

А.А. Никитин,

д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ,
руководитель клиники челюстно-лицевой
хирургии

Н.З. Спиридонова,

к.м.н., врач высшей категории отделения
челюстно-лицевой хирургии

В.П. Лапшин,

к.м.н., зав. отделением челюстно-лицевой
хирургии

Н.Р. Маковеева,

клинический ординатор отделения
челюстно-лицевой хирургии

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Криодеструкция в лечении болезней слизистой оболочки полости рта

Резюме. Криовоздействие является эффективным методом лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки рта, а также рецидивов и при обширных поверхностных очагах единственно возможным методом лечения. Разработаны показания и дана оценка эффективности криохирургии при них по итогам 30-летнего опыта авторов. Полученные данные по материалам клиники подтвердили и обосновали необходимость раннего выявления и лечения предракового процесса и практическую роль в предупреждении малигнизации. Проведен анализ историй болезней 60 больных с заболеваниями облигатными предраками, находившимися на лечении в отделении ЧЛХ с 2011 по 2016 г. Целью нашей работы было усовершенствование криохирургического метода лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки при локализации патологического очага в дистальных отделах полости рта.

Ключевые слова: криохирургия, абластика, предрак, малигнизация, рецидив

Summary. Cryogenic treatment is an effective treatment of precancerous diseases of the oral mucosa, as well as recurrence and extensive superficial foci only possible method of treatment. Indications and evaluate the effectiveness of cryosurgery with them on the basis of 30 years of experience of the authors. The findings based on the clinic confirmed and substantiated the need for early detection and treatment of precancerous process and practical role in preventing malignancy. The analysis of patient case histories of 60 obligate precancer diseases, were treated at the Department of Maxillofacial Surgery from 2011 by 2016. The aim of our work was to improve the cryosurgical treatment of precancerous diseases of mucosal localization of the foci in the distal parts of the oral cavity.

Key words: cryosurgery, ablactics, precancer, malignancy, relapse

Проблема профилактики и лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки остается одной из ведущих в современной медицине. Рак красной каймы и слизистой оболочки рта составляет 42% всех злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, в 61,5–86% им предшествуют предраки (ККГ – 92%, предрак языка – 40–79%, лейкоплакия – 11,8%, хейлит – 16%, папиллома – 9,4%). Раннее выявление и радикальное лечение предраков предупреждает их малигнизацию. Для лечения этих поражений предложено множество методов и средств – химиотерапия, рентгенотерапия, иссечение элементов поражения, лазерное воздействие, диатермокоагуляция и т.д.

Недостатки традиционных методов лечения – резистентность к лучевой терапии, травматичность хирургических вмешательств, требующая иногда пластического замещения дефекта и общего обезболивания, удлинение

сроков заживления, образование деформирующих рубцов, которые являются очагом рецидива и нарушают защитную функцию слизистой оболочки. При этом часто наблюдается ряд осложнений, таких как кровотечение в момент проведения процедуры либо при отторжении струпа, аллергические реакции на анестетик и др.

Во многих отраслях медицины, в том числе и в стоматологии, для разрушения опухолевидных и предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ (Мавляков А.Н., 1969; Никитин В.А., 1971; Балон Л.Р., 1974; Балиева И.Л., 1974, и др.) широко используют низкие температуры (–150–196°C) [1].

Преимущества криохирургии – безболезненность, локальность, бескровность, хорошая толерантность больных к этому методу, отсутствие генерализации инфекции, заживление без грубых рубцов, деформаций и дефектов, не вызывает тяжелых расстройств общего

