

Предраковые заболевания слизистой оболочки рта



Выполнил: студентка
647 группы
Кабанова Т.О.

В зависимости от степени вероятности озлокачествления различают процессы, требующие различных подходов в лечении и динамическом наблюдении.

Облигатные процессы без лечения обязательно рано или поздно приводят к развитию рака. К облигатным предракам целесообразно отнести те патологические изменения в тканях, которые рано или поздно превращаются в рак и требуют в момент диагностики хирургического их лечения.

Факультативные предопухолевые заболевания приводят к раку далеко не всегда.

◆ Факторы внешней среды, вызывающие или способствующие возникновению предрака кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

Химические факторы:

- длительное и регулярное употребление нас
- химические вещества, с которыми человек сталкивается на производстве или в сельском хозяйстве (в химической или текстильной промышленности, при переработке нефти и др.)
- копченые продукты, т.к в них имеется повышенная концентрация тяжелых металлов
- вещества, которые образуются при сгорании табака. Курение вызывает многофакторное влияние на слизистую оболочку: воздействие химических канцерогенов, ионизирующей радиации, термическое повреждение
- Длительное злоупотребление алкоголем отрицательно влияет на состояние слизистой оболочки ротовой полости. Алкоголь следует отнести к тем факторам, который сам по себе не является канцерогеном, но в совокупности с другими влияют на канцерогенез

◆ Факторы внешней среды, вызывающие или способствующие возникновению предрака кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

- Физические:

- Ультрафиолетовое излучение. Длительное ультрафиолетовое излучение в больших дозах вызывает в организме иммунодепрессию.

- Ионизирующего излучения. Лица, получавшие лучевую терапию по поводу опухолей той или иной локализации, имеют дегенеративно-дистрофические изменения в слизистой оболочке полости рта, которые сохраняются длительное время и являются фоном, на котором развивается злокачественная опухоль.

◆ Факторы внешней среды, вызывающие или способствующие возникновению предрака кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

- **Электрохимическое воздействие.**
 - возникающие в полости рта гальванические токи, что обусловлено наличием в ротовой полости ортопедических конструкций из разных металлов
 - У этих больных в полости рта на слизистой оболочке появляются гиперплазии и гиперкератозы, что служит фоном для развития рака.

◆ Факторы внешней среды, вызывающие или способствующие возникновению предрака кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

- Хроническая травма.
 - механическая травма. Может быть нанесена острым краем зуба или пломбы, твердыми зубными отложениями, неправильно изготовленными съемными и несъемными зубными протезами
 - термическая травма. Возникает при длительном многократном потреблении горячей пищи или курении

◆ **Факторы внешней среды, вызывающие или способствующие возникновению предрака кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ**

- Биологические факторы.
 - предрасполагающего фактора рассматривается герпес простой (лишай пузырьковый, Herpes simplex), чаще проявляющийся на красной кайме губ.
 - неблагоприятным фактором является несанированная полость рта. Опасность несанированной полости рта при одновременном курении и употреблении алкоголя увеличивает вероятность возникновения злокачественных опухолей.
 - функциональная недостаточность системы пищеварения. При гастритах изменяется функциональное состояние эпителия ротовой полости.

Классификация (разработана проф. А.Л. Машкиллейсоном, 1977)

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта:

- А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).
 - Болезнь Боуэна (рис. 1).
- Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные).
 - Лейкоплакия абразивная и веррукозная.
 - Папилломатоз.
 - Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
 - Постлучевой стоматит.

Болезнь Боуэна

- Клиника:медленно увеличивающиеся пятнистоузелковые поражения, схожие с лейкоплакией с мелкобугристой
- поверхностью и сосочковыми разрастаниями или красным плоским лишаем. Очаги могут сливаться, образуя полициклические бляшки с гиперемированной, гладкой или бархатистой поверхностью. При
- длительном существовании появляются признаки атрофии,эрозирование поверхности. По современным представлениям дискератоз Боуэна является интраэпителиальным раком (cancer in
- situ)
- Лечение хирургическое, при невозможности – близкофокусная рентгенотерапия.



Лейкоплакия

Клиника:ороговение слизистой оболочки полости рта иликрасной каймы нижней губы. Различают лейкоплакию плоскую и веррукозную, выделяется

также эрозивная форма лейкоплакии. Болезнь проявляется бляшками серовато-белого оттенка с жесткой поверхностью. Особенность заболевания — длительное развитие с периодами обострения и ремиссии.

