеглих до лейкоплакії

ділянок слизової. Гістологічну оцінку досліджуваного матеріалу встановлювали згідно із класифікацією ВООЗ (2005).

Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою програми Statistica 6.0 стандартними методами. Ураховуючи ненормальний розподіл отриманих статистичних показників, порівняння двох незалежних груп здійснювали непараметричним методом за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Достовірними вважали відмінності середніх при рівні статистичної значущості  $p < 0,01$ .

Лікування: основна група – 25 пацієнтів із плоскою й підвищеною формами лейкоплакції з гістологічним будовою СОПР SIN2; контрольна група – 10 пацієнтів із плоскою й підвищеною формами лейкоплакції, які лікувались відповідно до протоколів лікування (2004 р.).

Усім пацієнтам з різними формами лейкоплакції було рекомендовано і проведено:

- професійна гігієна з обов'язковим навчанням і контролем гігієни протягом усього лікування, інтердентальна гігієна;
- санація ротової порожнини (заміна старих та амальгамових пломб; видалення зубів, що не підлягають подальшому лікуванню й відновленню; зішліфування гострих країв зубів, а також раціональне протезування з використанням однорідних металів);
- усунення шкідливих звичок;
- функціональне виборче пришліфування;
- дієтотерапія (обмеження у прийомі гострої, гарячої, солоні, кислої їжі);
- консультація лікарів інших спеціальностей з подальшим лікуванням при необхідності;
- обов'язковою умовою було взяття біопсії для гістологічного та імуногістохімічного дослідження.

Лікувально-профілактичний комплекс для лікування плоскої й підвищеної форм лейкоплакції СОПР з гістологічним будовою SIN2 полягав у такому.

1. Антисептична обробка ротової порожнини.
2. Електрофорез або фонофорез на вогнища ураження СОПР розчину «Ербісол®Екстра».

Рекомендації для пацієнта (до дому):

1. Місцеве лікування: аплікації на вогнища ураження СОПР у вигляді розчину 2 мл «Ербісол®Екстра» по 5–10 хвилин на день.  
Індивідуальна гігієна порожнини рота: зубна паста «Vivax Dent» з пептидним комплексом, бісаболол і зубна щітка типу «Medium».
2. Загальне лікування: внутрішньом'язове введення препарату «Ербісол®Екстра» 2 мл два рази на день протягом десяти днів, прийом полівітамінного комплексу «Піковіт Форте» по одній таблетці два рази на день.

Ербісол®Екстра є гідролізатом клітинних мембран ембріональної тканини й до його основних діючих компонентів належать низькомолекулярні пептиди та глікопептиди [1]. Він відноситься до нового покоління класу ендогенних регенераторних біологічних імуномодулюючих середників. Даному препарату властива м'яка лікувальна дія, при якій гармонізована системна взаємодія імуномодулюючого та протизапального ефектів на тлі вираженого мембраностабілізуючого та антиоксидантного впливу кінцево реалізується нормалізацією репаративно-регенераторного потенціалу ушкоджених органів і тканин.

### Результати дослідження

При комплексному клініко-лабораторному дослідженні 155-ти пацієнтів із клінічним діагнозом лейкоплакція слизової оболонки ротової порожнини у 52 (33,55 %) спостерігалася плоска, у 28 (18,06 %) – підвищена, у 48 (30,97 %) – бородавчаста й у 27 (17,42 %) ерозивно-виразкова форма лейкоплакції.

Гістологічна оцінка матеріалу була виконана згідно із класифікацією лейкоплакції ВООЗ (2005).

Проведений аналіз біопсії пацієнтів з лейкоплакією показав, що в пацієнтів із плоскою формою лейкоплакції частіше гістологічно спостерігається лейкоплакія без атипії – у 28 пацієнтів (53,85 %), у 15 (28,84 %) пацієнтів – SIN1 і в 9 (17,31 %) пацієнтів – SIN2. У пацієнтів з підвищеною формою лейкоплакції гістологічно зустрічається у двох (7,14 %) лейкоплакія без атипії, у 7 (25,0 %) – SIN1 і в 19 (67,86 %) – SIN2. У пацієнтів з верукозною лейкоплакією гістологічно спостерігалася в 11 (22,95 %) – SIN1 лейкоплакія, у 24 (50,0 %) – SIN2, у 10 (20,83 %) – SIN3. При цьому при клінічній картині верукозної лейкоплакції гістологічно у трьох пацієнтів нами був виявлений рак СОПР. У пацієнтів з ерозивно-виразковою лейкоплакією гістологічно в 11 (40,74 %) спостерігалася SIN2 лейкоплакія й у 16 (59,26 %) – SIN3.

