

Предраковые поражения кожи, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.



Выполнила: студентка 607-2 группы
Букумбаева Д.Ж.

Проверила: профессор Ибрагимова Р.С.

План

1. Определение предрак
2. Признаки новообразований
3. Классификация
4. Причины и симптомы, наиболее часто встречаемых предраков
5. Заключение
6. Литература

Актуальность

- По данным литературы опухоли слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губы, несмотря на доступность визуального обследования, диагностируются в 70% случаев на III-IV клинических стадиях заболевания. Такой процент выявления запущенных форм поражений можно объяснить не только поздней обращаемостью больных в лечебные учреждения ввиду нехарактерной симптоматики на ранних стадиях процесса, но и недостаточностью онкологической настороженности у многих клинических врачей [Карапетян И.С. и соавт., 2004, Хачатрян А.С., 2006].

Предраки



- Это дистрофические, упорные, но нестойкие пролифераты отличаются от рака тем, что им не хватает одного или нескольких признаков, совокупность которых дает право поставить диагноз рак существуют и в виде самостоятельных нозологических форм

Признаки новообразований

- ◎ Доброкачественные:
- ◎ Границы чёткие
- ◎ Характер роста медленный
- ◎ Рецидивов нет
- ◎ Степень дифференцировки высокая
- ◎ Чувствительность к лучевому воздействию не наблюдается

- ◎ Злокачественные:
- ◎ Границы нечёткие
- ◎ Характер роста быстрый, инфильтративный
- ◎ Рецидивы имеются
- ◎ Степень дифференцировки низкая
- ◎ Чувствительность к лучевому воздействию есть

Возможные пути развития предраковых изменений

- Прогрессирование
- Рост без прогрессии
- Длительное существование без значительных изменений
- Регрессия



Клинические признаки озлокачествления

- Быстрый рост
- Отсутствие краевой эпителизации
- Распад тканей
- Приподнятые валикообразные края язвы
- Инфильтрация тканей под основанием новообразования
- Изменение цвета (гипо - или гиперпигментация)
- Местное повышение температуры
- Увеличение регионарных лимфоузлов др.



Классификация предраковых процессов СОПР:

I. С высокой частотой озлокачествления
(облигатные):

Болезнь Боуэна.

II. С меньшей частотой озлокачествления
(факультативные):

1. Лейкоплакия (веррукозная форма).

2. Папилломатоз.

3. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки.

4. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красного плоского лишая.

5. Постлучевой стоматит.

Классификация предраковых процессов красной каймы губ:

I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

1. Бородавчатый предрак.
2. Ограниченный гиперкератоз.
3. Хейлит Манганотти.

II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные)

1. Лейкоплакия (веррукозная форма).
2. Кератоакантома.
3. Кожный рог.
4. Папиллома.
5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая.
6. Постлучевой хейлит.

Классификация предраковых процессов кожи:

- I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).
 1. Пигментная ксеродерма.
 2. Болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра.
- II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные).
 1. Поздние лучевые язвы кожи.
 2. Кожный рог.
 3. Мышьяковистые кератозы.
 4. Актинические кератозы.
 5. Туберкулезная волчанка.
 6. Трофические язвы и другие, хронически протекающие язвенные и гранулематозные поражения кожи (лепра, сифилис, красная волчанка, глубокие микозы).

Болезнь Боуэна:



- Болезнь Боуэна - это внутриэпителиальный рак (cancer in situ).
- Этиология: хроническая травма слизистой оболочки полости рта.
- Клиническая картина: поражается чаще задний отдел полости рта (небо, дужки). Очаг поражения красного цвета, гладкий или с бархатистой поверхностью из-за мелких сосочковых разрастаний, слегка западает (атрофия слизистой), четко отграничен от здоровых тканей. Иногда поверхность очага эрозируется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Поражение в течение нескольких месяцев может трансформироваться в рак.
- Дифференцируют с лейкоплакией, красной волчанкой, сифилисом. Биопсия позволяет поставить правильный диагноз.
- Лечение. Иссечение очага в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием, консультация онколога.

