

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

Реферат

**«Облигатные предраковые заболевания слизистой оболочки
полости рта »**

Выполнил: ординатор 2 года обучения Умраев Т.А.

**Проверила: Доцент ,КМН кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ,
Маругина Т.Л**

Красноярск 2023.

Содержание:

1. Актуальность.....	3
2. Обязательные предраки. Болезнь Боуэна.....	4
3. Дифференциальная диагностика.....	6
4. Основные (обязательные) и дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне	10
5. Подходы к лечению Болезни Боуэна	11
6. Эритроплакия.....	12
7. Диагностика, лечение и прогноз эритроплакии.....	13-14
8. Общий вывод по теме.....	14
9. Источники литературы.....	15

Актуальность

Патоморфологи, онкологи и стоматологи придерживаются разных классификационных схем предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. В гистологической классификации опухолей по линии ВОЗ эти заболевания встречаются в разных разделах и в одну группу по локализации не объединены. Онкологи обозначают все предраковые изменения термином «дискератоз» в прямом клиническом значении этого слова как нарушение процесса ороговения. Дискератоз может быть диффузным или локализованным (ограниченным). В последнем случае этот процесс может существовать в продуктивной или деструктивной форме. Отсюда в патологическом очаге - либо гиперкератоз, либо изъязвление.

Врачи-стоматологи, как правило, пользуются классификацией предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, утвержденной Комитетом по изучению опухолей головы и шеи в 1977 году. Ее основу составили исследования А. Л. Машкиллейсона (1970), изучившего одновременно клинические и морфологические изменения при предраке, что и определило нозологические формы заболеваний. Согласно этой классификации, каждое заболевание характеризуется конкретной патоморфологической картиной и соответствующими ей клиническими проявлениями. Кроме этого, в ней отражена важная для клинициста зависимость частоты озлокачествления от степени выраженности патоморфологических изменений.

Высокой степенью озлокачествления обладают облигатные предраковые заболевания, к которым относятся болезнь Боуэна и эритроплакия, поэтому считаю актуальным подробнее раскрыть данную тему.(4)(5)

Облигатный предрак – это изменение, которое рано или поздно так или иначе станет раком. Обычно его причины кроются во врожденных дефектах или генетических аномалиях

Болезнь Боуэна впервые описал Bowen в 1912 г.



Рис 1.

Клиническая картина. На слизистой оболочке рта чаще обнаруживается один, реже — два и более очага поражения.



Рис 2.

Заболевание проявляется пятнисто-узелковым поражением. Вначале на слизистой оболочке образуется ярко-гиперемированное пятно с гладкой или бархатистой, вследствие сосочковых разрастаний, поверхностью. При длительном существовании заболевания происходит легкая атрофия слизистой оболочки, в результате чего очаг поражения несколько западает по сравнению с окружающими участками, местами на нем образуются легко кровоточащие эрозии. Центральная часть очага поражения напоминает лейкоплакию с мелкобугристой поверхностью на гиперемированном фоне. При слиянии нескольких очагов образуются бляшки неправильных очертаний. Диаметр очага поражения может быть от 1—2 мм до 5—6 см, очертания его четкие, неровные, уплотнения в основании не определяется. Излюбленной локализацией болезни Боуэна на слизистой оболочке рта

являются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык. При локализации элементов на языке в месте поражения исчезают сосочки. Регионарные лимфатические узлы обычно не пальпируются. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, лишь при эрозиях может быть выражена болезненность.

Не во всех случаях болезни Боуэна бывает типичная клиническая картина. Заболевание может характеризоваться лишь небольшим участком гиперемии или иметь сходство с лейкоплакией без выраженного воспаления. Иногда возникает четкий серовато-белый рисунок, напоминающий картину красного плоского лишая.

Заболевание продолжается неопределенное время, в некоторых случаях быстро наступает инвазивный рост, причем травмирование ускоряет этот процесс. У других больных заболевание годами остается в стадии cancer in situ.