Були розроблені диференційовані схеми лікування лейкоплакції СОПР залежно від морфологічних та імуногістохімічних параметрів ураженої слизової оболонки ротової порожнини.

Проводили оцінку ефективності терапії всіх пацієнтів на підставі вивчення змін клінічної картини, тривалості ремісії й частоти рецидивів і даних лабораторних (цитологічних) досліджень.

Клінічна ефективність проведеного лікування оцінювалась на момент закінчення курсу терапії. Динаміка клінічних проявів захворювання у процесі лікування аналізувалась у кожній групі хворих за строками повного або часткового зникнення об'єктивних і суб'єктивних ознак хвороби.

Комплексна терапія хворих іншої групи спостереження з лейкоплакією СОПР із застосуванням ЛПК мала позитивний вплив на клініко-лабораторні показники.

У динаміці й на момент закінчення лікування відбувалось більш швидке порівняно із групою хворих, які отримували традиційне лікування, зменшення площі ураження, зникнення суб'єктивних відчуттів у слизовій оболонці ротової порожнини у хворих з лейкоплакією.

Об'єктивний аналіз клінічної картини в пацієнтів основної групи виявив зникнення відчуття сухості та стягування слизової оболонки на  $11,75 \pm 0,26$  доби, у групі порівняння – на  $19,35 \pm 0,58$  доби ( $p < 0,05$ ).

Позитивна динаміка регресу клінічних ознак до моменту закінчення лікування відзначена в усіх хворих основної групи, які отримували ЛПК, і у 46,67 % групи порівняння на тлі традиційної терапії.

При візуальному огляді слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ і вимірі розмірів патологічних вогнищ з подальшим розрахунком середньої площі було виявлено на  $0,18 \pm 0,03$  см<sup>2</sup> зменшення значень досліджуваного параметра до десятого дня спостережень і його помітне істотне зменшення в обстежуваних пацієнтів до двадцятого дня прийому ЛПК, який склав  $0,09 \pm 0,06$  см<sup>2</sup>. Звертає увагу те, що в шести осіб вогнища гіперкератозу до кінця місяця прийому ЛПК візуально не визначались, а у трьох пацієнтів відзначалося значне зменшення їх розмірів.

Результати цитологічного дослідження зішкрябу з патологічних вогнищ СОПР свідчили про те, що застосування ЛПК в обстежених пацієнтів уже до двадцятого дня спостереження викликало зменшення значень індексу кератинізації порівняно з початковим станом до  $31,2 \pm 4,4$  %, а до кінця місяця спостережень сприяло суттєвому зменшенню значень досліджуваного показника, який склав  $15,1 \pm 2,9$  %. Слід зазначити, що у трьох пацієнтів індекс кератинізації зменшився до 0 %, в одного пацієнта став рівним 4 %.

Результати обстеження пацієнтів контрольної групи через десять, двадцять і тридцять днів після лікування суттєво не відрізнялись між собою, а свідчили лише про

стабілізацію патологічного процесу, що підтверджувалось відсутністю збільшення розмірів вогнищ гіперкератозу, площа яких трохи зменшилась порівняно з вихідним станом і до двадцятого дня спостережень у середньому складала  $0,29 \pm 0,19 \text{ см}^2$ .

При цьому також не спостерігалось істотних змін значень індексу кератинізації клітин, який до двадцятого дня досліджень відповідно склав  $89 \pm 0,57 \%$ .

Одночасно при застосуванні ЛПК реєструвалась позитивна динаміка цитогенетичних показників, показників проліферації та деструкції ядра в пацієнтів з лейкоплакією СОПР, при цьому в пацієнтів контрольної групи вона була не такою вже й суттєвою. Так, частота клітин з мікроядрами в пацієнтів основної групи після лікування знизилась у два рази, а в контрольній – в 1,34 разу. Частота клітин із протрузіями в основній групі після лікування знизилась у 3,7 разу, а в контрольній – в 2,65 разу. Частота виявлення протрузій типу «розбите яйце» у пацієнтів основної групи знизилась у 3,73 разу. За результатами нашого дослідження після лікування сумарні показники частот цитогенетичних порушень (сума клітин з мікроядрами та протрузіями) у клітинах букального епітелію склали в пацієнтів основної групи  $1,44 \pm 0,11$ ; у контрольній –  $2,10 \pm 0,22$  відповідно, відмінності статистично достовірні. Була проведена роз'яснювальна робота серед пацієнтів про шкodu куріння й алкоголю, тому спостерігалась позитивна динаміка зниження показників порушення проліферації клітин букального епітелію в пацієнтів обох груп після лікування. Так, частота клітин із круговою рискою в пацієнтів основної групи знизилась після лікування в 4,88 разу, а в контрольній – у 2,49 разу відповідно. Також спостерігалась значна позитивна динаміка зниження показників апоптозу у клітинах букального епітелію основної групи після лікування ЛПК.