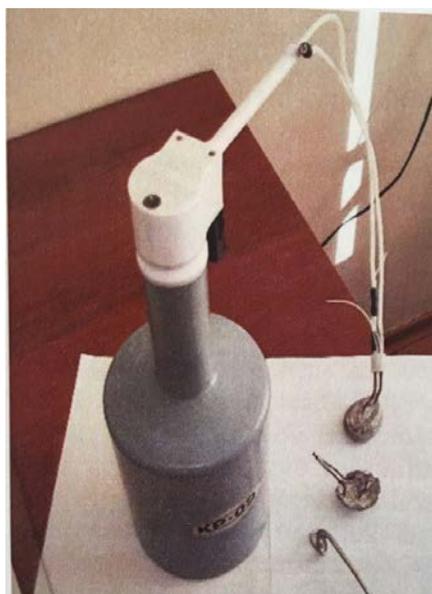


Рис. 1. КРИО-05



Рис. 2. КРИО-05 в работе

состояния, щадящий метод. Кроме того, отмечен иммунологический эффект криогенного воздействия при медленной криогенной деструкции в отличие от быстрой при лучевой, лазерной, ДК, когда антигенная субстанция опухоли не полностью разрушается и в плазме крови появляются антитела к опухолевой ткани. Криодеструкция оказывает антибактериальное воздействие и вызывает органотипическое заживление послеоперационной раны.

Однако применение этого типа наконечников неприемлемо для деструкции в труднодоступных локализациях рта — короткая жесткая канюля, отсутствие возможности свободного доступа и манипулирования в области очага поражения в дистальных отделах полости рта и создания плотного контакта, затруднение визуального наблюдения за ходом процесса в здоровых окружающих тканях, влажная постоянная среда, намерзающий лед снижают скорость понижения температуры в очаге — все это делает процесс неэффективным [2].

Наши исследования были направлены на изыскание путей повышения эффективности криохирургических операций при лечении предраковых заболеваний слизистой оболочки рта, максимально щадящее отношение к тканям с сохранением и восстановлением их структуры, обоснование и усовершенствование методик криогенного лечения.

Наши экспериментально-морфологические исследования показали высокую эффективность разработанных совместно с инженерами индивидуальных наконечников, применяемых к модернизированному автономному криоаппарату КРИО-05 (ВНИИМТ, Москва; рис. 1, 2) на гибком шланге. Хороший доступ к патологической ткани в дистальных отделах полости рта, плотный контакт с ее поверхностью позволяют сохранить скорость охлаждения и соответственно оптимальный эффект.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 1993 по 2013 г. было проведено 248 криохирургических вмешательств у больных с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ по разработанной нами совместно с инженерами методике, прослежены ближайшие и отдаленные результаты — у 31 больного были очаги различных форм лейкоплакии, у 18 человек — очаги красного плоского лишая, у 10 — хейлит, у 2 — бородавчатый предрак, у 3 — очаговый гиперкератоз, у 5 — болезнь Боуэна, у 2 — кожный рог, у 4 — кератоакантома, у 13 — различные формы факультативного предрака.

Возраст больных от 30 до 89 лет, причем 56,3% были старше 48 лет.

Разработанный метод был применен у 60 больных, страдающих различными формами факультативных и облигатных предраков слизистой оболочки рта и губ. Мужчин было 32 (54%) человека, женщин — 28 (46%). Превалировала по частоте поражения возрастная группа старше 40 лет.

Проведен анализ 60 больных с заболеваниями облигатными предраками, находившимися на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с 2011 по 2016 г. (табл. 1, 2) [7].

Наибольшая длительность заболевания — от нескольких месяцев до 23 лет. У больных с хейлитом Манганотти — 15—55 лет, с красным плоским лишаем — 1 год. Большинство больных обратились в клинику после безуспешной терапии в районных лечебных учреждениях, где они получали различные виды консервативной терапии (эпителизирующая и гормональные препараты, физиолечение, полоскания и др., а также хирургическое лечение и рентгенотерапию). Клинические проявления, распространенность поражения, локализация и характер

Таблица 1. Локализация пациентов

Населенный пункт	Пациенты
Балашиха	3
Дмитров	7
Домодедов	4
Люберцы	13
Мытищи	5
Наро-Фоминск	7
Подольск	10
Химки	11

