

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Подготовил студент
566 группы
Идрисов О.З

Предраки – патологические процессы, обязательно предшествующие злокачественной опухоли, но не всегда переходящие в неё. Предраковые процессы отличаются от рака отсутствием одного или нескольких признаков, которые позволяют поставить диагноз рака.

Термин "предрак" предложен на международном конгрессе дерматологов М.В. Дюбрейлем. (Лондон, 1896 г.). Он поставил вопрос о кератозах как предшественниках (предраках) злокачественных опухолей кожи.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Причиной возникновения предраков могут быть экзогенные и эндогенные факторы.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

- Механические**
- Химические**
- Температурные**
- Биологические**

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

- гормональные изменения**
- общие заболевания**
- стрессовые состояния**

КЛАССИФИКАЦИЯ

Предопухолевые состояния (предраки)

Предраковые поражения кожи лица	Предраковые поражения слизистых оболочек	Предраковые поражения красной каймы губ
Облигатные: <ul style="list-style-type: none">-Болезнь Боуэна;-Пигментная ксеродермия;-Атрофический кератоз;-Радиационный дерматоз;-Предраковый меланоз, меланотическое пятно Гетчинсона;- болезнь Педжета;- эритроплазия Кейра.	Облигатные: <ul style="list-style-type: none">-Болезнь Боуэна	Облигатные: <ul style="list-style-type: none">- бородавчатый предрак;-ограниченный предраковый гиперкератоз;-абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
Факультативные: <ul style="list-style-type: none">-хронические дерматиты;- длительно незаживающие раны и язвы;- хронические дистрофические и воспалительные процессы.	Факультативные: <ul style="list-style-type: none">-лейкоплакия веррукозная и эрозивная;-папилломатоз;-эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая;-постлучевой стоматит.	Факультативные: <ul style="list-style-type: none">-лейкоплакия;- кератоакантома;-кожный рог;-папиллома с ороговением;-эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая;-постлучевой хейлит.

Болезнь Боуэна

Впервые описана американским дерматологом Дж. Боуэном в 1912. Потенциально наиболее злокачественна среди всех предраковых заболеваний и укладывается в понятие cancer in situ. Чаще всего поражаются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык

Болезнь Боуэна

(внутриэпидермальный рак)

Представляет собой очаг гиперкератоза и акантоза, имеющий вид бляшки красновато-коричневого цвета, постепенно дающего изъязвление или разрастания, свидетельствующие о переходе в рак.



Этиология

- Чрезмерное солнечное излучение.
- Воздействие мышьяка на организм в течение продолжительного периода.
- Прием иммунодепрессантов и других препаратов, подавляющих иммунную систему.
- Травмы кожи.
- Радиационное и рентгеновское облучение.
- Контакт с некоторыми пестицидами.
- Кожные проблемы различной этиологии (актинический кератоз, ангиоретикулез Капоши, фото или химиотерапия при псориазе и другие).



Клиника

- Болезнь Боуэна – ограниченное, медленно увеличивающееся пятнисто-узелковое поражение слизистой от 1 см в диаметре и больше. Иногда из-за неравномерного ороговения поражение имеет сходство с лейкоплакией и КПЛ
- Иногда поверхность мелко-бугристая. У ряда больных поверхность покрыта мелкими сосочковыми разрастаниями. Чаще же поверхность гиперемированная, гладкая или бархатистая – с мелкими сосочковыми разрастаниями. При длительном течении выявляется легкая атрофия слизистой и тогда очаг кажется слегка западающим, втянутым. Иногда поверхность очага местами эрозируется.



Лечение

- Несмотря на трудности в проведении оперативного вмешательства, именно операция является наиболее радикальным, эффективным и используемым на практике методом лечения. Удаление очага поражения позволяет предотвратить вероятность злокачественного перерождения, а рецидивы заболевания фактически не наблюдаются, поэтому своевременное проведение операции в большинстве случаев является возможностью излечения от болезни Боуэна.



