

Бляшечно-веррукозная лейкоплакия у молодой женщины с псориазом ладоней и подошв

И.Б.Трофимова^{✉1}, А.И.Ведеев², Е.И.Полторацкая¹
¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;
²Центр стоматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». 127206, Россия, Москва, ул. Вучетича, д. 9а
[✉]ibt@list.ru

Лейкоплакия полости рта является наиболее часто встречающимся предраковым состоянием у людей старше 50 лет. Развитие лейкоплакии медленное и малосимптомное. К факторам, способствующим развитию лейкоплакии, относят курение, употребление алкоголя и острой, горячей, пряной пищи. Также частое развитие лейкоплакии возможно при травматизации слизистой полости рта острыми краями зубов или плохо выполненными протезами. Приведенное клиническое наблюдение представляет определенный интерес для практических врачей из-за достаточной редкости подобного сочетания поражения слизистой полости рта и кожи. Кроме того, выявление бляшечно-веррукозной лейкоплакии в полости рта у молодой женщины с эндокринными нарушениями (ожирение 1–2-й степени) и псориазом ладоней и подошв может свидетельствовать о наличии пролиферативных процессов во внутренних органах и диктует целесообразность тщательного клинико-лабораторного обследования подобных больных.

Ключевые слова: веррукозная лейкоплакия, бляшечная лейкоплакия, предрак, ладонно-подошвенный псориаз.

Для цитирования: Трофимова И.Б., Ведеев А.И., Полторацкая Е.И. Бляшечно-веррукозная лейкоплакия у молодой женщины с псориазом ладоней и подошв. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 4: 49–50.

Plaque-verrucous leukoplakia in a young woman with psoriasis of the palms and soles

I.B.Trofimova^{✉1}, A.I.Vedeev², E.I.Poltoratskaya¹
¹A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;
²Center dentistry A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127206, Russian Federation, Moscow, ul. Vucheticha, d. 9a
[✉]ibt@list.ru

Leukoplakia of the oral cavity is the most common precancerous condition in people over 50 years. The development of leukoplakia slow and oligo-symptomatic. The factors contributing to the development of leukoplakia, include Smoking, alcohol consumption and spicy, hot, spicy food. Also frequent development of leukemia is possible when there is trauma to oral mucosa by sharp edges of teeth or poorly made dentures. Given the clinical observation is of particular interest for practitioners because of sufficient rarity of such a combination of lesions of the oral mucosa and skin. Moreover, the identification of plaque-verrucous leukoplakia in the oral cavity in young women with endocrine disorders (obesity 1-2 degrees) and psoriasis of the palms and soles may indicate the presence of proliferative processes in the internal organs and dictates the expediency of a thorough clinical and laboratory examination of these patients.

Key words: verrucous leukoplakia, patchy leukoplakia, precancerous, Palmar-plantar psoriasis.

For citation: Trofimova I.B., Vedeev A.I., Poltoratskaya E.I. Plaque-verrucous leukoplakia in a young woman with psoriasis of the palms and soles. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2017; 4: 49–50.

Лейкоплакия полости рта является наиболее часто встречающимся предраковым состоянием у пациентов старше 50 лет. Лейкоплакия диагностируется у 1% населения и в 2 раза чаще встречается у мужчин. Обычно лейкоплакия протекает малосимптомно и медленно с постепенным поражением ротовой полости. Активное курение, употребление крепких сортов алкогольных напитков, постоянный прием горячей и острой пищи, пряностей, длительный прием некоторых лекарственных препаратов, раздражение слизистой оболочки рта острыми краями зубов или коронок являются травмирующими факторами, способствующими развитию лейкоплакии [1, 2]. Наследственная предрасположенность, наличие вируса папилломы человека типа 11 и 16, гиповитаминозы, железодефицитные анемии, сахарный диабет и болезни органов желудочно-кишечного тракта являются основными эндогенными факторами в формировании лейкоплакии различной локализации, в том числе в полости рта [3].

Примерно в 10% случаев лейкоплакия слизистой оболочки полости рта малигнизируется. Потеря блеска, усиление шероховатости прогностически неблагоприятны. Локализация на языке либо неравномерность окраски поражения повышает риск озлокачествления процесса [4]. Веррукозная лейкоплакия полости рта является следствием имеющейся плоской формы лейкоплакии. Возникающая изначально веррукозная форма может быть обусловлена сильным и длительным механическим воздействием травмирующего фактора [4]. Веррукозная лейкоплакия по клиническим проявлениям классифицируется двумя формами: бородавчатой и бляшечной. В медицинской практике процент диагностирования бородав-

чатой формы заболевания во много раз превышает выявление бляшечной.