Таблица 2. Гистологически подтвержденные диагнозы

Заболевание	Пациенты
КПЛ	10
Кератоакантома	3
Лейкоплакия	21
Гиперкератоз	4
Веррукозная карцинома	4
Плоскоклеточный рак	12
Хейлит Манганотти	6

очагов поражения варьировали, они были различной формы, глубины. Для уточнения диагноза и планирования метода лечения проводили дополнительные исследования, в частности цитологическое и гистохимическое исследования, ПЦР, санация полости рта, иммуногистохимия, обследование на дисбактериоз, кандидоз и др. Санация и лечение этих очагов инфекции способствовали оптимизации диагностики и выбору возможного метода лечения. Часть больных — 11 человек, поступили с рецидивами после безуспешной комплексной и комбинированной терапии, хирургического или лучевого лечения в онкологических учреждениях.

Результаты лечения оценивали в ближайшие и отдаленные сроки.

При небольшой площади и плоском очаге поражения криовоздействие производили методом криораспыления однократно. До образования «ледяной корки» под визуальным контролем, ориентируя струю криоагента от периферии в центр очага. При труднодоступных локализациях для исключения повреждения окружающих здоровых тканей струей жидкого азота изолировали их турундами, пропитанными криопротектором или направляли струю жидкого азота через фторопластовый тубус. Если площадь поражения была больше, количество циклов замораживания—отогрева увеличивали до 2—3 раз с нескольких полей, перекрывающих друг друга, соответственно зоне распространения процесса, отступая от видимых границ поражения 0,5 см или проводили отсроченные циклы замораживания—отогрева с интервалами 3—4 дня. Отогрев был самопроизвольный. Для предупреждения распространения патологического процесса лечение всегда целесообразно начинать с его периферии. При локализации процесса на слизистой альвеолярного отростка челюстей с распространением в прилежащую слизистую применяли комбинацию двух способов: контактного (наконечником, изготовленным по форме альвеолярного отростка) и криораспыления на очаг в мягких тканях. Общее время криовоздействия в одном сеансе удлинялось до 2—3 мин.

Если очаг поражения выступал над уровнем окружающих тканей, целесообразнее было применение контактного способа. При работе контактным способом мы применяли индивидуальный криозонд на гибком шланге, что позволяло свободно манипулировать в полости рта, обеспечивая доступ в дистальные его отделы — корню языка, на язычную и небную поверхности альвеолярных отростков, мягкому и твердому небу, боковой стенке ротоглотки и др. После проведения аппликационной или инфильтрационной анестезии местными анестетиками начинали процесс замораживания с основания элемента поражения.

Для подтверждения клинического диагноза после первого цикла замораживания (с целью абластики, так как блокированная льдом замороженная ткань препятствует обсеменению в отличие от хирургической методики биопсии) производили иссечение участка патологического образования для гистологического исследования и продолжали циклы

замораживания — отогрева, добиваясь одновременного промораживания всего объема патологической ткани с распространением на 0,3 см в пределы здоровой ткани.

Основные параметры криовоздействия являются базовыми и, исходя из реальной ситуации, могут быть скорректированы в ту или иную сторону, но площадь однократного воздействия не должна быть более 10 см², так как процесс эпителизации при большей площади замедляется.

С прекращением подачи хладагента и отогревом зоны замораживания очаги патологической слизистой принимают вначале первоначальный вид. Через несколько часов местная реакция в зоне криовоздействия проявляется отеком, гиперемией, образованием пузырей с прозрачным содержимым, окруженным узким венчиком гиперемированной слизистой оболочки. На 2—5-й день пузыри вскрываются, отек уменьшается, и на месте поражения формируется поверхностный некроз и четкая зона демаркации. Через 7—10 дней после отторжения некроза раневая поверхность эпителизируется с образованием мягкого блестящего рубца, не деформирующего окружающую здоровую слизистую оболочку.

