

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

(по данным ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА)

Введение

Многие формы заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ (ККГ) отличаются хроническим рецидивирующим течением, протекают с выраженной клинической симптоматикой, могут провоцировать развитие системных заболеваний (СЗ), и приводить к снижению стоматологических показателей качества жизни [2, 3].

По данным второго национального стоматологического эпидиобследования, у взрослого населения РФ [6] определены относительно низкие показатели распространенности заболеваний СОПР (стоматит – 4,68%, лейкоплакия – 2,10%, красный плоский лишай – 0,48%). Однако учет признаков патологии СОПР проводился лишь на основе данных визуального осмотра, без проведения экспертами многоуровневой диагностики, определения клинической формы и тяжести заболевания.

Многие хронические заболевания СОПР обладают высоким онкогенным потенциалом и могут озлокачиваться [4]. По данным специалистов [5], на долю онкологических заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) приходилось 2,4% от числа всех злокачественных новообразований (ЗН) у населения РФ, а «грубый» и стандартизованный показатели смертности от ЗН ЧЛО (губа, язык, большие слюнные железы, другие и неуточненные части полости рта, ротоглотка) в РФ составили 8,88 и 5,64 на 100 000 населения. Аналогичные показатели по Приволжскому Федеральному округу оказались несколько выше российских и составили 9,10 и 5,62 на 100 000 населения, а в Пермском крае



Гилева О.С.

профессор, д.м.н., зав. кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, г.Пермь, ogileva@rambler.ru



Либик Т.В.

к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, libiktat@yandex.ru

Резюме

В статье представлены результаты анализа структуры, общих и местных факторов риска, особенностей клинического проявления, качества первичной диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Отмечен высокий процент диагностических ошибок и недостаточный уровень онкологической настороженности у врачей-стоматологов, необходимость внедрения новых методов ранней диагностики предраковых заболеваний СОПР.

Ключевые слова: предрак слизистой оболочки полости рта, ранняя диагностика.

PRECANCEROUS LESIONS IN STRUCTURE OF ORAL MUCOSA DISEASES (ACCORDING TO MEDICAL ADVISORY DATA)

Gileva O.S., Libik T.V., Pozdnyakova A.A., Satyukova L.Y.

The summary

The study presents the results of the research on the structure, local and systemic risk factors, peculiarities of the clinical manifestation, quality of primary diagnosis of precancerous oral mucosa lesions and red border of the lip. The high percentage of diagnostic errors and lack of oncological awareness of dentists, as well as the necessity of inclusion of precancer early detection techniques are noted.

Keywords: precancerous oral mucosa diseases, early diagnosis.

Позднякова А.А.

аспирант кафедры
пропедевтики
и физиотерапии
стоматологических
заболеваний ГБОУ ВПО
ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера,
pozdneyakovaan@rambler.ru

Сатюкова Л.Я.

аспирант кафедры
пропедевтики
и физиотерапии
стоматологических
заболеваний ГБОУ ВПО
ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера,
lina-dent@mail.ru

– 8,24 и 5,13 соответственно. Большой процент выявления ЗН ЧЛЮ в III и IV стадиях свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности у врачей-стоматологов. Ранняя диагностика предраковых заболеваний ЧЛЮ должна стать неотъемлемой частью терапевтических и стоматологических осмотров.

Анализ распространенности и клинической структуры предраковых заболеваний полости рта (ПР) у населения конкретного региона РФ позволит идентифицировать потребности в оказании специализированной стоматологической помощи, определять первостепенные задачи по повышению качества диагностики и лечения больных этого профиля. С учетом этого, по данным специализированного пятилетнего лечебно-консультативного приема, проведено проспективное клиническое исследование по оценке распространенности, структуры, факторов риска и особенностей клинического проявления предраковых заболеваний СОПР и ККГ у жителей г. Перми и Пермского края, проанализированы возможности повышения качества их первичной диагностики на примере стоматологических учреждений Пермского края.

Материалы и методы исследования

В период с 2007 по 2012 гг. на базе кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний и I поликлинического отделения стоматологической клиники ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера проведено комплексное стоматоло-

гическое обследование и лечение 2 225 пациентов с патологией СОПР и ККГ.