Аналіз показників індексу мічених антитіл до білка Ki-67 ядер клітин епітелію виявив виражену тенденцію до нормалізації проліферативної активності в пацієнтів, які отримували ЛПК. Так, на тлі використання «Ербісолу®Екстра» індекс проліферації за Ki-67 значно знизився. Змінилась і кількість розподілу Ki-67 позитивних клітин у шарах епітелію. Зменшилась кількість проліферуючих клітин власної слизової. Таким чином, застосування ЛПК в комплексній терапії хворих з лейкоплакією СОПР викликає виразне зменшення морфологічних ознак ураження слизової оболонки порожнини рота та зниження проліферативної активності епітелію уражених ділянок (рис. 1).

Після комплексної терапії з використанням ЛПК у пацієнтів основної групи був досягнутий позитивний ефект у всіх випадках: повне одужання – у шести (24,0 %) пацієнтів (у чотирьох пацієнтів із плоскою формою й у двох пацієнтів з підвищеною); значне покращення – у дванадцяти (48,0 %) пацієнтів; патологічний процес перейшов з верукозної форми у плоску у п'яти (20,0 %) пацієнтів. Стан без змін спостерігався у двох (8,0 %) пацієнтів основної групи, які не змогли побороти свої шкідливі звички. У контрольній групі після застосування базової традиційної терапії відбулись такі зміни: повне одужання – в одного (6,67,0 %) пацієнта із плоскою формою; значне покращення – у двох (13,33 %) пацієнтів; патологічний процес перейшов з посиленої форми у плоску у трьох (20,0 %) пацієнтів; без видимого покращення – у шести (40,0 %) і погіршення у трьох пацієнтів (20,0 %) (рис. 2). Пацієнтам контрольної групи, в яких спостерігалось погіршення, було призначено хірургічне лікування.

Після лікування пацієнтів попросили оцінити успішність терапії, і були отримані такі результати (рис. 3). П'ятнадцять (60,0 %) пацієнтів основної групи відзначили значні поліпшення після застосування ЛПК і тільки

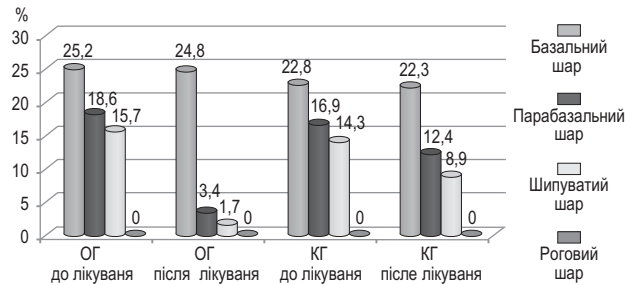


Рис. 1. Пошаровий індекс проліферації за Ki-67 в епітелії пацієнтів основної (ОГ) та контрольної (КГ) груп спостереження після лікування.

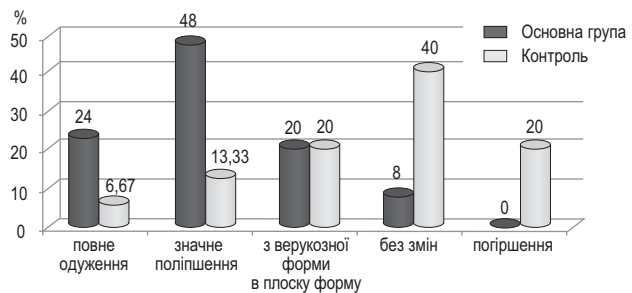


Рис. 2. Результати оцінки ефективності комплексного лікування пацієнтів контрольної (КГ) й основної (ОГ) груп через 30 днів.