При лечении облигатных предраков результаты лечения были не столь утешительны, особенно при локализации на боковой поверхности языка (10 человек) и слизистой альвеолярного отростка и дна полости рта (8 человек), верхней и нижней губы (7 человек), чаще всего это были веррукозная карцинома, высокодифференцированный рак, эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая [10—12].

ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Клинически различают две формы лейкоплакии — плоскую и веррукозную (бляшечную, бородавчатую, эрозивную как осложнение предыдущих форм). В основе этого заболевания лежит процесс усиленного ороговения эпителия (гиперкератоз).

Плоская лейкоплакия — лейкоплакические бляшки располагаются на различных участках слизистой — по линии смыкания зубов, на передней и средней частях спинки языка, на боковых поверхностях языка, в области углов рта. Отмечено появление бляшек на тех участках слизистой щек и губ, которые соприкасаются с металлическими зубными протезами, пломбами. Иногда очаг может примыкать к красной кайме губ, в некоторых случаях распространяется вглубь по линии смыкания зубов. Эта форма лейкоплакии часто случайно обнаруживается при исследовании полости рта без каких-либо жалоб со стороны больного. Очаг поражения представляется не резко ограниченными границами.

Веррукозная форма лейкоплакии диагностирована у 30 больных. Нередко она располагалась на фоне плоской лейкоплакии, возвышаясь над плоскими очагами на 2—3 мм в виде бугристых напластований роговых масс, определяемых на ощупь. Это факультативный предрак с высокой (15—30%) степенью озлокачествления. Особенно опасна веррукозная лейкоплакия при

локализации на слизистой оболочке дна рта и боковой поверхности языка.

В отделении находился 31 человек с диагнозом «веррукозная лейкоплакия» различной локализации: язык (14 человек), нижняя губа (4 человека), слизистая оболочка дна рта (13 человек). Давность заболевания от 1,5 до 17 месяцев. После проведенного гистологического исследования диагноз «лейкоплакия» подтвердился у 20 человек, у 4 человек — плоскоклеточный рак, у 2 — веррукозная карцинома, у 4 — гиперкератоз и у 1 — КПЛ, т.е. у 6 больных — первично выявленные в условиях стационара очаги малигнизации веррукозной лейкоплакии после гистологического исследования. Из анамнеза эти больные получали консервативную терапию по месту жительства в сроки от 4 месяцев до 2 лет без положительной динамики.

Два человека с давностью заболевания 17 и 20 лет, с подтвержденным гистологическим рецидивом, поступили после проведенного в указанные выше сроки радикального лечения по поводу плоскоклеточного рака, возникшего на фоне веррукозной лейкоплакии. На эти рецидивы было проведено криовоздействие, и при дальнейшем динамическом наблюдении в течение 3 лет рецидив не наблюдается.

Таким образом, у 31 больного с диагнозом «веррукозная лейкоплакия» в 20 случаях удалось ликвидировать патологический очаг на слизистой оболочке боковой поверхности языка, не доводя его до малигнизации. У 6 больных с давностью существования процесса на слизистой рта от 3 до 30 лет был гистологически верифицирован высокодифференцированный рак, который потребовал проведения радикального лечения. Установлено, что не всегда при первичном, даже гистологическом, исследовании патологического очага результат бывает информативен.

Более успешным лечение лейкоплакии было у больных после установления сопутствующей патологии при обследовании на ПЦР, иммунологический статус, дисбактериоз. Проведены санация полости рта и соответственно повторное гистологическое и иммуногистохимическое исследование с подтверждением диагноза. Выявление этого сопутствующего фактора и устранение его способствовало более точному установлению диагноза и оптимизации лечения.

При анализе отдаленных результатов в сроки от 1 до 5 лет выявлены рецидивы веррукозной лейкоплакии, возникшие у одной женщины, имеющей обширный (3,1×1,0 см) очаг поражения на боковой поверхности языка, рецидив плоской лейкоплакии выявлен через 2,5 года в виде ограниченного очага до 1,0 см. У другого мужчины, который наблюдался по месту

жительства с эрозивно-язвенной формой лейкоплакии подъязычной области размером 3×3 см в течение 6 лет, рецидив возник через 3 года [5].