Верификация:

Гистологически при болезни Боуэна обнаруживают картину внутриэпителиального рака: полиморфизм клеток шиповатого слоя, увеличение числа и неправильность митозов. В шиповатом слое встречаются гигантские клетки, иногда с множественными ядрами. Отмечаются слабовыраженные гипер- и паракератоз, всегда имеется акантоз, базальная мембрана и базальный слой сохранены. В верхней части стромы имеется небольшой инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов и плазматических клеток.

Дифференциальная диагностика

- лейкоплакией;
- Красным плоским лишаем;
- Хроническими травматическими поражениями.

Лейкоплакия – поражение слизистой оболочки рта, сопровождающееся ее повышенным ороговением (гиперкератозом). Характеризуется возникновением очагов уплотнения на слизистой щек, языка, уголков рта, чувством легкого жжения, зуда и стягивания. При соблюдении гигиенических мероприятий и проведении санации полости рта, устранении раздражающих факторов лейкоплакия может исчезнуть.

Этиология:

Лейкоплакия — это довольно редкая, но в то же время быстро распространяющаяся болезнь. Столь стремительный рост заболеваемости связан с набирающей популярность вредными привычками, например курением электронных сигарет. Человек утешает себя мыслью, что это не обычная сигарета, там нет дыма, а значит, нет и угрозы. Но это не так: механическое воздействие мундштука на губы, щёки и язык, перегрев, никотин и неизвестные вкусоароматические добавки — всё это приводит к изменениям слизистой полости рта.

При хронической травматизации десны, щеки или языка происходит воспаление и нарушается ороговение эпителия, выстилающего слизистую полости рта. Научное название такой патологии — гиперкератоз и паракератоз (паракератоз — это неполное ороговение эпителия, гиперкератоз — полное). Поэтому обязательным условием для развития лейкоплакии будет курение или хроническая травма слизистой от некачественных пломб, протезов или коронок, неровно стоящие зубы, патологии прикуса и, к сожалению, в последнее время употребление различных наркотических веществ.

Некоторые формы заболевания, например волосатая лейкоплакия, проявляются исключительно у людей с ослабленным иммунитетом — с такими грозными болезнями, как ВИЧ-инфекция, СПИД и вирус Эпштейна — Барр



Рис 3.

Основные симптомы лейкоплазии начальной стадии включают (рис3):

1. Эрозия в области уплотнений,
2. Кровоточивость очагов поражения,
3. Сосочковые разрастания на слизистых, пораженных болезнью,
4. Сильные утолщения и уплотнения пораженных тканей,
5. Быстрые разрастания очагов поражения.

На осмотре у стоматолога врач проводит визуальную оценку зон поражения, после чего следует дифференциальная диагностика. Обязательным этапом диагностики будет проведения анализа на ВИЧ и консультация у иммунолога для оценки защитного механизма.

Красный плоский лишай

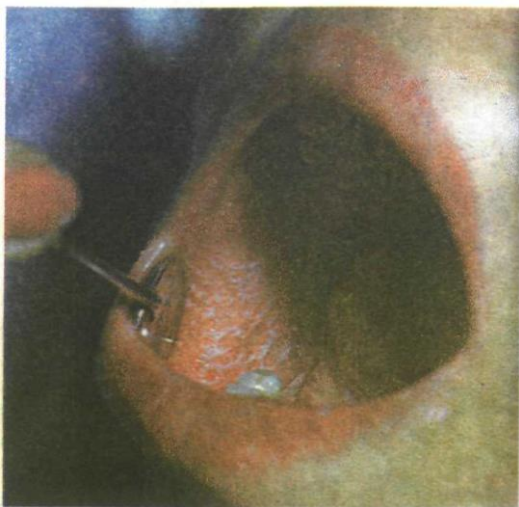


Рис.4

- Красный плоский лишай — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, проявляющееся образованием ороговевших папул.

Это заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 40— 60 лет. При красном плоском лишае наряду с кожными поражениями часто отмечаются изменения слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Довольно часто встречается изолированное поражение слизистой оболочки рта. По данным Е. И. Абрамовой, одновременные поражения кожи и слизистой оболочки рта отмечены у 25% больных, а изолированная локализация на слизистой оболочке рта без поражения кожи установлена у 75% больных. Красный плоский лишай локализуется и на других слизистых оболочках: половых органов, заднего прохода, конъюнктивы, пищевода, желудка, уретры.