Лейкоплакия:



- **Лейкоплакия** —заболевание, характеризующееся поражением слизистых оболочек, ороговением покровного эпителия разной степени выраженности. Чаще лейкоплакия локализуется на слизистой оболочке щёк, преимущественно у углов рта, на нижней губе.
- **Этиология и патогенез:** реакция слизистой оболочки на разнообразные внешние раздражители, которая развивается на фоне действия различных эндогенных факторов и прежде всего желудочно-кишечной патологии, выявляемой у 90 % больных. Имеют значение недостаток или нарушение обмена витамина А, а также генетические факторы, которые обуславливают ответную реакцию слизистой оболочки полости рта на травму именно в виде лейкоплакии.

Разновидности:

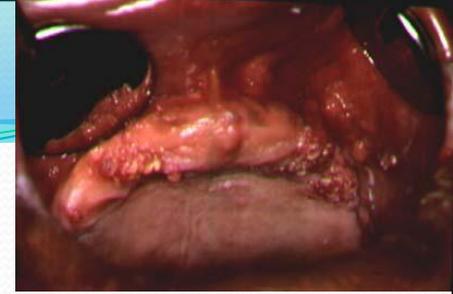
- Плоская лейкоплакия имеет вид резко отграниченного сплошного помутнения оболочки, иногда напоминающего пленку, которая не снимается при поскабливании шпателем. В зависимости от интенсивности ороговения цвет поражения варьирует от бледно-серого до белого. Поверхность лейкоплакии сухая и слегка шероховатая. Очертания очага, как правило, зубчатые. Уплотнения в основании участков ороговения не бывает. По периферии очагов ороговения в углах рта иногда возникает небольшая гиперемия. На щеках очаги лейкоплакии могут иметь складчатый вид, на дне полости рта — вид морщинистой пленки серовато-белого цвета.
- При веррукозной лейкоплакии появляются либо возвышающиеся молочно-белые гладкие бляшки (бляшечная форма), либо плотноватые бугристые, серовато-белые, выступающие на 2-3 мм бородавчатые разрастания, чаще на фоне плоской формы лейкоплакии
- При эрозивной лейкоплакии различной формы и величины эрозии образуются в очагах плоской и веррукозной лейкоплакии, возможно одновременное появление трещины. Эта форма заболевания может сопровождаться болевыми ощущениями.
- При лейкоплакии курильщиков (лейкоплакия Таппейнера) имеется сплошное ороговение твердого и прилегающих к нему участков мягкого неба, которые приобретают серовато-белый цвет. На этом фоне видны красные точки, представляющие собой зияющие устья выводных протоков слюнных желез. При выраженной форме в зоне ороговения образуются узелки. В отличие от последней при лейкоплакии курильщиков на фоне ороговения имеется красная точка и это заболевание быстро проходит после прекращения курения.





- **Лечение** лейкоплакии слизистой оболочки полости рта должно состоять в санации (очищении) полости рта, устранении всех раздражающих факторов, в первую очередь курения и употребления алкоголя. Необходимо также исправление протезов, состоящих из разных металлов.
- При истинной лейкоплакии и особенно при лейкокератозе противопоказано смазывание различными прижигающими веществами, способствующими усилению воспалительных явлений в бляшке лейкоплакии. В отдельных случаях некоторые авторы прибегают к рентгенотерапии. В гинекологической практике существует метод лечения лейкоплакии витамином А по 100 тыс. МЕ в сутки в течение месяцев. При лейкоплакии полости рта рекомендуется комплекс витаминотерапии, особенно групп В и А; при вероятности озлокачествления показаны электрокоагуляция, декортикация, хирургическое иссечение единичных очагов лейкокератоза с немедленным тканевым исследованием; в случаях установленного злокачественного перерождения проводят радикальную хирургическую операцию и последующие рентгено- и радиотерапии.

Папилломатоз:



- Папилломатоз - это скопление множество папиллом на коже и слизистой.
- Этиология: травма, хроническое воспаление.
- Клиническая картина: выделяют виды папилломатозов:
 - Реактивные папилломатозы различной природы:
 - воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков;
 - травматический папилломатоз слизистой щек, губ, языка;
 - ромбовидный папилломатоз языка.
 - Папилломатозы непластической природы.
- Папилломы имеют округлую или грибовидную форму, располагаются на ножке или на широком основании, консистенция их мягкая, размеры от 1-2 мм до 1-2 см, пальпация безболезненна. Реактивные папилломы после прекращения действия раздражителя свой рост прекращают.
- Папилломатозы непластической природы часто озлокачиваются. Появление усиленного ороговения, кровоточивости, плотного инфильтрата у основания, изъязвления, быстрого роста свидетельствует о малигнизации.
- Лечение: хирургическое с последующим гистологическим исследованием.