В качестве примера перерождения веррукозной лейкоплакии в карциному на фоне длительно существующей плоской формы приводим выписку из истории болезни.

Клинический случай 1

Больная М., 47 лет, обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие белесоватых бугристых разрастаний на слизистой дна полости рта, чувство жжения, стягивания, сухости. Больной считает себя в течение 10 лет. Обращалась к врачу-стоматологу по месту жительства, лечилась аппликациями различных препаратов без улучшения. В связи с прогрессированием процесса получила курс лучевой терапии с временным улучшением. При поступлении в отделение: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, слизистая оболочка в области дна полости рта и в подъязычной области с обеих сторон серовато-белого цвета, на фоне которого определяются бугристые очаги гиперкератоза, как бы прорезанные складками в виде «бульжной мостовой» [8].

Предварительное цитологическое обследование с места жительства — веррукозная лейкоплакия слизистой дна полости рта.

Лечение: больная обследована клинико-лабораторно, проведена санация полости рта, назначен комплекс витаминов. 19.06.2007 — очаги веррукозной лейкоплакии подвергнуты криодеструкции контактным методом по нашей методике: зона замораживания, отступя от границ выступающих очагов, — 0,5 см, 3 циклами замораживания—отогрева с интервалом на самостоятельный отогрев (рис. 3). Для уточнения диагноза после первого цикла замораживания произведена биопсия. Через двое суток после криовоздействия

очаги крионекроза были четко отграничены от здоровых тканей, под толстой некротической пленкой, как бы приподнятые над своим основанием (рис. 4). Через трое суток отмечено отторжение некротических участков гиперкератоза, на месте которых возникали гранулирующие раневые поверхности. 28.06.07 — раневые поверхности полностью очистились от некроза и заэпителизировались.

Результат гистологии от 19.06.07 — веррукозная карцинома, развившаяся на фоне лейкоплакии (неинвазивный процесс, поверхностно распространяющийся, низкой степени злокачественности). Больная наблюдается в течение 5 лет без рецидива.



КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Хроническое заболевание, которое проявляется на слизистой оболочке рта образованием ороговевших папул, которые группируются в виде линий, полосок, сеток, кружевных рисунков, соединяющихся между собой кератинизированными мостиками. Вершущи ороговевших папул имеют синеватый отлив (в отличие от бляшек при лейкоплакии). У некоторых больных на фоне папул образуются пузыри, эрозии, присоединяется вторичная инфекция.

Наиболее мучительными для больных являются эрозивно-язвенные формы. Они отличаются болезненностью, особенно при приеме пищи, чаще им сопутствуют воспалительные процессы. Поэтому лечение направлено на ликвидацию воспалительных явлений и репаративный процесс. Если консервативное лечение неэффективно, несмотря на комплекс лечебных мероприятий, мы проводили вместе с ним криотерапию.

Гиперкератотическая, веррукозная и эрозивно-язвенная формы КПЛ являются факультативным предраком, озлокачествление отмечено в 0,8–12,3% случаев. У женщин КПЛ наблюдался в 2,5 раз чаще, чем у мужчин.

Показаниями к криодеструкции при КПЛ мы считаем:

- бородавчатые формы;
- гнездное скопление папул;
- стойкое течение, неэффективность комплексной консервативной терапии;
- эрозивно-язвенные неэпителизирующиеся формы;
- трудно дифференцируемые, с веррукозными формами.

Всего в отделении находилось 18 человек, которые поступили после безуспешного консервативного лечения по месту жительства с различными первичными диагнозами. Так, 2 человека наблюдались и получали безуспешную консервативную терапию в течение двух лет по поводу красного плоского лишая в виде аппликаций brill. green.