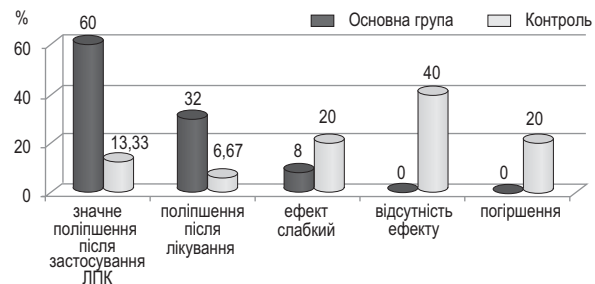


Рис. 3. Результати оцінки успішності комплексного лікування пацієнтів контрольної (КГ) й основної (ОГ) груп через 30 днів.

два (13,33%) пацієнтів контрольної групи. Вісім (32,0 %) пацієнтів основної групи помітили покращення після лікування й тільки один (6,67 %) пацієнт контрольної групи. При цьому шість (40,0 %) пацієнтів контрольної групи відзначили відсутність ефекту після лікування, у трьох (20,0 %) пацієнтів контрольної групи ефект був слабким, а у трьох (20,0 %) відзначалось погіршення, на відміну від основної групи, де тільки два (8,0 %) пацієнти відзначили слабкий ефект від лікування (рис. 3).

Отримані результати свідчать, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс має високу ефективність при лікуванні лейкоплакії слизової оболонки ротової порожнини, що дозволяє вважати перспективним подальше впровадження даного лікувально-профілактичного комплексу у стоматологічну практику.

### Висновки

При різних морфологічних варіантах лейкоплакії в епітеліальних клітинах багатошарового плоского епітелію слизової оболонки ротової порожнини виявлена підвищена проліферативна активність клітин з експресією у клітинних ядрах білка Ki-67.

Розроблено лікувально-профілактичний комплекс для комплексної терапії лейкоплакії слизової оболонки ротової порожнини при гістологічній будові SIN2.

Отримані результати свідчать, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс має високу ефективність при лікуванні лейкоплакії слизової оболонки ротової порожнини. Застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу підвищує клінічну ефективність лікування, забезпечує швидку позитивну

динаміку, стійку клінічну ремісію, швидку нормалізацію клініко-лабораторних показників захворювання порівняно з традиційними методами терапії. Усе це дозволяє вважати перспективним подальше впровадження даного лікувально-профілактичного комплексу у стоматологічну практику.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Дземан Н.А. Достижения и перспективы применения препарата Эрбисол в стоматологии / Журн. «Эскулап Дентист». – 2008. – № 1–2. – С. 38–43.
2. Муравьев А.А., Иванов С.Ю., Ларин С.С. Современные направления в исследовании патогенеза и разработке новых методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта // Обзор стоматология. – 2011. – № 1 (72). – С. 32–34.
3. Скородумова Л.О. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: классификация, гистопатология, методы диагностики и лечения. / Л.О. Скородумова, А.А. Мураев., Е.В. Володина, С.Ю. Иванов, Н.В. Гнучев, Г.П. Георгиев, С.С. Ларин // Вопросы онкологии. – 2013. – № 5. – С. 548–554.
4. Arduino P.G. Urban legends series: oral leukoplakia / P.G. Arduino, J. Bagan, A.K. El-Naggar, M. Carrozzo // Oral Diseases. – 2013. – Vol. 19 (7). – P. 642–659.
5. Bagan J. Proliferative verrucous leukoplakia: a concise update / J. Bagan, C. Scully, Y. Jimenez, M. Martorell // Oral Diseases. – 2010. – Vol. 16 (4). – P. 328–32.
6. Bouquot J. E., Speight P. M., Farthing P. M. Epithelial dysplasia of the oral mucosa: diagnostic problems and prognostic features // Curr Diag Pathol. – 2006. – V. 12. – P. 11–21.
7. Brandwein-Enslar M.S. Lesions of the Oral Cavity, in Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck, Saunders / Elsevier, Philadelphia, USA, p. 191–308, 2009.
8. Nagao T. Treatment of oral leukoplakia with a low-dose of beta-carotene and vitamin C supplements: A randomized controlled trial / T. Nagao, S. Warnakulasuriya, T. Nakamura, S. Kato, K. Yamamoto, H. Fukano, K. Suzuki, K. Shimozato, S. Hashimoto // International Journal of Cancer. – 2015. – Vol. 136 (7). – P. 1708–1717.
9. Parlatescu I. Oral leukoplakia – an update / Maedica (Buchar) // I. Parlatescu, C. Gheorghie, E. Coculescu, S. Tovar. – 2014. – Vol. 9 (1). – P. 88–93.
10. Starzyńska A. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population / A. Starzyńska, A. Pawłowska, D. Renkielska, I. Michajłowski, M. Sobjanek, I. Błażewicz // Postępy Dermatologii i Alergologii. – 2014. – Vol. 31 (6). – P. 341–350.
11. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management // Oral Oncol. – 2009. Apr.-May; 45 (4–5): 317–23. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.016. Epub 2008 Jul 31. (REVIEW)
12. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer // Oral Oncol. – 2009. – V. 45. – P. 309–316.

