

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра-клиника стоматологии ИПО

# ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.

Выполнил ординатор кафедры-клиники стоматологии  
ИПО

по специальности

«стоматология ортопедическая»

Мартынчук Дмитрий Васильевич

руководитель к.м.н., доц. Тарасова Наталья Валентиновна

рецензент к.м.н. Лысенко Ольга Владимировна

Красноярск 2019

# Цель и задачи работы:

- узнать современные методы обследования и диагностики больных с облигатным предраком лица и полости рта;
- узнать современную классификацию облигатного предрака лица и полости рта;
- узнать клинические проявления облигатного предрака лица и полости рта;
- узнать основные принципы лечения облигатного предрака лица и полости рта;
- научиться проводить обследование и диагностику больных с облигатным предраком лица и полости рта.

## Актуальность.

В настоящее время установлено, что рак проявляется не сразу и почти никогда не развивается в нормальной неизмененной ткани. Возникновению рака предшествуют различные патологические процессы, которые можно назвать предраками. Знания проявлений и особенности предраковых состояний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ позволят врачу стоматологу вовремя предотвратить процесс озлокачествления.

# Предраки

- ▣ - это дистрофические, упорные, но нестойкие пролифераты, еще не ставшие определенными опухолями. Они отличаются от рака тем, что им не хватает одного или несколько признаков, совокупность которых дает право поставить диагноз рак. Предраковые изменения могут трансформироваться в рак при возникновении новых качественных изменений.

# Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

С высокой частотой озлокачествления (облигатные):

1. болезнь Боуэна

С малой частотой озлокачествления (факультативные):

1. лейкоплакия (веррукозная и эрозивная)
2. Папилломатоз,
3. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы КВ и КПЛ
4. постлучевой стоматит

# Классификация предраковых заболеваний красной каймы губ

С высокой частотой  
озлокачествления  
(облигатные):

1. Бородавчатый предрак,
2. Ограниченный предраковый гиперкератоз,
3. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

С малой частотой  
озлокачествления  
(факультативные):

1. лейкоплакия,
2. Кератоакантома,
3. Кожный рог,
4. Папиллома с ороговением
5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы КВ и КПЛ.
6. Постлучевой хейлит.

# Болезнь Боуэна.

Обладает наибольшей потенциальной злокачественностью среди предраковых заболеваний и укладывается в понятие cancer in situ.

**Распространенность.** Болеют чаще мужчины в возрасте от 40 до 70 лет.

**Локализация.** Как правило, мягкое небо, язычок и язык.

**Симптомы.** Течение бессимптомное.

## Клиническая картина.

Элемент поражения - ограниченное пятно, медленно увеличивающееся в размерах, белого цвета (по типу лейкоплакии) или застойно-красного цвета (чаще) с бархатистой, велюровой, замшевой поверхностью (фото 1-2), иногда с мелкими сосочковыми разрастаниями (фото 3); возможны вкрапления гиперкератоза в виде мелких очагов, что делает область поражения похожей на красный плоский лишай. Размеры очага от 1 см в диаметре и более.

# Клиническая картина.

Фото 1



Фото 2



Фото 3



# Гистологическая картина.

Очаг резко ограниченной пролиферации эпителия с явлениями дискератоза, выраженным полиморфизмом и атипичными митозами. Гистологически соответствует картине внутриэпителиального рака (cancer in situ). Рис.1

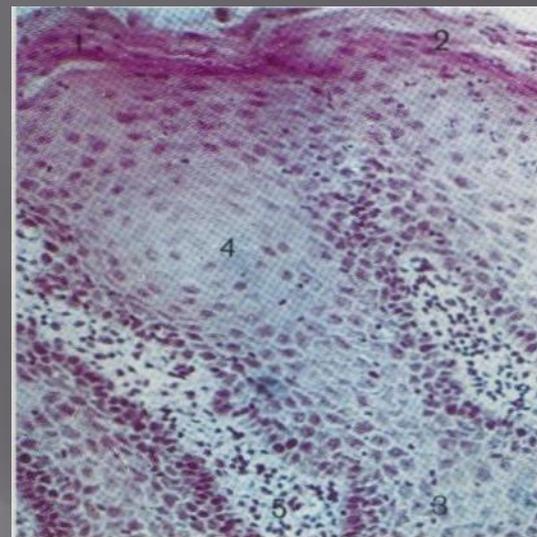


Рис. 1  
гистологическая  
картина болезни  
Боуэна.