По результатам гистологических исследований в отделении диагностированы гиперкератотическая и экссудативно-гиперемическая формы КПЛ низкой степени злокачественности у 8 человек, которым была проведена криодеструкция (наблюдаются 4 года без рецидивов), одному больному с диагнозом экссудативно-гиперемическая форма КПЛ проведен курс лазерной терапии после снятия воспалительных явлений, наблюдается с целью предупреждения перехода типичной формы в более агрессивную, так как у пациента 70 лет имеются многочисленные факторы риска (сахарный диабет, гальванизм и т.д.), в течение года без рецидива, веррукозная карцинома — у 2 человек, плоскоклеточный рак — у 6, веррукозная лейкоплакия — у 1, кератоакантома — у 1 человека.

После проведенного лечения все больные отмечали временное улучшение своего состояния, но при всех формах КПЛ на слизистой оболочке рта оставался папулезный рисунок, а эрозии и язвы при эрозивно-язвенной

форме полностью не эпителизировались, оставаясь под фибриновой пленкой.

В качестве примера неэффективности длительного комплексного консервативного лечения КПЛ является следующее наблюдение.

Клинический случай 2

Больная Ф., 63 лет, с 2003 г. наблюдалась по месту жительства с диагнозом «красный плоский лишай», получила консервативную терапию. Диагноз был подтвержден гистологическим исследованием.

При поступлении в отделение ЧЛХ на слизистой рта в области твердого неба преддверия верхней губы справа, во фронтальном отделе нижней губы имелись очаги веррукоза с изъязвлением в области альвеолярного отростка верхней челюсти размером 2,0×1,5 см. Больной было произведено КТ-исследование верхней челюсти (рис. 5) в предоперационном периоде с заключением: картина опухоли верхней челюсти справа с костной деструкцией, формированием ороантрального свища, вовлечением в процесс прилежащих мышечных пучков; пристеночные утолщения слизистой правой верхнечелюстной пазухи.

Больная направлена в МНИОИ им. П.А. Герцена, где выполнена операция электрохирургическая резекция верхней челюсти справа с РЧН-раневой поверхностью. Гистология — высокодифференцированный плоскоклеточный рак. Больная наблюдается по поводу остающегося папулезного рисунка на слизистой альвеолярного отростка. Патогистология (микротрепарат) показана на рис. 6.

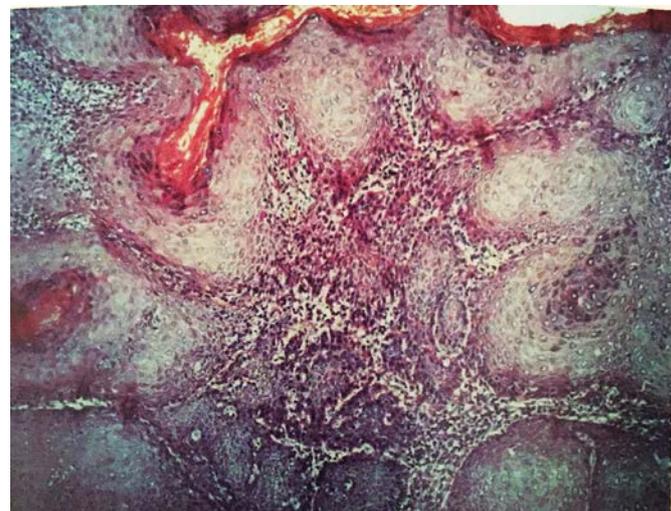
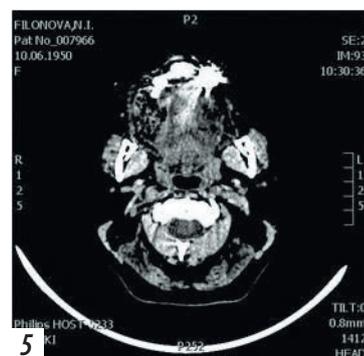


Рис. 6. Поверхностно распространяющийся высокодифференцированный плоскоклеточный рак с микроинвазией в подэпителиальную строму