Бородавчатый предрак

**Бородавчатый предрак
(papilloma verrucosa).**

**Описал А.Л.Машкиллейсон
в 1965г. Возникает почти
исключительно на красной
кайме нижней губы.**



Клиника

- Элемент поражения – папула диаметром от 4 мм до 1 см полушаровидной формы, которая выступает над красной каймой на 3-5 мм и имеет плотноватую консистенцию. Окраска варьирует от цвета нормальной красной каймы до застойно-красного. Однако у многих больных поверхность узелка покрыта плотно сидящими тонкими чешуйками, не снимающихся при соскабливании, и напоминает бородавку или ороговевающую папиллomu



Пальпация безболезненная. Располагается этот узелок на внешне неизменной красной кайме. Течение болезни довольно быстрое, озлокачествление может произойти через 1-2 месяца.

Бородавчатый предрак следует дифференцировать с обыкновенной бородавкой, папилломой, кератоакантомой, пиогенной гранулемой и начинающимся озлокачествлением: усиление интенсивности роста, усиление процессов ороговения на поверхности, появление уплотнения в основании элемента, болезненности

Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

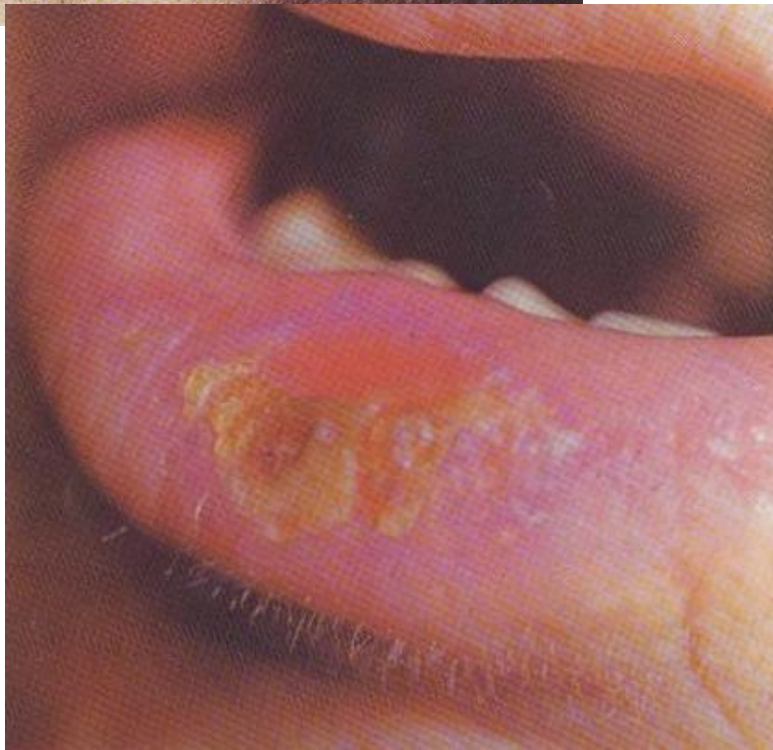
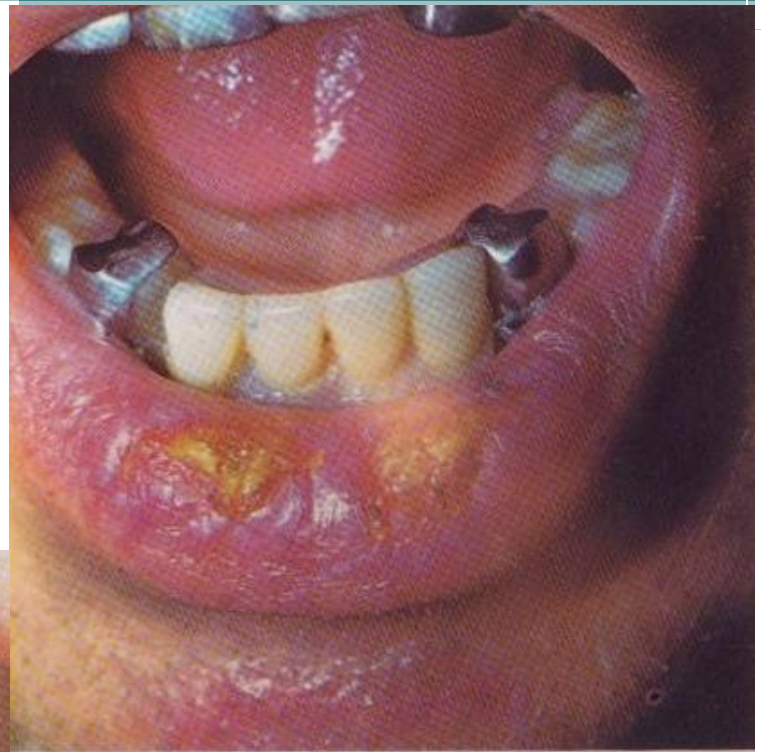
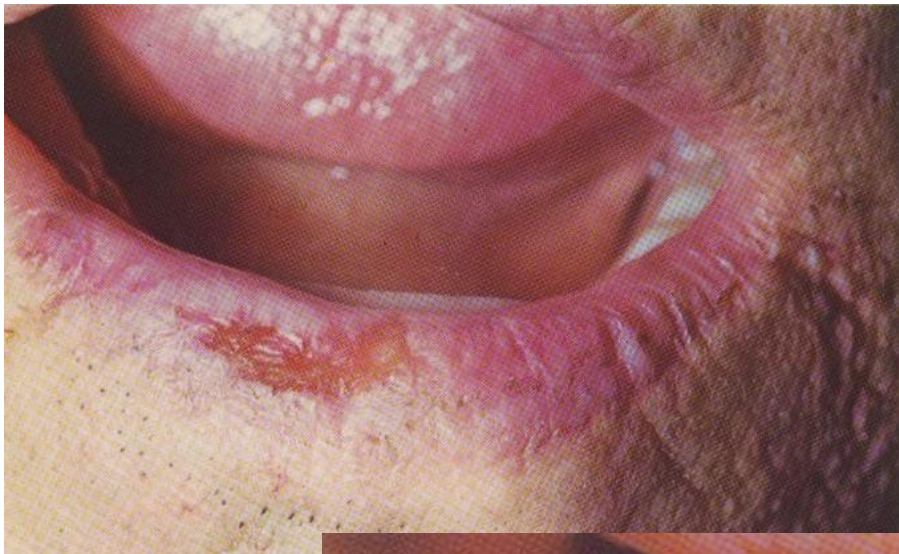
Описан в 1933 г. Итальянским дерматологом Манганотти. Встречается преимущественно у мужчин в возрасте старше 60 лет. В возникновении хейлита Манганотти важное значение имеют возрастные трофические изменения тканей, особенно нижней губы. В патогенезе следует учитывать нарушения обмена веществ, функции ЖКТ, гиповитаминоз А.