**Диагностика.** Основывается на данных гистологического исследования.

# Лечение.

Хирургическое удаление участка поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием или лучевая терапия.

**Прогноз. Неблагоприятный.**

# Бородавчатый предрак красной каймы губы.

Самостоятельная клиническая форма предрака красной каймы губ, обладающая высокой потенциальной злокачественностью.

**Распространенность.** Встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет.

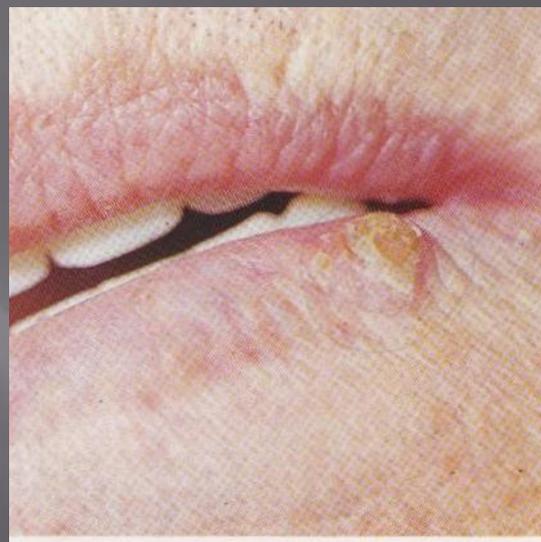
**Локализация.** Строго на красной кайме нижней губы.

**Симптомы.** Новообразование на губе.

# Клиническая картина.

Резко ограниченное, полушаровидное образование от 4 мм до 1 см в диаметре, возвышающееся над поверхностью губы, покрыто небольшими плотно сидящими серыми чешуйками, имеет плотную консистенцию, нормального или серо-красноватого цвета. Красная кайма губ в окружности образования не изменена, пальпация безболезненна. Образование напоминает бородавку. (фото 4)

Фото 4



# Гистологическая картина.

Очаг диффузной гиперплазии клеток многослойного плоского эпителия с пролиферацией клеток шиповатого и базального слоев, с формированием эпителиальных тяжей, проникающих в нижележащие слои; обнаруживается расщепление базальной мембраны. (рис. 2)



Рис. 2 Гистологическая картина бородавчатого предрака.

# Дифференциальная диагностика бородавчатого предрака.

Бородавчатый предрак следует дифференцировать с обыкновенной бородавкой, папилломой, кератоакантомой и пиогенной гранулемой.

**Лечение.** Хирургическое удаление в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

**Прогноз.** Без лечения – неблагоприятный; отличается быстрым озлокачиванием (через 1-2 мес.).

## Ограниченный предраковый гиперкератоз.

Относится к облигатным предракам.

**Распространенность.** Наблюдается у мужчин в возрасте свыше 30 лет.

**Локализация.** Обычно процесс локализуется на красной кайме нижней губы, чаще сбоку от центра.

**Симптомы.** Фиксированная одиночная «чешуйка», длительно существующая на одном месте.

## Клиническая картина.

Ограниченный, слегка запавший участок полигональной формы, размерами от 0,2 до 1-1,5 см, покрытый плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета(фото 5-6); может представляться в виде серо-желтого очага ороговелости с мелкими блестящими чешуйками(фото 7). Красная кайма губ в зоне поражения мягкая и безболезненная. Очаг поражения может существовать без изменений десятки лет.

# Клиническая картина.

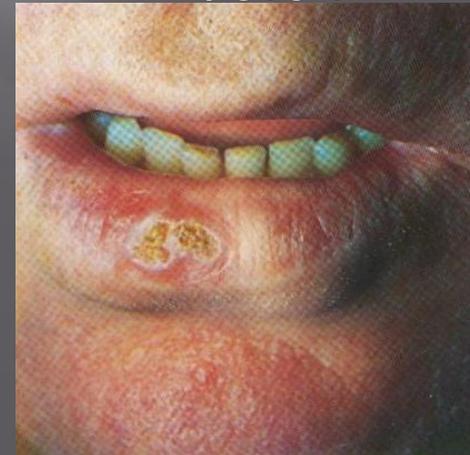
Фото 5



Фото 6



Фото 7



# Гистологическая картина.

Определяется очаговая диффузная гиперплазия клеток шиповатого и базального слоев эпителия с формированием эпителиальных тяжей, проникающих в нижележащие слои. При электронной микроскопии выявляется расщепление базальной мембраны, с нарушением трофики базальных клеток.(рис.3)



Рис. 3. Гистологическая картина ограниченного предракового гиперкератоза

## Дифференциальная диагностика.

Дифференциальную диагностику очагового гиперкератоза следует проводить с плоской лейкоплакией, с красной волчанкой, красным плоским лишаем.