## Современный подход к лечению лейкоплакии слизистой оболочки полости рта

Ю.Г. Коленко

**Цель:** обосновать, разработать и оценить алгоритм лечения плоской и возвышенной форм лейкоплакии слизистой оболочки полости рта с гистологическим строением SIN2.

**Материалы и методы.** Были исследованы биоптаты слизистой оболочки полости рта 155-ти пациентов с лейкоплакией, в том числе 68 женщин и 87 мужчин. Возраст пациентов составил в среднем 46,6±2,63 года. У них были обнаружены различные формы лейкоплакии: плоская, возвышенная; бородавчатая и эрозивно-язвенная. Лечение: основная группа – 25 пациентов с плоской и повышенной формами лейкоплакии с гистологическим строением СОПР SIN2; контрольная группа – 10 пациентов с плоской и возвышенной формами лейкоплакии, которые лечились в соответствии с протоколами лечения (2004 г.).

**Результаты.** Проведенный анализ биопсии пациентов с лейкоплакией показал, что у пациентов с плоской формой лейкоплакии чаще гистологически наблюдается лейкоплакия без атипии – у 28 пациентов (53,85 %), у 15 (28,84 %) пациентов – SIN1 и у 9 (17,31 %) пациентов – SIN2. У пациентов с возвышенной формой лейкоплакии гистологически встречается в двух (7,14%) лейкоплакия без атипии, у 7 (25,0 %) – SIN1 и у 19 (67,86 %) – SIN2.

Разработан лечебно-профилактический комплекс для комплексной терапии плоской и возвышенной форм лейкоплакии слизистой оболочки полости рта с гистологическим строением SIN2.

**Вывод.** Полученные результаты свидетельствуют, что предложенный лечебно-профилактический комплекс обладает высокой эффективностью при лечении лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Применение разработанного лечебно-профилактического комплекса повышает клиническую эффективность лечения, обеспечивает более быструю положительную динамику, устойчивую клиническую ремиссию, быструю нормализацию клинико-лабораторных показателей заболевания по сравнению с традиционными методами терапии. Все это позволяет считать перспективным дальнейшее внедрение данного лечебно-профилактического комплекса в стоматологическую практику.

**Ключевые слова:** лейкоплакия, слизистая оболочка полости рта, биопсия, SIN2, лечебно-профилактический комплекс.

## Modern approaches to treatment of oral leukoplakia

Yu.Kolenko

**Objective:** to substantiate, develop and evaluate treatment algorithm of flat and raised form of oral leukoplakia with a histological structure SIN2.

**Materials and methods.** Biopsies of the oral mucosa of 155 patients with oral leukoplakia were studied. There were 68 women and 87 men. Patient's age was averaged 46.6±2.63 year. They had various forms of leukoplakia: a flat, raised; verrucous and erosive-ulcerous. Treatment: the main group – 25 patients with flat and raised forms of leukoplakia with the histological structure of the oral mucosa SIN2; control group – 10 patients with flat and raised forms of leukoplakia that were treated according to the treatment protocol (2004).

**Results.** The analysis of biopsies of patients with leukoplakia showed that patients with the flat form of leukoplakia often histologically observed leukoplakia without atypia – in 28 patients (53.85 %), 15 (28.84 %) patients – SIN1 and 9 (17.31 %) patients – SIN2. Patients with raised form of leukoplakia histologically occurs in two (7.14 %) leukoplakia without atypia, 7 (25.0 %) – SIN1 and 19 (67.86 %) – SIN2.

A therapeutic and preventive complex for the complex treatment of flat and raised form of oral leukoplakia with a histological structure SIN2 was developed.

**Conclusion.** The results indicate that the proposed therapeutic and preventive complex is highly effective in the treatment of oral leukoplakia. Applications developed therapeutic and prophylactic complex improves clinical effectiveness of treatment, provides a faster positive dynamics, sustained clinical remission, rapid normalization of clinical and laboratory parameters of disease in comparison with traditional methods of treatment. All of this allows us to consider the further implementation of this promising therapeutic and prophylactic complex in the dental practice.

**Key words:** leukoplakia, oral mucosa, biopsy, SIN2, therapeutic and preventive complex.