Красный плоский лишай:

- **Красный плоский лишай** - это хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, сопровождающееся усиленным ороговением слизистых оболочек.
- **Этиология** не выяснена. Существуют разные теории возникновения этого заболевания: бактериальная, вирусная, аутоиммунная, токсикоаллергическая, нейрогенная. Имеют значение местная травма (острые края зубов, пломб, некачественные протезы, наличие разных металлов в полости рта), интоксикации организма, гормональные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта. Болеют чаще женщины после 40 лет.
- **Клиническая картина.** Различают пять форм: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивная, буллезная, гиперкератотическая.



- **Типичная форма** -. На неизменной слизистой оболочке полости рта появляются мелкие ороговевшие папулы (от доли мм до 4-5 мм), папул много, они имеют полигональную форму, беловато-перламутрового цвета. Всегда группируются, соединяются между собой, образуя сетчатый, кружевной рисунок. В полости рта чаще поражаются отделы слизистой щек, боковые поверхности языка, реже - губы, небо, десна. Типичная форма часто протекает бессимптомно, обнаруживается случайно, иногда появляется жжение, чувство стянутости слизистой.
- **Экссудативно-гиперемическая форма**. Папулы расположены на воспаленной ярко-красной слизистой, поражается слизистая десны и губы. Больные жалуются на жжение, стянутость слизистой, боли при приеме острой пищи.
- **Эрозивно-язвенная форма**. Больные жалуются на сильные боли при приеме пищи и в покое, кровоточивость слизистой. Для этой формы характерны эрозии, язвы в центре очагов поражения, которые покрыты фибринозным налетом или чистые, легко кровоточат. Вокруг них сохраняется типичный рисунок. Эрозии и язвы могут вторично инфицироваться.
- **Буллезная форма** . В очагах красного плоского лишая появляются пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, которые быстро лопаются, образуя эрозии и язвы. При этом возникают сильные боли, но эрозии быстро эпителизируются.
- **Гиперкератотическая форма** встречается редко, характеризуется выраженными белыми бляшками, возвышающимися над слизистой. Папулы сливаются в крупные



- Красный плоский лишай дифференцируют с лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, сифилисом, аллергическими высыпаниями, болезнью Боуэна.
- Местное лечение начинают с устранения травматических факторов санация полости рта, сошлифовывание острых бугров зубов, рациональное протезирование, лечение кариеса и болезней пародонта, запрещение курения, приема алкоголя и острых блюд. При типичной форме - кератопластики в виде аппликаций (каротомин, облепиховое масло, винилин).
- При экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенных формах применяют анестетики, глюкокортикоиды в виде мазей (преднизолоновая, гидрокортизоновая, флуцинаровая), инъекции 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты под очаг воспаления, ротовые ванночки 0,5%- 0,1% раствора галаскорбина, инъекции Хонсурида под очаг воспаления в разведении 1:10
- Общее лечение проводится с учетом тяжести заболевания курсами. Желательны консультации врачей (терапевта, эндокринолога, невропатолога). Применяют седативные средства (настойки валерианы, пустырника, триоксазин и др.). При экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формах назначают противомаларийные препараты - далагил 0,25 по 1 таблетке 2 раза в сутки, курс лечения 4-6 недель.
- При остром воспалении еще добавляют преднизолон 20-25 мг через день до улучшения состояния, затем его отменяют по убывающей схеме. Инъекции витаминов В1, В6, В12, иммуномодуляторы (левамизол). Всем больным назначают масляный раствор витамина А 3300 МЕ (5 драже 3 раза в день). Для лечения данного заболевания применяют физиотерапевтические процедуры (электросон, диатермия местных симпатических узлов, гальванический воротничок).