**Лечение.** Хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием или лазерная коагуляция.

**Прогноз.** После лечения – благоприятный.

# Абразивный преканкротный хейлит Манганотти.

Обладает высокой потенциальной злокачественностью.

**Распространенность.** Чаще болеют мужчины после 60 лет, заядлые курильщики (28%) и лица с хроническими поражениями желудочно-кишечного тракта (38%).

**Этиология и патогенез.** Значительную роль играют возрастные трофические изменения тканей в частности нижней губы, которые особенно выражены у лиц с вторичной адентией или при разрушении передних нижних зубов. Определенное значение в патогенезе имеет гиповитаминоз А, острая и хроническая травма.

**Локализация.** Красная кайма нижней губы.

**Симптомы.** Длительно существующая эрозия на нижней губе; может иметь волнообразное течение (обострения сменяются периодами ремиссии).

## Клиническая картина.

Одиночная эрозия (чаще), неправильной формы, размером от 0,5 до 1 см в диаметре, с гладкой полированной поверхностью, может быть покрыта корками, при снятии которых может возникнуть небольшое кровотечение, в то время как легкая травматизация эрозий, лишенных корок, кровотечения обычно не вызывает. Красная кайма губы в окружности не изменена, не воспалена, не уплотнена. Эрозия может спонтанно эпителизироваться, вновь рецидивировать, чаще весной, на том же самом месте.( Фото 8-11)

# Клиническая картина.

Фото 8



Фото 9

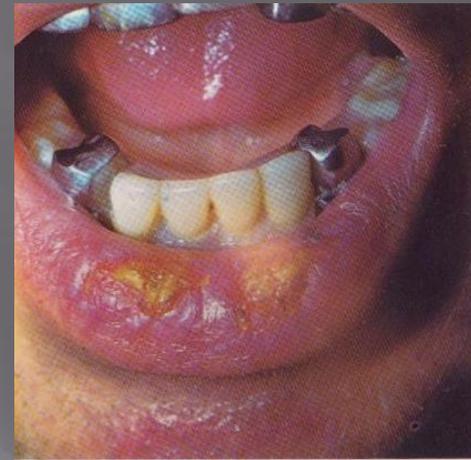
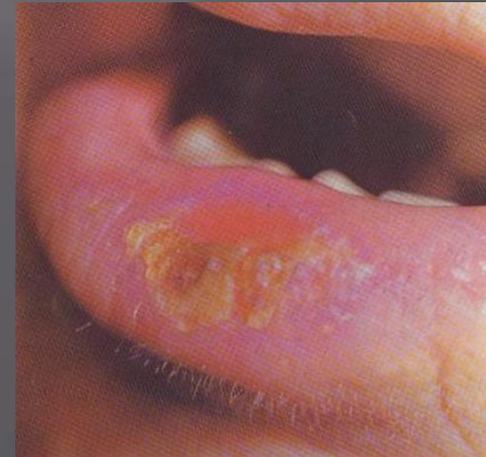


Фото 10



Фото 11



# Гистологическая картина.

В эпителии определяются дефект с сопутствующей гиперплазией клеток шиповатого и базального слоев, акантоз с наличием эпителиальных выростов в субэпителиальной зоне. (рис.4)

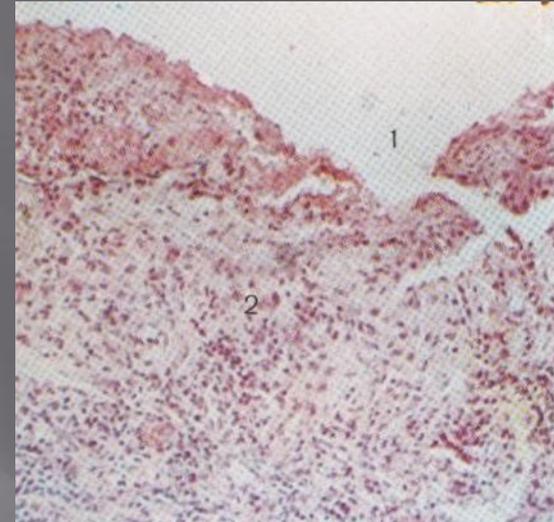


Рис. 4. Гистологическая картина хейлита Манганотти

## Дифференциальная диагностика.

Хейлит Манганотти следует дифференцировать от эрозивных форм красной волчанки, красного плоского лишая и лейкоплакии, от вульгарной пузырчатки, многоформной экссудативной эритемы и герпетической эрозии.