Клиническая картина.

Характерно наличие на ККГ одной, реже двух и более эрозий округлой или неправильной формы, располагающихся сбоку, ближе к середине красной каймы.

Поверхность эрозии гладкая, ярко-красная. Иногда покрытая тонким слоем эпителия или на ней образуются корки. Эрозии существуют длительное время, иногда эпителизируются, а потом снова на том же или другом месте.





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.

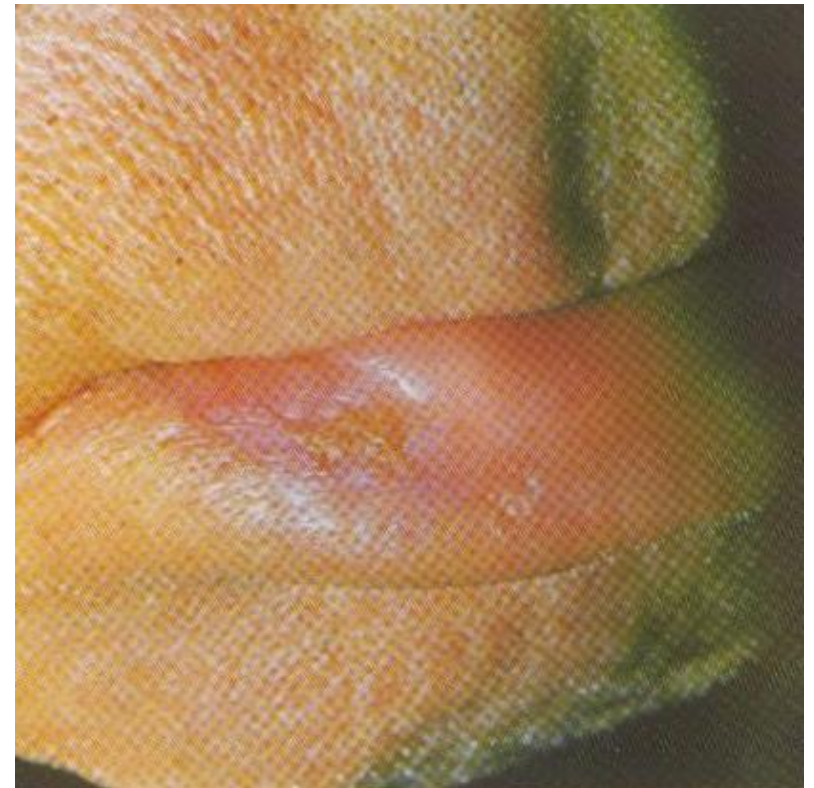
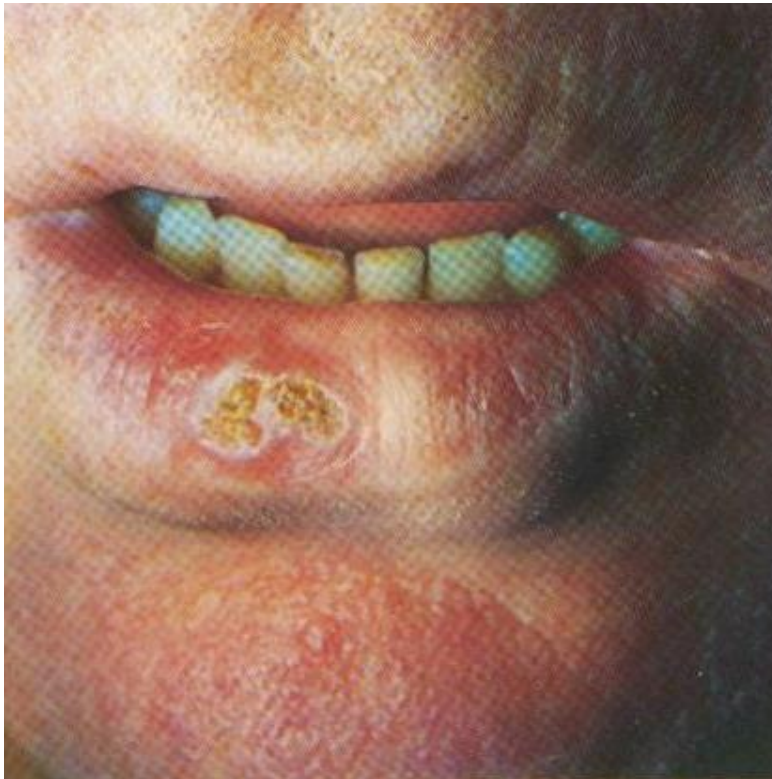
Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

**Среди больных преобладают мужчины среднего
возраста . Процесс локализуется на красной
кайме нижней губы, сбоку от центра.**



Клиника

- Ограниченный, слегка запавший участок полигональной формы, размерами от 0,2 до 1-1,5 см, покрытый плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета. Красная кайма губ в зоне поражения мягкая и безболезненная.



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.