- Лечение лейкоплакии сводится в неспецифическим мероприятиям:

1. Санация полости рта.

2. Отказ от курения.

3. Лечение желудочно-кишечной патологии.

4. Витамины группы В.

5. Курс аевита (внутримышечно по 1 мл через день). Для лучшей эпителизации при

эрозивной форме лейкоплакии эрозий аппликации витамина А и кортикостероидные мази.

Очаги веррукозной и эрозивной лейкоплакии иссекают с обязательным гистологическим исследованием. Возможна криодеструкция.



Папилломатоз

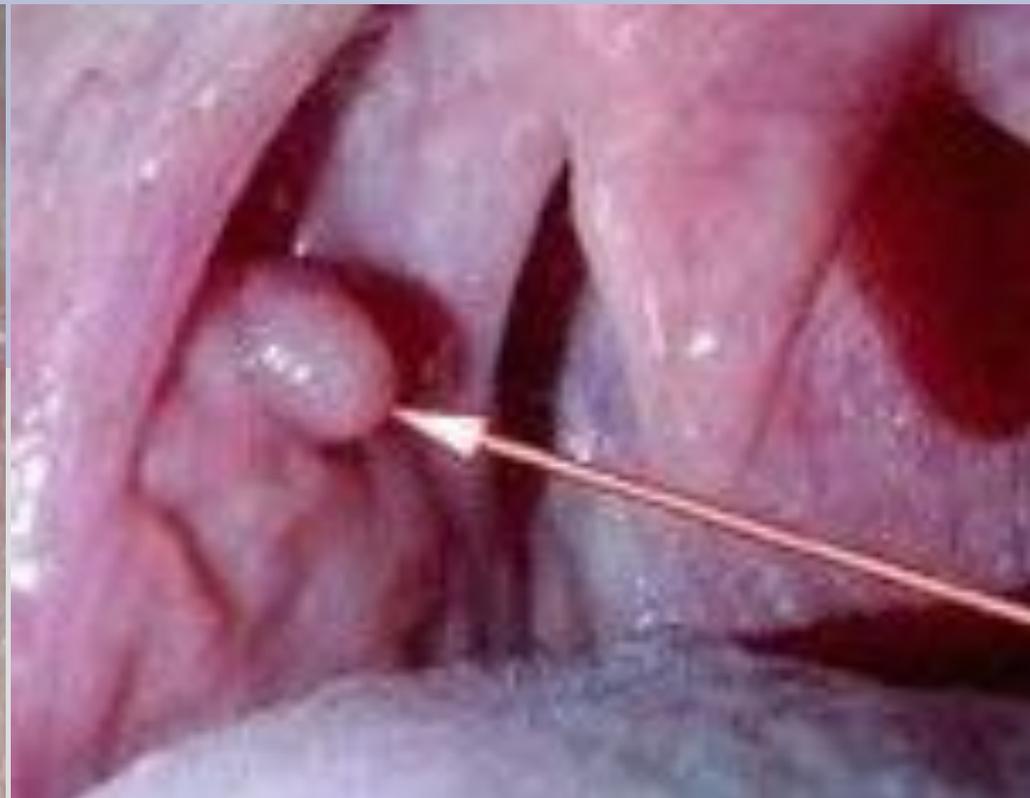
Причиной заболевания служит заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ). Локализуется на языке, внутренней стороне щек, горле.

Клиника: образование на ножке или на широком основании, располагающееся на красной кайме или слизистой оболочке, часто – твердое и мягкое нёбо.

Папилломатоз – множественные сливающиеся узелки.

Ороговевающие папилломы серовато-белого цвета, неороговевающие по цвету не отличаются от красной каймы.

Лечение: хирургическое.



Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.

Клиника: При эрозивно-язвенной форме красной волчанки возникают язвы и эрозии, не склонные к эпителизации, нерезко выражен гиперкератоз. При гиперкератотической форме красной волчанки типичен располагающийся на фоне четко ограниченного эритематозного пятна, значительно возвышающийся над уровнем красной каймы гиперкератоз

Лечение: синтетические антималярийные препараты (хлорохин-дифосфат, делагил, хингамин) в комбинации с небольшими дозами кортикостероидов и витаминами группы В, никотиновой кислотой.