# Лечение.

- ▣ Кратковременная консервативная терапия (не более 2 недель).
- ▣ **Местно:**
- ▣ Средства, стимулирующие регенерацию (10% метилурациловая мазь, солкосерил или актовегин – мазь, гель, адгезивная паста).
- ▣ Мази с кортикостероидами (при наличии воспалительных явлений).
- ▣ **Внутрь:**
- ▣ Витамин А по 10 капель 3 раза в день или аевит, витамин С в лечебных дозах, витамины группы В, никотиновая кислота.
- ▣ Хирургическое удаление в пределах здоровых тканей, с последующим гистологическим исследованием, или лазерная коагуляция (если нет тенденции к заживлению).
- ▣ Лечение патологии желудочно-кишечного тракта, тщательная санация полости рта и протезирование.

# Лейкоплакия.

Хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся повышенным ороговением (гиперкератоз); развивается как ответная реакция слизистой оболочки на длительную травму, чаще химическую (курение), механическую. Способствует развитию заболевания высокий уровень свободного тестостерона в сыворотке крови.

# Лейкоплакия.

**Распространенность.** Встречается главным образом у мужчин в возрасте 40-50 лет.

**Формы.** Плоская(фото 12-15), веррукозная(фото 16-19), эрозивная(фото 20-22) лейкоплакии могут переходить одна в другую, возможно сочетание разных форм одновременно на разных участках слизистой оболочки полости рта у одного больного одновременно.

**Симптомы.** Течение бессимптомное (иногда ощущение шероховатости слизистой).

## Клиническая картина.

Ограниченный участок слизистой оболочки белого цвета, неправильной формы, не возвышающийся (плоская форма) или приподнятый над поверхностью слизистой оболочки (веррукозная форма), может иметь трещины и эрозии (эрозивная форма). Поверхность поражения шероховатая или гладкая.

**Локализация.** Обычно на слизистой оболочке губ, щек (в углах рта, по линии смыкания зубов), на языке и дне полости рта.