Этиология. Окончательно не выяснена. Существует неврогенная, вирусная, токсико-аллергическая теории возникновения этого заболевания. Красный плоский лишай, как правило, протекает на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезни, сахарного диабета, невродов, дисбаланса иммунной системы и др. У большинства больных выявлено значительное повышение проницаемости стенок сосудов и снижение иммунологической реактивности. Определенное значение в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки рта имеет травма (острые края зубов, некачественные протезы, явления гальванизма, аллергическая реакция на пластмассу протезов и др.).

Клиническая картина. Основной морфологический элемент поражения — ороговевшая папула круглой или полигональной формы до 2 мм в диаметре. На коже папулы обычно плоские, с восковидным блеском, имеют розоватый или синюшно-красный цвет. На слизистой оболочке рта вследствие ороговения эпителия и постоянной мацерации они приобретают беловато-серый цвет, выделяясь на фоне нормальной или гиперемизированной слизистой оболочки. Характерная черта красного плоского лишая — склонность папул к слиянию в виде рисунка, напоминающего кружевную сетку, снежинки, древовидные разветвления, иногда кольца, полосы. Папулы слегка возвышаются над уровнем слизистой оболочки, придавая ей шероховатость. На спинке и боковой поверхности языка папулы, сливаясь, часто образуют гиперкератические бляшки различных размеров, напоминающие лейкоплакию; сосочки в этой области сглажены. У курильщиков папулы более выраженные и крупные, на них часто наслаиваются пятна лейкоплакии. На красной кайме губ папулы могут сливаться, образуя полосу белесоватого цвета, иногда принимающую звездчатую форму. Красный плоский лишай на красной кайме и слизистой оболочке губ часто приводит к возникновению glandулярного хейлита. Наиболее типична локализация красного плоского лишая на слизистой оболочке щек в месте прилегания

больших коренных зубов с захватом переходных складок, на боковых поверхностях языка и спинке с переходом на нижнюю поверхность в области больших коренных зубов. Реже поражаются губы, десна, небо, дно полости рта.

В связи с разнообразием клинических проявлений красного плоского лишая в полости рта различают следующие его формы: *типичную (простая), экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую.*

Симптомы:

Жжение (зуд), дискомфорт в полости рта и неприятный запах.

Хронические травматические повреждения слизистой оболочки полости рта

Хронические травматические повреждения слизистой оболочки полости рта – возникают при длительном воздействии слабого по силе раздражителя (острые края зубов или их корни, некачественные ортодонтические, ортопедические конструкции или аппараты, при наличии вредных привычек и т.д.).

Этиология. Постоянное раздражение слизистой оболочки рта острыми краями зубов, протезов, зубными отложениями, зубами, расположенными вне дуги

Симптомы могут отсутствовать или незначительная болезненность, жжение при приеме пищи, особенно при кислой, горячей пищи, чувство неловкости, дискомфорта, припухлость.

Клиническая картина.

Проявляется в виде катарального воспаления, эрозии и язвы мягкой консистенции у основания, болезненность. Хроническое раздражение может привести к гиперкератинизации слизистой оболочки в тех местах, где в норме слизистая оболочка не ороговеет.

Диагностика. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Основные (обязательные) и дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

1. внешний осмотр лица (кожные покровы, симметрия лица, цвет кожи, состояние лимфатических узлов);
2. жалобы и анамнез;
3. визуальный осмотр слизистой полости рта (цвет, влажность, консистенция, утолщенность, истонченность, деформация, целостность эпителий);
4. пальпация регионарных лимфатических узлов (подчелюстные, околоушные, подбородочные лимфатические узлы);
5. определение целостности эпителия;
6. общий анализ крови;
7. гистологическое исследование.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: нет

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне): нет

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: нет

Инструментальные исследования: не проводятся.

Показания для консультации специалистов: Длительные незаживающие язвы после устранения причинного фактора и применения местного лечения.