Клиническое обследование СОПР проведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ (Kraemer J.R. et al., 1980). Обследование включало выяснение основных жалоб и анамнеза заболевания, объективную оценку состояния СОПР и ККГ по данным визуального, стоматоскопического (очки бинокулярные DA-3 Optivisor, США), люминесцентного (система интраоральной люминесцентной диагностики «ВизиЛайт плюс» (Zila Pharmaceutical, США) и компьютерного анализа (интраоральная камера SoproLIFE (Acteon, Франция), цито-, гисто- и микробиологических исследований. Анализировали системное здоровье по результатам обследования участкового терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога, кардиолога, иммунолога. Результаты комплексного обследования фиксировали в амбулаторной истории болезни и диспансерной карте больного с патологией СОПР «Карта диспансерного больного с патологией СОПР» (О.С.Гилева и соавт., 2008), где на схеме-топограмме кодировали основные элементы поражения по 61 топографическому коду СОПР (рис. 1).

Оценку качества первичной диагностики заболевания СОПР проводили по выкопировкам из истории болезни стоматологического больного, направлениям врачей-стоматологов и/или врачей-интернистов, данным анамнеза. Определяли уровень (I-IV) первичной диагностики заболевания (B.Bates et al., 1997), полноту формулирования клинического диагноза, отражающего все многообразие выявленных у пациента заболеваний ПР, челюстно-лицевой области и СЗ; рассчитывали процент недообследованных пациентов, случаев гипердиагностики, прямых диагностических ошибок. Результаты исследования обработаны

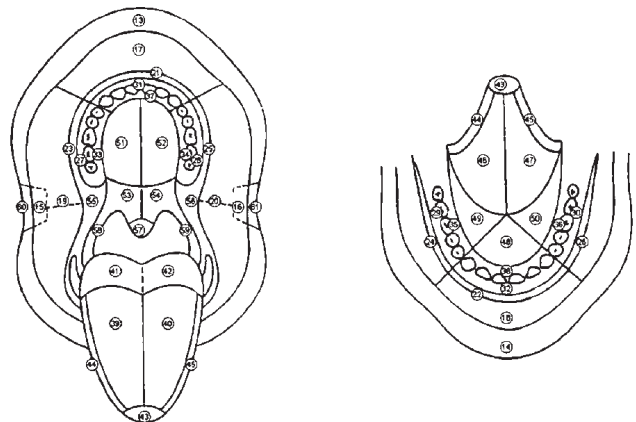


Рис. 1. Модифицированная схема-топограмма СОПР и ККГ с 61 топографическим кодом (О.С. Гилева и соавт., 2008)

методом вариационной статистики с использованием показателя ϕ по методу углового преобразования Фишера.

Результаты исследования

В когорте обследованных доминировали (84,2%) жители краевого центра, 15,8% пациентов проживали в различных районах Пермского края. На консультативный прием пациенты направлялись врачами-стоматологами муниципальных (45,5%) или частных (23,9%) стоматологических поликлиник (кабинетов) краевого центра, специалистами лечебно-профилактических учреждений различных населенных пунктов Пермского края (15,3%); самостоятельно обратились за лечебно-консультативной помощью 15,3% пациентов.

Структура и распространенность заболеваний СОПР, выявленных по итогам комплексного обследования пациентов, представлена в таб. 1. Резуль-

таты анализа свидетельствовали, что в структуре заболеваний СОПР и ККГ преобладали: красный плоский лишай (КПЛ), хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) и лейкоплакия (Л), выявленные у 31,5%, 17,5% и 15,0% пациентов, соответственно. Далее по частоте выявляемости отмечены: глоссит (11,3%), преимущественно ромбовидный; травматические язвы (8,2%), кандидозные (7,5%), папилломавирусные (2,1%) и герпетические (1,8%) поражения СОПР. Различные формы предраковых заболеваний ККГ (ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти, кожный рог, бородавчатый предрак) выявлены у 60 пациентов (2,8%). Относительно редко (по 0,1%) у больных диагностировали пузырчатку, красную волчанку, многоформную экссудативную эритему. Обращало на себя внимание относительно высокое число лиц с лекарственно-обусловленными поражениями СОПР (медикаментозный стоматит) и химиомукозитом (соответственно 0,6% и 0,7%). В соответствии с целью работы проведен углубленный анализ данных пациентов с предраковыми заболеваниями СОПР и ККГ: красный плоский лишай, лейкоплакия, ограниченный предраковый гиперкератоз и бородавчатый предрак ККГ, хейлит Манганотти, кожный рог и красная волчанка.