# Клиническая картина плоской формы лейкоплакии.

Фото 12

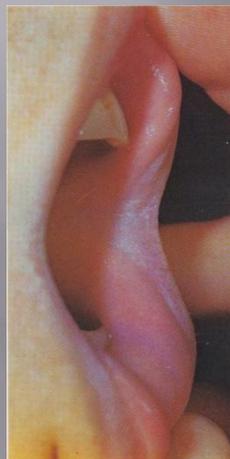


Фото 13

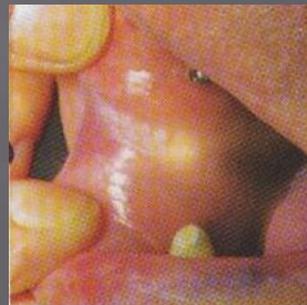


Фото 14

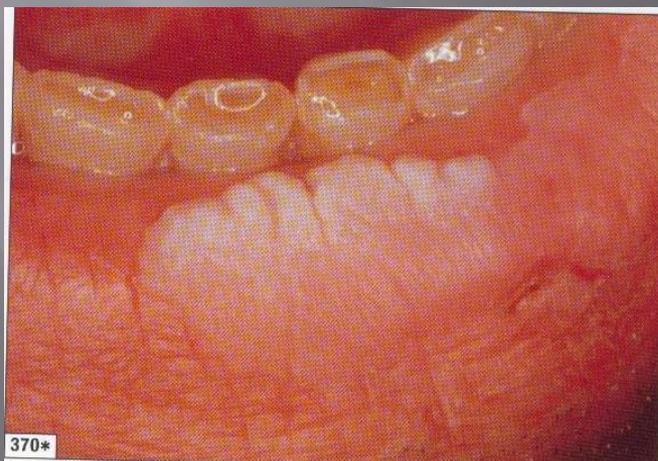


Фото 15



# Клиническая форма веррукозной лейкоплакии.

Фото 16

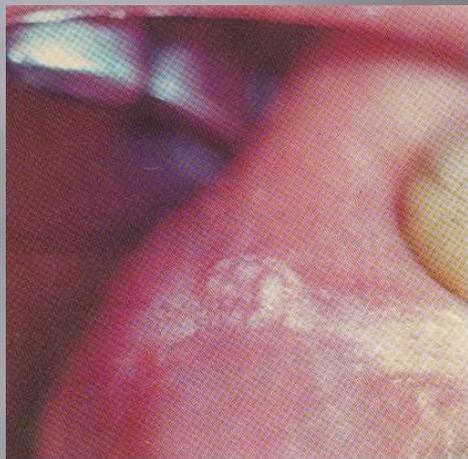


Фото 17

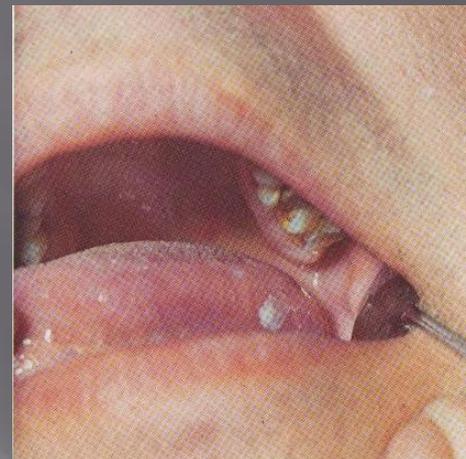


Фото 18

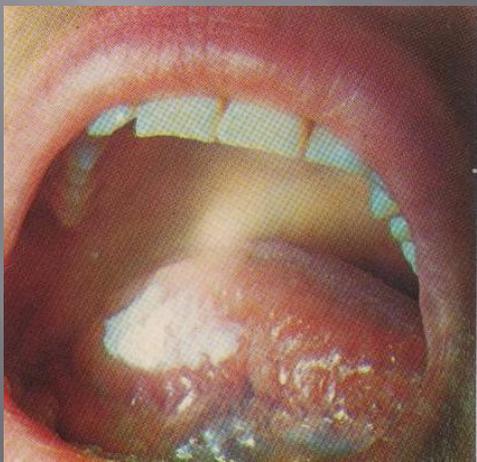


Фото 19



# Клиническая картина эрозивной формы лейкоплакии.

Фото 21

Фото 20

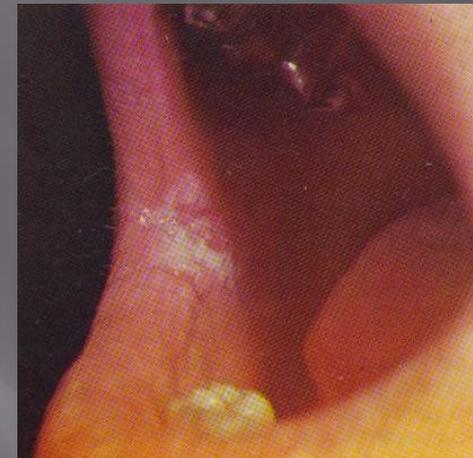


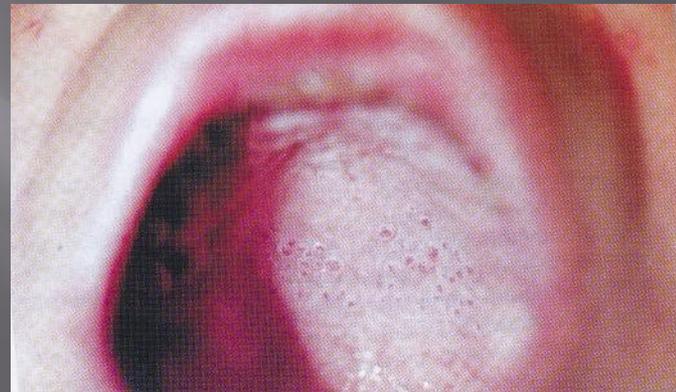
Фото 22



# Лейкоплакия Таппейнера (НИКОТИНОВЫЙ СТОМАТИТ).

- ▣ Особая форма плоской лейкоплакии.
- ▣ **Распространенность:** болеют мужчины 40-50 лет, заядлые курильщики (чаще трубки).
- ▣ **Течение.** Бессимптомное (иногда, сухость во рту, ощущение шероховатости слизистой оболочки неба).
- ▣ **Локализация.** Исключительно слизистая оболочка твердого и мягкого неба.
- ▣ **Клиника:** Помутнение слизистой оболочки неба, позже оно становится белым (гиперкератоз) с ярко-красными точками - зияющими протоками слюнных желез.(фото 23)

Фото 23



# Дифференциальная диагностика лейкоплакии.

- ▣ Диагноз основывается на клинических данных, подтвержденных в сомнительных случаях результатами гистологического исследования.
- ▣ Лейкоплакия имеет сходство с красным плоским лишаем, красной волчанкой, сифилитическими папулами, мягкой лейкоплакией и некоторыми формами кандидоза.