После проведения дифференциальной диагностики используются методы:

- эпилюминесцентную микроскопию – использование оптического или электронного дерматоскопа позволяет врачу получить изображение внутрикожных структур, которые невооруженным глазом неразличимы;
- цифровую ультразвуковую визуализацию – метод предполагает использование приборов, датчики которых работают на частоте 20-100

МГц. Благодаря этому с помощью цифровой УЗИ-визуализации высокого разрешения можно изучать строение кожи и ее отдельных слоев без инвазивного повреждения тканей;

- конфокальную лазерную сканирующую микроскопию – метод позволяет получать изображения слоев эпидермиса и дермы, сравнимые по качеству и информативности с обычным микроскопическим исследованием. Разница заключается в том, что при сканирующей микроскопии анализ строения тканей и отдельных клеток проводится без их предварительного удаления из организма: линза объектива фиксируется на патологическом участке кожи или слизистой и передает полученные данные в память аппарата. В этом случае биопсию проводить не обязательно;
- анализ антигенной структуры опухоли – иммуногистохимический метод диагностики предполагает использование моноклональных антител с целью выявления специфических молекулярных маркеров на поверхности и внутри патологически измененных клеток. Используя антитела к отдельным компонентам цитоплазмы и клеточной мембраны, можно определить тип опухоли, степень дифференцировки, способность к инвазии.
- Гистологическое исследование

Подходы к лечению Болезни Боуэна:

Универсального метода лечения болезни Боуэна не существует, так как он зависит от индивидуальных особенностей пациента, локализации и количества патологических образований. Часто для достижения наилучшего результата приходится комбинировать несколько методов, таких как химио и криотерапия, хирургическое вмешательство, фотодинамическая терапия и электродеструкция. Однако точно предсказать, какое лечение будет наиболее эффективным в конкретном случае, сложно. При медленном росте опухолевидных образований у пожилых пациентов врачи часто предпочитают выжидательную тактику. Они регулярно наблюдаются у специалиста, проходят диагностику и при первых признаках прогрессирования патологии рекомендуется оперативное вмешательство. Наружная химиотерапия с использованием препаратов Имиквимод и 5-Фторурацил является эффективным методом борьбы с болезнью Боуэна в

полости рта. Полный курс лечения включает 4-6 недельных циклов, в течение которых мазь с активными компонентами наносится на пораженные участки дважды в день, с перерывами в 7 дней. Химиотерапия редко используется как самостоятельная технология, обычно ее комбинируют с другими методами.

Эритроплакия.

Предраковое заболевание, обладающее высокой потенциальной способностью к озлокачествлению. Пациенты жалуются на жжение слизистой в участке поражения. Клинически эритроплакия полости рта представляет собой пятно насыщенного красного цвета диаметром до 2 см, четко отграниченное от здоровых тканей.



Рис. 5

Заболевание описал в 1911 году французский дерматолог Кейра. Считают, что эритроплакия полости рта является одной из форм болезни Боуэна. Очаги поражения образуются не только на слизистой, но и на красной кайме губ. Патологию чаще выявляют у мужчин после 60 лет. Сезонности при диагностировании заболевания не отмечается.

В прогностическом отношении эритроплакия представляет собой пограничное состояние с высокой вероятностью малигнизации. При длительном существовании поражения признаки озлокачествления выявляют в 80-100% случаев.. Прогноз зависит от своевременности выявления патологии, рациональности проводимой терапии.

Симптомы

При эритроплакии полости рта пациенты жалуются на жжение, сухость слизистой в участке поражения. Во время осмотра выявляют пятно диаметром до 2 см ярко-красного или насыщенного вишневого цвета. Патологически измененные ткани четко отделены от здоровых. Основными морфологическими элементами поражения при эритроплакии полости рта являются бляшки мягкой консистенции, имеющие бархатистый оттенок. На

их поверхности может образовываться серозный выпот. Нередко в ходе обследования в проекции пораженных тканей обнаруживают причинный фактор – разрушенные зубы, выступающие элементы ортопедических конструкций.