КПЛ СОПР чаще выявляли у женщин, чем у мужчин (55,5% и 44,5%, $p < 0,001$), преимущественно в возрасте 45-65 лет. Обращала на себя внимание относительно высокая распространенность выявления заболевания у мужчин молодого возраста (26,7% у мужчин были в возрасте до 35 лет). В структуре КПЛ доминировали деструктивные формы поражения: эрозивно-язвенная (38,6%) (рис. 2), экссудативно-гиперемическая (17,4%), гиперкератотическая (12,6%) и буллезная (7,8%),

Таблица 1
Структура и частота выявления различных форм заболеваний СОПР и ККГ
(абс. число и в % от числа обследованных)

Заболевание СОПР	Всего (от общего числа больных)	
	Абс.	%
Красный плоский лишай	701	31,5
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	389	17,5
Лейкоплакия	334	15,0
Глоссит (как самостоятельное заболевание)	251	11,3
Травматические поражения (травматическая язва)	181	8,2
Кандидоз	167	7,5
Папилломавирусная инфекция	46	2,1
Герпетический стоматит	40	1,8
Ограниченный предраковый гиперкератоз	17	0,8
Бородавчатый предрак ККГ	17	0,8
Злокачественная опухоль	15	0,7
Химиомукозит	15	0,7
Хейлит Манганотти	13	0,6
Кожный рог	13	0,6
Медикаментозный стоматит	13	0,6
Многоформная экссудативная эритема	4	0,1
Пузырчатка	5	0,1
Красная волчанка	4	0,1
Итого:	2225	100

* Примечание: серый цвет – факультативные и облигатные предраковые заболевания СОПР, красный цвет – онкологическая патология ЧЛО.



Рис. 2. Эрозивно-язвенная форма КПЛ
(эрозии и бляшки по ТК ВОЗ 39-42)

причем большая половина (51,2%) всех случаев КПЛ СОПР относилась к факультативным предракам ПР. Показательно, что в 23,6% случаев на консультацию направлялись пациенты с типичной формой КПЛ, выявление которой со всей очевидностью не должно вызывать диагностических затруднений у врача-стоматолога. У 64,7% больных определялось тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение заболевания с наличием выраженного отечно-болевого (90,5%), сенсорно-парестетического (72,3%), ксеростомического (80,3%) и дисгеузического (58,0%) симптомов, что, в целом, свидетельствовало о несовершенности используемых ранее лечебно-диагностических протоколов. Общие жалобы у всех пациентов проявлялись психовегетативным синдромом, в 32,2% случаев у них выявлялась канцерофобия. Последняя преимущественно отмечалась у пациентов с «белыми» КПЛ ассоциированными поражениями – при типичной и гиперкератотической формах КПЛ СОПР.

В подавляющем большинстве наблюдений (91,8%) тяжелое рецидивирующее течение КПЛ развивалось на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (90,1%), эндокринной (55,7%), сердечно-сосудистой (52,3%) и иммунной (22,6%) систем. Острый стресс как провоцирующий фактор в дебюте и при обострении КПЛ СОПР отметили 76,8% пациентов. Практически у всех пациентов (а большая часть из них наблюдалась у стоматолога) выявлялись несанированная ПР, а также местные и системные факторы риска: хроническая механическая травма СОПР (55,7%), раздражающее, аллергизирующее, лихенизирующее и ксерогенное действие лекарственных препаратов (19,7%) и средств гигиены ПР (16,4%). В структуре системной патологии у больных КПЛ СОПР чаще выявлялись следующие комбинации: артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) II типа и хронического холицистопанкреатита или АГ, язвенной болезни желудка, гипотиреоза. Анализ медикаментозного сопровождения этих пациентов свидетельствовал, что им длительно назначалось до 10 и более лекарственных препаратов (ЛП). По данным клинико-функциональных проб, ксеростомия II-ой ст. отмечалась у больных КПЛ с сочетанной системной патологией, длительно принимающих гипотензивные ЛП из группы блокаторов кальциевых каналов (амлодипин, дилтиазем и др.), β -адреноблокаторов (бисопролол, метопролол и др.), диуретиков (индопамид, лариста, дихлотиазид и др.), препаратов группы сульфаниламочевина II поколения (диабетон). Все пациенты, страдающие хроническими заболеваниями ЖКТ