Лейкоплакия

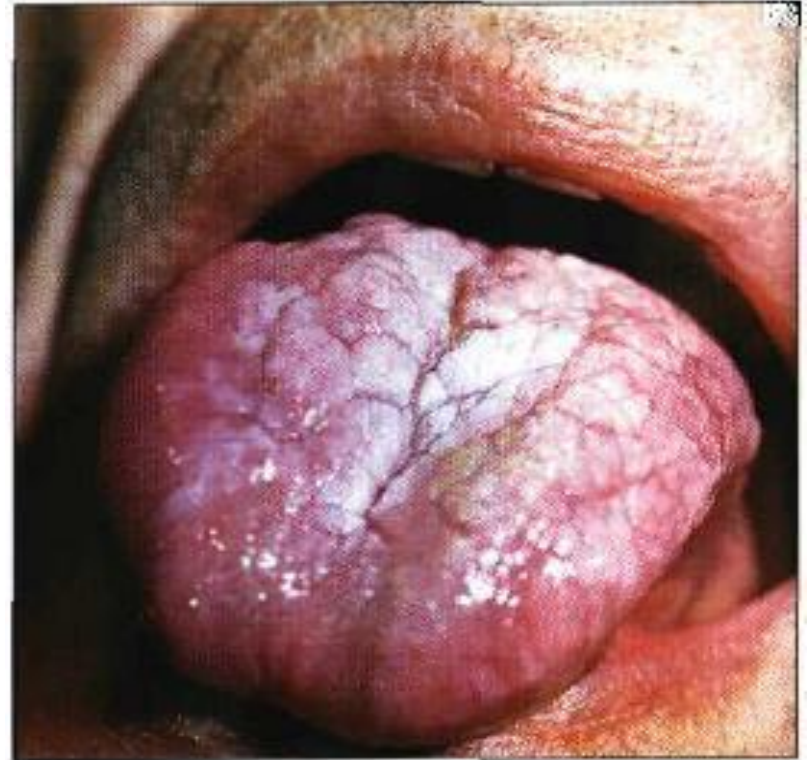
Хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся повышенным ороговением (гиперкератоз); развивается как ответная реакция слизистой оболочки на длительную травму, чаще химическую (курение), механическую.

- **Распространенность.** Встречается главным образом у мужчин в возрасте 40-50 лет. **Формы.** Плоская, веррукозная, эрозивная 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).

Лейкоплакия



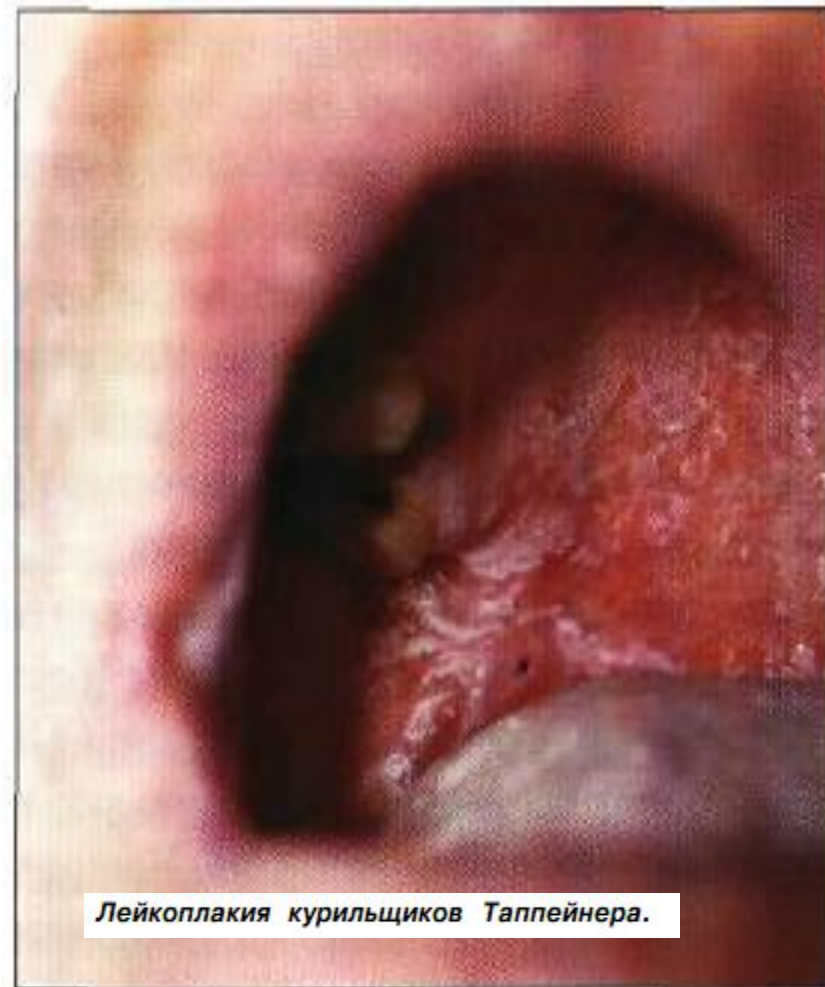
лейкоплакия



Возвышающаяся форма лейкоплакии слизистой оболочки спинки языка.