# Гистологическая картина.

- ▣ Мощное разрастание рогового (гипер- и паракератоз) и утолщение зернистого слоев эпителия, базальная мембрана истончена, признаки омоложения клеток шиповатого и базального слоев эпителия (дискератоз).
- ▣ При лейкоплакии Таппейнера – диффузное хроническое воспаление слизистой оболочки с ороговением поверхностных клеток эпителия и явлениями акантоза, паракератоза.

# Лечение.

- ▣ При веррукозной и эрозивной формах: тотальное иссечение в широких пределах (что предпочтительно) или лазерная деструкция, криодеструкция.
- ▣ При плоской форме: внутрь – аевит, пиридоксин (пиридоксальфосфат) в лечебных дозах, курсами до 1-1,5 мес., местно – аппликации масляного раствора витамина А, 10% линимент дибунола.

# Общие принципы ведения больных.

- ▣ Запрещение курения.
- ▣ Санация полости рта (устранение всех травмирующих и раздражающих факторов, рациональное протезирование)
- ▣ Лечение патологии желудочно-кишечного тракта.
- ▣ Защита красной каймы губ от инсоляции (фотозащитные мази).
- ▣ Диспансерное наблюдение.
  
- ▣ **ПРОГНОЗ:** Без радикального лечения возможна малигнизация, особенно при локализации на дне полости рта, у основания языка; после лечения прогноз хороший

# Это важно знать.

Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии являются факультативным предраком с высокой вероятностью малигнизации.

# Кератоакантома (син.: роговой моллюск, доброкачественная акантома).

Быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая эпидермальная доброкачественная опухоль, которая относительно часто озлокачивается. На красной кайме губ кератоакантома локализуется не часто, на слизистой оболочке рта не встречается, очень редко образуется на языке.

# Клиническая картина.

Заболевание начинается с образования на губе или языке серовато-красного плотного полушаровидного узелка с небольшим воронкообразным углублением в центре. В течение месяца узелок достигает размера примерно 2,5x1 см. В центре такого элемента имеется хорошо выраженное углубление, заполненное роговыми массами, которое удаляется без особого труда, после чего обнажается кратерообразное углубление с плотным валиком по краю. Кератоакантома не спаяна с подлежащими тканями, подвижна, почти безболезненна.

Возможны два исхода кератоакантомы: через 6-8 мес она спонтанно регрессирует, оставляя рубчик, либо трансформируется в рак.

# Заключение

- Для выбора адекватного метода лечения предрака вопрос качества диагностики на клиническом этапе обследования больного, еще до биопсии, показания к которой должны быть также обоснованы, имеет большое значение. Положительному решению этого вопроса способствует применение вспомогательных средств клинической диагностики - световой и флюоресцентной хейло-стоматоскопии, контактной флюоресцентной биомикроскопии, люминесцентно-цитологического экспресс-диагноза, которые дают возможность получить более объективные данные о характере патологического процесса.

# Список литературы:

- ▣ 1. Хирургическая стоматология : учеб.для мед. вузов / ред. Т. Г. Робустова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2011. - 688 с.
- ▣ 2. Хирургическая стоматология : учебник / ред. В. В. Афанасьев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 878 с.
- ▣ 3. Пластическая хирургия лица и шеи / В. И. Сергиенко, А. А. Кулаков, Н. Э. Петросян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 325 с.
- ▣ 4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи : учебник / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 526 с
- ▣ 5. Руководство по ортопедической стоматологии / В.Н.Копейкина. под редакцией М.: Медицина, 2011 г.
- ▣ 6. Ортопедическая стоматология / Быкин Б.Н., Бенильман А.И. Медицина, 2013 г.
- ▣ 7. Ортопедические методы лечения в стоматологии / Ремизова А. А. - 2012

▣ Спасибо за внимание.