Бородавчатый предрак



- **Этиология:** травма, повышенная инсоляция.
- **Клиническая картина:** поражение имеет вид ограниченного узелка 0,4-1 см в диаметре, на поверхности которого располагаются плотно сидящие чешуйки. Окраска варьирует от нормальной до застойно-красной. Очаг располагается на воспаленном или нормальном фоне, похож на папиллому или бородавку. Но у папилломы есть ножка, а у бородавки есть гипертрофический роговой слой по периферии» Озлокачествление может наступить через 1-2 месяца.
- **Лечение:** только хирургическое (иссечение очага с последующим гистологическим исследованием) совместно с онкологом.

Ограниченный предраковый гиперкератоз:

- **Этиология:** травма, повышенная инсоляция.
- **Клиническая картина:** чаще болеют мужчины после 30 лет. На боковой поверхности красной каймы нижней губы появляется ограниченный участок ороговения, покрытый тонкими плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета. Очаг не возвышается над поверхностью слизистой, а иногда кажется запавшим, он мягкий, безболезненный, может длительное время существовать, не изменяясь.
- **Дифференцируют** с лейкоплакией и красной волчанкой.
- **Лечение:** совместно с онкологом, хирургическое иссечение очага с последующим гистологическим исследованием.



Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти:

- **Этиология** не выяснена. Способствуют возникновению этого заболевания герпетическая инфекция, повышенная инсоляция, механическая травма, glandулярный и метеорологический хейлиты, гиповитаминозы, заболевания желудочно-кишечного тракта.
- **Клиническая картина.** На боковой поверхности нижней губы появляется ограниченное гиперемированное пятно, затем на этом месте возникает эрозия овальной или неправильной формы красного цвета, покрытая плотной коркой, которая удаляется с трудом. Эрозий может быть 2 или 3. Они безболезненны, существуют долго, но могут и самостоятельно эпителизоваться. Потом вновь рецидивируют. Хейлит Манганотти часто малигнизируется. В сомнительных случаях применяют биопсию, цитологические методы диагностики.
- По своим свойствам, амарантовое масло обладает удивительной способностью приводить в порядок обмен веществ в организме. Именно от него зачастую зависит состояние вашей кожи и самочувствие в общем.



- Хейлит Манганотти **дифференцируют** с пузырьчаткой, герпесом, красным плоским лишаем, красной волчанкой, лейкоплакией, актиническим и метеорологическим хейлитами, вторичным сифилисом.
- **Лечение.** Устранение раздражающих факторов, лечение фоновых заболеваний, санация полости рта. Местно применяют аппликации витамина А, солкосериловую мазь, метилурациловую мазь. Если в течение месяца эрозии не эпителизируются, необходима консультация онколога, возможно хирургическое иссечение эрозии в пределах здоровых тканей с последующей гистологией.
- **Профилактика:** оздоровление организма, правильное питание, устранение неблагоприятных воздействий и вредных привычек.

Кератоакантома:



- **Кератоакантома** - доброкачественная эпидермальная опухоль, которая быстро развивается и спонтанно регрессирует.
- **Этиология** неизвестна, предполагают, что возникновению кератоакантомы способствуют иммунные нарушения и наследственный фактор.
- **Клиническая картина:** кератоакантома возникает как плотный узел (диаметром до 20 мм, серовато-красного цвета, плотной консистенции, с гладкой нешелушащейся поверхностью, в центре которого находится кратерообразное углубление, заполненное легко снимающимися роговыми массами. Кератоакантома локализуется чаще на нижней губе. Существует два исхода этого предрака: инволюция (обычно это длится 3 месяца) с исходом в рубец и озлокачествление. Кератоакантому дифференцируют с кожным рогом, базалиомой, плоскоклеточным раком.
- **Лечение:** проводится совместно с онкологом, хирургическое иссечение очага поражения либо его диатермокоагуляция, криотерапия, близкофокусная рентгенография.

Кожный рог:



- **Кожный рог** - это ограниченная гиперплазия эпителия с гиперкератозом, по внешнему виду напоминающая рог.
- **Этиология** неизвестна.
- **Клиническая картина**: болеют люди старше 60 лет. На красной кайме нижней губы появляется медленно растущий безболезненный ограниченный очаг диаметром до 1 см, от основания которого отходит конусообразной формы рог грязно-серого цвета, плотный, спаянный с основанием.
- **Лечение**: хирургическое с последующим гистологическим исследованием.