Ладонно-подошвенный псориаз встречается довольно часто. При данном псориазе отмечается утолщение эпидермиса и гиперкератоз (огрубение верхнего слоя кожи). Все это приводит к образованию мозолей, которые доставляют пациентам массу неудобств. По своему внешнему виду очаги псориаза при данной форме представляют собой бляшки овальной или круглой формы, покрытые блестящими чешуйками светлого цвета. При этом отмечается четкое разделение пораженных участков кожи от здоровых и их локализация преимущественно на подошвах и стопах. Среди общих симптомов можно отметить покраснение кожи, сухость, воспаление и боль, которые появляются в местах трещин.

Пациентка К. 35 лет обратилась в клинический центр «Челюстно-лицевой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии» клиники МГМСУ им. А.И.Евдокимова по поводу наличия неснимаемого налета на языке и неприятных ощущений в ротовой полости. Сопутствующая патология: страдает ладонно-подошвенным псориазом в течение 10 лет. Проходила курс лечения препаратом Роаккутан с положительным эффектом. Курит 1 пачку сигарет в день, имеет абдоминальное ожирение 1–2-й степени, эндокринолога посещает нерегулярно, иногда случаются погрешности в назначенной им диете.

Первые признаки лейкоплакии обнаружила самостоятельно примерно 1 год назад, когда появились неприятные ощущения на нижней поверхности языка, при самостоятельном осмотре заметила небольшое белесоватое «пятнышко», к врачам не обращалась.

Субъективно жалобы на боль, чувство сильного жжения, возникающее во время приема пищи, ощущение шероховатости и стянутости на пораженных участках.

При осмотре очаг поражения представляет бляшку серовато-белого цвета с неровными фестончатыми очертаниями и шероховатой поверхностью, слегка утолщенную, занимающую всю нижнюю поверхность языка с переходом на дно полости рта (см. рисунок).

При постановке диагноза «лейкоплакия» учитывалась возможность псориазического поражения слизистой полости рта из-за сопутствующего псориаза ладоней и подошв у пациентки. В отличие от лейкоплакии очаг поражения при псориазе представляется более рыхлым, часто окруженным тонким ободком гиперемии, повторяющим очертания псориазического элемента, отмечается синхронность появления и течения высыпаний на языке и коже.

После совместной консультации заведующим отделением терапевтической стоматологии А.И.Ведеевым и хирургом-стоматологом было принято решение о лазерной деструкции очага поражения, так как это является наиболее оптимальным решением для минимизации осложнений [5, 6]. На момент осмотра свежих псориазических высыпаний на ладонях и подошвах нет. Обращает на себя внимание выраженная сухость кистей рук.

Приведенное клиническое наблюдение представляет определенный интерес для практических врачей из-за



Очаг поражения

достаточной редкости подобного сочетания поражения слизистой полости рта и кожи. Кроме того, выявление бляшечно-веррукозной лейкоплакии в полости рта у молодой женщины с эндокринными нарушениями (ожирение 1–2-й степени) и псориазом ладоней и подошв может свидетельствовать о наличии пролиферативных процессов во внутренних органах и диктует целесообразность тщательного клинико-лабораторного обследования подобных больных.

Литература/References

1. Дементьева Е.А., Орешакова О.В., Костюченко Г.И. Роль местных факторов в развитии плоской формы лейкоплакии слизистой оболочки рта. Медицина в Кузбассе. 2009; 2: 51–2. / Dement'eva E.A., Oreshakova O.V., Kostiuhenko G.I. Rol' mestnykh faktorov v razvitii ploskoi formy leukoplakii slizistoi obolochki rta. Meditsina v Kuzbase. 2009; 2: 51–2. [in Russian]
2. Albandar JM. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. J Periodontol 2000; 71: 1874–81.
3. Цветкова-Аксамит Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. М.: Медпресс-информ, 2009; с. 40–3. / Tsvetkova-Aksamit L.A., Arutiunov S.D., Petrova L.V., Perlamutrov Ju.N. Zabolevaniia slizistoi obolochki rta i губ. М.: Medpress-inform, 2009; s. 40–3. [in Russian]
4. Анисимова И.В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога. Институт стоматологии. 2009; 45: 52–3. / Anisimova I.V. Onkologicheskaiia nastorozhennost' v praktike vracha-stomatologa. Institut stomatologii. 2009; 45: 52–3. [in Russian]
5. Евграфова А.О. Сравнительный анализ эффективности применения хирургических лазерных технологий для лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. / Evgrafova A.O. Sravnitel'nyi analiz effektivnosti primeneniia khirurgicheskikh lazernykh tekhnologii dlia lecheniia leukoplakii slizistoi obolochki polosti rta. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2014. [in Russian]
6. Azevedo LH, Galletta VC, Eduardo PC et al. Treatment of oral verrucous carcinoma with carbon dioxide laser. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65 (1): 2361–6.

Сведения об авторах

Трофимова Ирина Борисовна – д-р мед. наук, проф. каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: ibt@list.ru
Ведеев Андрей Иванович – врач-стоматолог, зав. отд-нием терапевтической стоматологии Центра стоматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова»
Полторацкая Елена Ивановна – ординатор каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: poltoračkaja@bk.ru