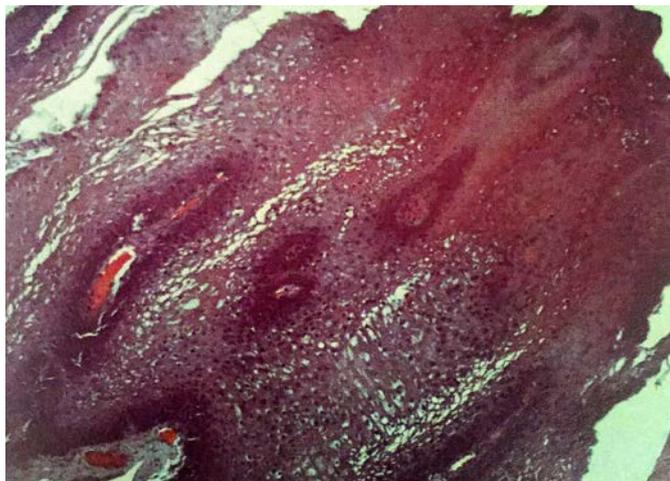


Рис. 7. Фрагмент плоскоклеточной папилломы: папилломатоз многослойного плоского эпителия



Рис. 9. Хейлит Манганотти



Рис. 8. Красный плоский лишай, гиперкератотическая форма



Рис. 10. Рак нижней губы (до и после операции)

ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ

Всего 11 человек, из которых диагноз подтвердился у 6 человек, у 2 — кератоакантома, у 2 — плоскоклеточный рак. Давность заболевания — от 1 месяца до 10 лет, локализация — нижняя губа.

Малигнизация у 3 человек: у одного человека в анамнезе — многолетняя длительная травма, проведен курс лучевой терапии с последующей резекцией и пластикой нижней губы по методу Шимановского; другая больная в течение 5 лет получила 2 цикла лазерной деструкции с кратностью рецидива через год.

Поступила с третьим рецидивом и подтвержденным гистологическим исследованием диагнозом «веррукозная карцинома». Процесс активно прогрессировал и распространился на $\frac{2}{3}$ красной каймы. Проведено хирургическое иссечение очага после курса лучевой терапии, наблюдается в динамике.

Остальным больным проведена фотодинамическая терапия и криодеструкция, наблюдаются в течение 5 лет, без рецидивов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных подтверждает необходимость осуществления регулярных профилактических осмотров стоматологами, чтобы выявить в ранние сроки злокачественное превращение предракового процесса и начать своевременное лечение.

Наш опыт позволил уточнить показания к криодеструкции: как самостоятельный метод

Таблица 3. Анализ полученных данных

Диагноз при поступлении	Результат гистологического исследования						
	Веррукозная лейкоплакия	КПЛ	Плоскоклеточный рак	Веррукозная карцинома	Кератоакантома	Гиперкератоз	Хейлит Манганотти
Веррукозная лейкоплакия (31 человек)	20	1	4	2	—	4	—
КПЛ (18 человек)	1	9	6	2	1	—	—
Хейлит Манганотти (11 человек)	—	—	2	—	2	—	6

лечения — факультативные и облигатные предраки слизистой оболочки полости рта: лейкоплакии — 218, красный плоский лишай — 35, кожный рог — 25, папилломатозные разрастания на слизистой оболочке — 23, доброкачественные образования типа фиброматозных и гипертрофических гиперплазий — 26, ограниченные ангиоматозы — 20 больных; как паллиативный метод при неоперабельных злокачественных образованиях или в составе комбинированного или комплексного лечения при распространенных злокачественных процессах в полости рта [6].

Методика криодеструкции зависит от того, на каком фоне она возникла. Известно, что злокачественные клетки более чувствительны к холодовому повреждению (по А.И. Пачесу, злокачественные опухоли имеют в 4 раза больше влаги в содержании).

Пролиферативный же процесс, роговой, гиперкератотический, обладающий низкой теплопроводностью, понижает скорость замораживания и соответственно его эффективность. В случае бородавчатой формы, выступающей над уровнем здоровых тканей, экспозиции и число циклов увеличиваются. На фоне гиперкератозных очагов пузыри не возникают.