и принимающие антацидные препараты (маалокс, альмагель), а также ингибиторы протонной помпы (омепразол и его аналоги) отмечали постоянную сухость в полости рта, а у 12,3% из них выявлялась дисгеузия – симптомы, которые купировались при снижении дозы или полной отмене препарата. Появление характерного металлического привкуса во рту выявлено у 4-х больных СД II типа на фоне приема гипогликемических препаратов группы бигуанидов (глюкофаж). У 3-х пациентов с АГ на фоне сублингвального приема нифедипина и капотена отмечали появление болезненных, долго незаживающих язв в подъязычной области. У 18,4% больных, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата и длительно принимающих противовоспалительные (ибупрофен, диклофенак), а также у лиц, принимающих по поводу артериальной гипертензии лизиноприл и метопролол, на СОПР фиксировали появление диффузной (реже очаговой) лихенизации и гиперкератоза, площадь которых прогрессивно уменьшалась при отмене ЛП. Часть пациентов (13,7%) указывали на связь между началом приема того или иного ЛП и появлением жалоб со стороны СОПР.

Особенности клинических проявлений КПЛ СОПР во многом определялись топографией элементов поражения, которые в 95,2% случаев определялись на слизистой оболочке щек (19, 20 ТК ВОЗ), в 69,0% – на языке (39-47 ТК ВОЗ), в 54,8% – на альвеолярном отростке (27-38 ТК ВОЗ) и в 42,9% случаев – на ККГ (13, 14 ТК ВОЗ). Десневая локализация элементов КПЛ по 27-38 ТК ВОЗ (от 38,1% до 54,8%) в зависимости от формы КПЛ в значительной степени усложняла дифференциальную диагностику и лечение КПЛ СОПР. Изолированные десневые формы КПЛ СОПР, протекающие без вовлечения в процесс других зон, протекали по типу десквамативного гингивита. Чаще выявляли (47,6%) генерализованные формы КПЛ, распространяющиеся на 3-4 зоны СОПР. Наличие типичных кожных проявлений КПЛ (28,6%), а также элементов КПЛ на слизистой половых органов (14,3%) в значительной степени облегчало диагностику заболевания и требовало междисциплинарный взаимодействия. Следует отметить, что только 6,7% пациентов с сочетанными кожно-слизистыми проявлениями КПЛ были обследованы и проходили лечение у дерматолога и гинеколога, тогда как 7,6% больных КПЛ СОПР были направлены на обследование и лечение к этим специалистам именно врачом-стоматологом.

К сожалению, только в 46,1% случаев первичная диагностика КПЛ СОПР соответствовала

I-му и II-му диагностическим уровням, когда направляющий больного на консультацию врач-стоматолог идентифицировал нозологическую форму заболевания СОПР или констатировал наличие ее патологии. Показательно, что прямые затруднения в постановке диагноза КПЛ СОПР были зафиксированы у 48,9% врачей-стоматологов. Самый высокий процент диагностических ошибок был зафиксирован при гиперкератотической (85,7%) и типичной (57,1%) формах КПЛ СОПР. Корректный, представленный развернуто диагноз заболевания был сформулирован только в 5,0% направлений. Низкое качество диагностики КПЛ СОПР подтверждало высокое число недообследованных пациентов (74,6%) и случаев гипердиагностики КПЛ СОПР, чаще определяемого как «рак СОПР» (9,8%).

К очевидным причинам неэффективного лечения и диагностики заболевания СОПР следует отнести отсутствие диспансерного наблюдения за больными с первично выявленным КПЛ СОПР (в 16,8% случаев).

Лейкоплакия СОПР (рис. 3), отдельные формы которой (эрозивная и веррукозная) относятся к факультативным предракам, была выявлена у 13,4% пациентов, чаще (69,0%) у курящих мужчин в возрасте 55-64 года. Чаще на консультативный прием направлялись больные с плоской (59,0%), веррукозной (29,8%) и эрозивно-язвенной (11,1%) лейкоплакией. У больных Л выявлялись следующие основные факторы риска Л: курение, особенно в сочетании с чрезмерным употреблением алкоголя (64,7%) и хроническая механическая травма СОПР (43,5%). У 74,5% пациентов Л выявлялась при наличии сопут-

ствующих СЗ: хронические заболевания ЖКТ (57,4%) и эндокринной системы (48,2%), преимущественно СД II типа. Чаще (96,2%) очаги Л определялись на слизистой щек (19, 20 ТК ВОЗ), нижней губы по 14 ТК ВОЗ (45,1%) и языка по 39-47 ТК ВОЗ (36,3%). Весьма типичным было симметричное расположение лейкоплакических очагов (чаще одиночных) на СОПР и ККГ (69,4%).