Клинические признаки демеланомного периода

- резкая пигментация невуса или пигментного пятна, окраска неравномерная
- размер родинки более 0,5 см в диаметре
- сохранение рисунка кожи в области невуса или пигментного пятна
- правильная овальная или эллипсоидная форма невуса, резко отграниченная от поверхности кожи (акцентированный кожный край) «лаковая» поверхность невуса или пигментного пятна (блестящая поверхность при просмотре через дерматоскоп)
- отсутствие у основания невуса или в пигментном пятне узловатых папилломатозных элементов с очагами некроза
- отсутствие быстрого роста, зуда, жжения, покалывания и напряжения в области невуса или пигментного пятна.

Меланома:

Высококлеточная опухоль из пигментообразующих клеток. Встречается редко, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста.

Меланома может возникнуть первично на коже или же из предшествующего невуса или предракового меланоза.

Предрасполагающие факторы: травмы, климатические воздействия, гормональные и генетических факторы.



Основные **клинические формы** меланом кожи:

- поверхностно-стелящаяся меланома
- узловая меланома
- лентиго-меланома, развивающаяся из ограниченного предракового меланоза.

Пигментированное плоское пятно, грибовидное или папилломатозное разрастание - на узком или широком основании разнообразной формы и размера.

Поверхность меланомы гладкая или шероховатая, нередко изъязвляется, консистенция от мягкой до плотноэластической, отмечается различная степень пигментации, встречаются бипигментация.



- **Диагностика меланомы:** анамнез, клинические данные, радиоизотопное исследование, термовизиография, определение меланурии, цитологическое изучение мазка (соскоба) с поверхности новообразования.
- Травматизация меланомы резко ухудшает прогноз заболевания, поэтому биопсию с последующей гистологической верификацией не проводят.
- **Лечение меланом комбинированное:** предоперационная лучевая терапия с последующим широким иссечением пораженных тканей - отступить не менее чем на 3 см от границ опухоли.
- В последние годы используется метод криодеструкции, химио- и иммунотерапия.
- Для удаления регионарных метастазов применяют операцию Крайля или фасциально-футлярное иссечение клетчатки (или в едином блоке с первичным очагом).

Консервативное лечение

В случае неуспеха консервативной терапии необходимо переходить к радикальному.

Следует иметь в виду, что при назначении консервативных средств биопсия, как правило, не выполняется, поэтому врач не застрахован от диагностической ошибки - принять начальную стадию рака за предраковое состояние.

Поэтому важно, чтобы консервативное лечение проводилось не более 2-х недель, когда уже можно оценить результаты лечебных мероприятий

Радикальное лечение

1. Криовоздействие

При этом возникает вопрос о биопсии:

- делать ли ее до лечения, которое в этом случае откладывается до получения результатов гистологического исследования,
- осуществлять ее в момент криодиструкции, тогда имеется риск неадекватности дозы криовоздействия, если заболевание окажется начальным раком.

2. Хирургическое иссечение предракового очага:

операция представляет собой фактически эксцизионную биопсию, она может оказаться неадекватной, если при гистологическом исследовании удаленных тканей будет обнаружена раковая трансформация.

3. Лучевая терапия сохранилась как метод лечения предопухолевых заболеваний и с которой обычно начинается лечение рака: - выполнение биопсии обязательно

- начинать лечение предопухолевых заболеваний “как при раке” с лучевой терапии при предраковом процессе нецелесообразно, так как в местах, подвергнутых облучению, часто повторно возникают предраковые заболевания.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости

рта:

- Санация полости рта (снятие зубных отложений, замена неправильно изготовленных протезов и пломб, удаление разрушенных корней, лечение зубов, болезней пародонта).
- Исключение из употребления горячей, острой пищи, крепких напитков, курения.
- Замена зубных протезов, изготовленных из разных металлов.
- Устранение профессиональных вредностей.
- Щадящие методы лечения стоматологических заболеваний (исключение сильнодействующих медикаментов).
- Лечение заболеваний внутренних органов.
- Соблюдение правил гигиены полости рта.
- Санитарно-просветительная работа.
- Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.



Заключение

- Знание и настороженность, сомнения укажут правильный путь на пути к оздоровлению людей. Предраки не страшны лечить их не представляет сложности. Главное вовремя выявить.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ 😊