Плоская лейкоплакия в области угла рта.



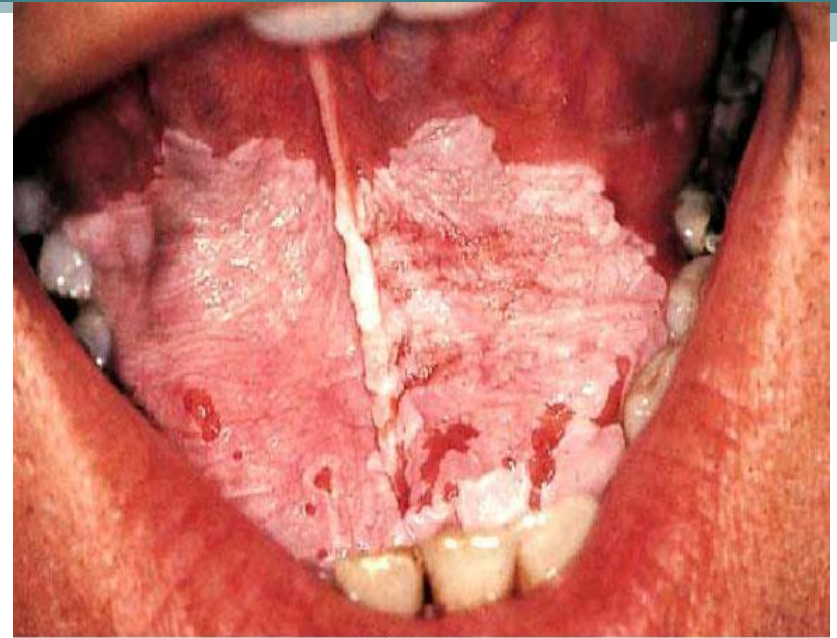
Лейкоплакия курильщиков Таппейнера.

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.



лейкоплакия



лейкоплакия

- 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.

Кожный рог

Кожный рог (cornu cutaneum) — ограниченная гиперплазия эпителия с резко выраженным гиперкератозом, который по виду и плотности напоминает рог. Возникает на красной кайме губы, чаще нижней, у людей в возрасте старше 60 лет.

Клиника довольно типична. Поражение представляет собой четко ограниченный очаг диаметром до 10 мм, от которого отходит выступ конусообразной формы высотой не более 10 мм, грязно- или коричнево-серого цвета

Кожный рог может существовать годами, но в любое время может наступить малигнизация. О ней судят по появлению воспаления и уплотнения вокруг основы рога, усилению интенсивности ороговения.



Кожный рог на красной кайме нижней губы.

Кератоакантома (ceratoacantoma) — доброкачественная эпидермальная опухоль, которая чаще всего локализуется на красной кайме нижней губы, реже — на языке.

Клиника. Заболевание начинается с образования на губе или языке серо-красного узелка с кратероподобным углублением в центре, которое выполнено роговыми массами. На протяжении месяца опухоль достигает максимального размера (25 x 10 мм). Возможно разное развитие кератоакантомы. Чаще всего через 6—8 месяцев она сама по себе исчезает, а на ее месте образуется атрофический пигментированный рубец или может трансформироваться в рак.



Диагностика и лечение.

Диагноз кератоакантомы основан на типичной клинической картине и быстром росте. В отличие от бородавчатого предрака кератоакантома имеет характерное воронкообразное углубление в центре, заполненное свободно удаляющимися роговыми массами. Труднее отличить кератоакантому от экзофитной формы рака. В таком случае имеет значение то, что раковая опухоль располагается более глубоко, имеет более плотную консистенцию, особенно в основании, при раке отмечается кровоточивость после удаления роговых наложений.

Лечение: хирургическое удаление в пределах здоровых тканей.