У 2,9% пациентов, направленных на консультативный прием по поводу заболеваний СОПР были выявлены конкретные формы предрака ККГ: ограниченный предраковый гиперкератоз (ОПГ), бородавчатый предрак (БП), хейлит Манганотти (ХМ) и кожный рог (КР).

ОПГ был диагностирован в 0,8% случаев, чаще (88,2%) у мужчин. В процессе обследования у больных выявлены следующие доминирующие факторы риска ОПГ: механическая травма ККГ (94,1%), курение (88,2%), продолжительное действие солнечной инсоляции (33,3%). В 100% случаев участок поражения локализовался на нижней губе, в боковых сегментах.

БП ККГ был выявлен также у 17 пациентов, чаще (82,3%) мужчин. Как и при ОПГ элементы поражения локализовались преимущественно (88,2%) на нижней губе, в боковых сегментах. Среди факторов риска БП отмечали: курение (58,8%), инфицирование вирусом папилломы человека (HPV) (по данным качественного генотипирования ДНК HPV методом ПЦР, 41,2%) и вирусом Эпштейн-Барра (HHV-4) (11,8%), а также хроническую механическую травму ККГ (35,3%).

ХМ и КР диагностировали в равном количестве случаев (по 0,6%, 13 человек). В 100% случаев



Рис. 3. Проплиферативная веррукозная лейкоплакия, эрозии и бляшки по 27, 28, 31 ТК ВОЗ



Рис. 4. Абразивный преанкерозный хейлит Манганотти, эрозия и корки по 14 ТК ВОЗ

ХМ (рис. 4) диагностировали у курящих мужчин пожилого возраста, 76,9% из которых связывали возникновение заболевания и топографию язв с рецидивами Herpes labialis, а 46,1% – с травмой (прикусыванием) участка поражения. Типичные проявления КР отмечены также в основном у лиц мужского пола (92,3%), однако преимущественно в молодом и зрелом возрасте. Среди факторов риска отмечены механическая травма и инфицирование HPV в 76,9% случаев. Следует отметить, что ни в одном из случаев ОПГ и БП лечащим врачом-стоматологом не был поставлен диагноз. Затруднения в постановке диагноза отмечены в 53,8% случаев ХМ и в 46,2% случаев КР, хотя атипичного течения указанных заболеваний в процессе комплексного обследования нами не было выявлено.

Следует отметить, что проявления красной волчанки (КВ) на ККГ зафиксированы у 4-х пациентов (0,1%), в основном женщин (75%). На гиперемизированной ККГ определяли характерные признаки перифокального гиперкератоза в виде частокола, окружающего покрытый коркой язвенный элемент, и участки линейной гипертрофии. Половина пациентов с КВ жаловались на гиперемию лица, локализирующуюся в щечно-носовой области и усиливающуюся в весенний период времени. Характерным было обострение процесса на ККГ под действием прямой солнечной инсоляции. Ни один из пациентов, страдающих КВ, не был обследован полностью, все диагнозы направивших учреждений не были корректными, соответственно этому лечение хронической патологии ККГ в течение ряда лет

проводилось неадекватно, без должной онкологической настороженности.

У 17 пациентов (0,7%) лечебно-консультативного приема были выявлены злокачественные новообразования СОПР. По результатам клинко-лабораторного обследования у 7 пациентов констатировали озлокачествление (плоскоклеточная карцинома щеки) эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР (рис. 5) и у 5 пациентов – пролиферативной веррукозной лейкоплакии СОПР (рис. 6). У 29,4% пациентов заболевание СОПР было выявлено впервые, 70,6% больных страдали КПЛ и лейкоплакией СОПР в течение 5-10 лет, наблюдались у стоматолога эпизодически, не получали систематической терапии. На консультативный прием пациентов направляли с диагнозами «красный плоский лишай СОПР», «веррукозная лейкоплакия», «язва СОПР». Ни один из пациентов не проходил необходимого комплексного обследования, лабораторной (cito- или гистологической диагностики).