После первого цикла замораживания абластично производили биопсию. Данные биопсии определяли дальнейшую тактику ведения больного. В случае подтверждения малигнизации процесса назначалась комбинированная терапия. На первом этапе — лучевая терапия в половинной дозе на первичный очаг. На втором этапе — криодеструкция с последующим контрольным гистологическим исследованием.

При показаниях продолжали криовоздействие на остаточный очаг с предварительной перевязкой НСА

или проводили радикальное хирургическое вмешательство с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи [9].

Проведение криовоздействия на рецидив после лечения (11 человек):

- КПЛ — 2
- Веррукозная лейкоплакия — 1
- Хейлит Манганотти — 2
- Эпидермоидный рак — 3
- Плоскоклеточный рак — 3

Проведение криовоздействия на первичный очаг (31 человек):

- КПЛ — 5 (1 — без эффекта)
- Веррукозная лейкоплакия — 14 (2 — без эффекта)
- Эпидермоидный рак — 3
- Плоскоклеточный рак — 3
- Веррукозная карцинома — 3
- Гиперкератоз — 3

ВЫВОДЫ

1. Криовоздействие является эффективным методом лечения веррукозной, эрозивно-язвенной форм лейкоплакии, а при обширных поверхностных очагах на слизистой оболочке единственно возможным методом лечения.
2. Рецидивы лейкоплакии, возникающие в отдаленные сроки после радикального лечения, имеют ограниченный характер и более доброкачественную форму, поэтому криовоздействие было эффективным.
3. Эффективность лечения зависит от давности существования процесса, его распространенности, локализации, глубины поражения и от гистологической степени злокачественности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Балиева И.Л., Антипова З.П.** Структурные изменения в тканях слизистой оболочки полости рта крыс после криовоздействия. — *Стоматология*. — 1976; 5 (55): 7—10.
2. **Веркин Б.И., Никитин В.А. и др.** Криохирургия в стоматологии. — Харьков, 1978. — 30 с.
3. **Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И.** Кератозы слизистой оболочки полости рта и губ. — Киев: Здоровье, 1979. — 240 с.
4. **Машкиллейсон А.Л.** Анализ случаев абразивного преанцироматозного хейлита Манганотти. — *Стоматология*. — 1984; 10: 32—40.
5. **Светицкий А.П., Светицкий П.В.** Криодеструкция как метод выбора при лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии полости рта у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями. — В сб. «Новое в практической криологии». — М., 2005. — С. 46.
6. **Таболитовская Т.Д. и др.** Криодеструкция рака нижней губы. — В сб. «Новое в практической медицинской криологии». — М., 2005. — С. 27.
7. **Филюрин М.Д.** Проблемы организации помощи больным с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. — *Стоматология*. — 2001; 2 (80): 54—7.

8. **Хацкевич Г.А., Калманович А.М., Новицкая Т.Е.** Опыт применения криодеструкции при лечении предопухолевых заболеваний и опухолей слизистой оболочки полости рта. — *Стоматология*. — 1987; 1 (66): 51-3.

9. **Шенталь В.В., Панин М.Г., Лобачев В.Л. и др.** Комплексный метод лечения больных раком слизистой оболочки полости рта. — В сб. «Передовые технологии лечения на стыке веков». — М., 2000. — С. 78.

10. **Yeh C.-J.** Treatment of verrucosus hyperplasia and verrucosus carcinoma by shave excision and simple cryosurgery. — *Int J Oral and Maxillofacial Surgery*. — 2003; 32 (3): 280—3.

11. **Passler J., Herzog C.** 10-years experience of cryosurgery in the maxillofacial area. — *Zahn Mund Kieferheilkol Zentralbl.* — 1989; 77 (1): 34—9.

12. **Pogler M.A.** Application of laser and cryosurgery in oral and maxillofacial surgery. — University of California at San Francisco, School of dentistry.