Дополнительное травмирование слизистой приводит к появлению эрозивных участков. Снижение местного иммунитета способствует активизации бактериальной микрофлоры, вследствие чего происходит инфицирование изъязвлений. О присоединении вторичной инфекции при эритроплакии свидетельствуют гнойные пленки, белесоватые наслоения. Признаками малигнизации эритроплакии полости рта являются глубокие язвенные поражения, пальпируемые инфильтраты у основания изъязвлений, увеличенные безболезненные уплотненные регионарные лимфоузлы.

Диагностика

Диагностика эритроплакии полости рта сводится к сбору жалоб, составлению анамнеза заболевания, проведению клинического осмотра и цитологического исследования. В ходе физикального обследования врач-стоматолог выявляет участок поражения красного цвета. При пальпации бляшки мягкоэластической консистенции. Реже на поверхности измененной слизистой определяют эрозивные участки, гнойные пленки. Инфильтрат у основания пораженных тканей отсутствует. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Общее состояние у пациентов с эритроплакией полости рта не нарушено.

С помощью цитологического исследования мазка, взятого с поверхности предракового новообразования, выявляют истончение поверхностных слоев многослойного плоского эпителия с проникновением в подлежащие ткани акантотических тяжей. Присутствует клеточный полиморфизм. Признаков очагового дискератоза не обнаруживают. Дифференцируют эритроплакию полости рта с лейкоплакией, красным плоским лишаем, сифилисом, злокачественными новообразованиями.

Лечение эритроплакии полости рта

Основной метод лечения эритроплакии полости рта в стоматологии – хирургический. Патологически измененные ткани подлежат удалению. Консервативная терапия при эритроплакии полости рта не приносит должных результатов. Чтобы предотвратить вероятность рецидива, показано устранение местных травмирующих факторов. Санация ротовой полости

включает профессиональную гигиену, лечение кариеса и его осложнений, рациональное протезирование. Пациентам рекомендуют отказаться от курения. Также необходимо полностью исключить или минимизировать употребление острой, горячей пищи.

Прогноз.

Прогноз при эритроплакии полости рта определяется своевременностью выявления заболевания, выбором метода лечения. При длительно существующем очаге поражения риск малигнизации достигает 80-100%.

Общий вывод по теме:

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований СОПР и красной каймы губ принадлежит предраковым состояниям. (3) Причиной возникновения предраков могут быть как экзогенные (неблагоприятные метеорологические факторы: холод, солнце, ветер; раздражающая, горячая, острая пища, алкоголь, курение), так и эндогенные (хроническая травма, нарушение состояния всего организма), дурные привычки (кусание губ и др.), профессиональные вредности. Среди предраков немало заболеваний, трудно излечиваемых. Это длительно незаживающие язвы, лейкоплакии и др. Следует иметь в виду, что чем дольше существует нелеченое предраковое состояние, тем больше опасность трансформации его в рак. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний устраняет угрозу появления рака или позволяет вовремя провести более эффективное и безвредное лечение

Источники литературы:

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.Ю. Орехова [и др.]; под ред. Л.Ю. Ореховой. - Санкт-Петербург: Человек, 2016. - 210 с.
2. Морозова, С.И., Савельева, Н.А. Заболевания слизистой оболочки рта / С.И. Морозова, Н.А. Савельева // Атлас. Москва-МИА 2012, – 272с.
3. Шебеко Л.В., Н.Э. Кедич Роль врача-стоматолога в профилактике онкологических заболеваний/УО медицинский университет», г. Минск, 2011г.
4. Azimi A., Yang P., Ali M., Howard V., Mann G.J., Kaufman K.L., et al. Data independent acquisition proteomic analysis can discriminate between actinic keratosis, Bowen's disease, and cutaneous squamous cell carcinoma. J Invest Dermatol. 2020;140(1):212–22.e11. DOI: 10.1016/j.jid.2019.06.128
5. Hampton S., Timmis J. Actinic keratosis and Bowen's disease: case of a Leg Club member. Br J Community Nurs. 2020;25(Sup12):S39–40. DOI: 10.12968/bjcn.2020.25.Sup12.S39