Эффективность многоуровневой экспертной диагностики заболеваний СОПР, проводимой в настоящем исследовании, во многом определялась используемой методической базой. Для повышения уровня ранней диагностики предрака и рака нами широко применялись такие методы исследования как люминескопия СОПР и ККГ с помощью лампы Вуда (ОЛД-41) и хемилюминесцентной системы ViziLite Plus. Метод люминесцентной диагностики, основанный на способности ткани и клеточных элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей, позволял идентифицировать флюоресценцию: здоровой



Рис. 5. Озлокачествление эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР



Рис. 6. Озлокачествление веррукозной формы лейкоплакии

СОПР – оттенками от апельсинового до красного; «белых» поражений СОПР – беловато-желтым свечением различной интенсивности; эрозий и язв, демонстрирующих феномен гашения люминесценции (темно-коричневое окрашивание); красной волчанки — белоснежно-голубым свечением, лейкоплакии — бело-голубым свечением и т.д.

При выборе аппаратного обеспечения люминескопии ориентировались на данные исследования [7] по сравнительной оценке валидности аппаратов ОЛД-41 и ViziLite Plus при обследовании больных с патологией СОПР. Так, при обследовании 91 пациента группы риска по предраку СОПР 90,8% поражений СОПР оказались ViziLite-позитивны и лишь 75,9% – ОЛД-позитивны, в то же время 3,2% поражений СОПР не определялись клинически, но были выявлены с помощью люминескопии с применением системы ViziLite Plus. Хемилюминесцентная система ViziLite Plus показала себя как простой неинвазивный безболезненный экспресс-метод диагностики заболеваний СОПР и мониторингирования ее состояния в динамике наблюдения.

Возможности анатомо-топографической и функциональной оценки состояния СОПР, ККГ и кожи лица у обследованных больных определяли с помощью инфракрасной камеры CEDIP Silver 450M методом инфракрасной термографии (ИКТ), который находит все большее применение в современной практической онкологии [1]. Неинвазивный характер, безопасность и возможность многократного применения метода ИКТ, а также его высокая (83-90%) эффективность в онкологии указывают на перспективность его использования в целях ранней диагностики предраковых заболеваний полости рта.

Выводы

Результаты анализа полученных за 5-летний период данных указывают на широкий спектр заболеваний СОПР и высокую (49,4%) распространенность предраковых поражений полости рта в структуре профильного лечебно-консультативного приема. Высокий процент диагностических ошибок, недообследованных лиц с предраковыми заболеваниями СОПР, низкий уровень

санации полости рта, выявление большого числа местных и системных факторов риска у пациентов лечебно-консультативного приема актуализируют необходимость: повышения профессиональных компетенций стоматологов по разделу «Заболевания СОПР»; формирования онкологической настороженности в профессиональной среде стоматологов; усилении онкологической составляющей в профилактической работе врача-стоматолога; внедрения современных информационных методов ранней диагностики заболеваний СОПР; разработки и внедрения современных лечебных протоколов ведения и совершенствования системы диспансеризации больных с заболеваниями СОПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белева Н.С., Фрейнд Г.Г., Орлов О.А. и др. Междисциплинарные подходы к ранней диагностике и скринингу опухолевых и предопухолевых заболеваний // Вестник РФФИ. – 2012. – №2-3 (74-75). – С. 93-99.
2. Гилева О.С., Либик Т.В., Халилаева Е.В. и др. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – №3. – С. 6-11.
3. Гилева О.С., Халилаева Е.В., Либик Т.В. и др. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU // Уральский медицинский журнал. – 2009. – №6 (82). – С. 106-111.
4. Позднякова Т.И., Волков Е.А., Смирнова Ю.А. и др. Тенденции распространенности предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта // Образование, наука и практика в стоматологии по объединенной тематике: Стоматология и социально-значимые заболевания: Сб. тр. 10-й Всерос. Науч.-практ. конф. – СПб: «Человек», 2013. – С. 186-187.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Т.Г. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздрава России, 2013. – 289 с.
6. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М.: МГМСУ, 2009. – 225 с.
7. Gileva O., Beleva N., Gileva E. et al. A comparison of two lumenoscopic techniques for visualizing oral aesthetic lesions // Nordic-Baltic Oral Medicine meeting. Abstracts. Sweden, Malmö, 2007. – P. 22.