

**ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА И ГУБ**

**Кафедра терапевтической стоматологии
с курсом ИПО
Доцент Чемикосова Т.С.**

УФА-2013



доцент Чемикосова Т.С.

Продолжительность 120 минут

НОЗОЛОГИЯ

Предрак – доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы, дисгормональные состояния – на фоне которых при неблагоприятных условиях может развиваться рак.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Предраковые поражения предшествуют раку нижней губы в 92-97% , органов полости рта- в 88% чаще у мужчин в возрасте 40-45 лет.

ЭТИОЛОГИЯ

Экзогенные факторы:

- хроническая механическая травма;
- хроническая термическая травма;
- химические раздражители-канцерогены
 - бытовые;
 - производственные;
- -метеорологические факторы;
- -ионизирующая радиация;
- -биологические факторы(нарушение процессов ороговения слизистой);
- -химизация и урбанизация образа жизни;
- -преждевременное старение организма.

Эндогенные факторы:

- -нарушение обменных процессов, гормонального статуса;
- -заболевания ЖКТ, псориаз, ихтиоз;
- -социально-экономические условия приводят к первичным иммунодефицитам;
- -наследственная предрасположенность;
- -модифицированные факторы: плохая гигиена полости рта, хроническая одонтогенная инфекция, алкоголь, разнородные металлические конструкции в полости рта.

ГИСТОЛОГИЯ

Предрак характеризуется нарушением процесса кератонизации в эпителии СОПР по типу гиперкератоза и дискератоза без инвазии в подлежащие ткани.


Дисплазия является критерием пролиферативных процессов и выражается - гиперхромией ядер, полярным нарушением созревания, ранней кератонизацией, увеличением числа патологических митозов, сохранением капельных включений. Различают степени дисплазии: слабая, средняя, тяжелая.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

I. Облигатные предраковые заболевания:

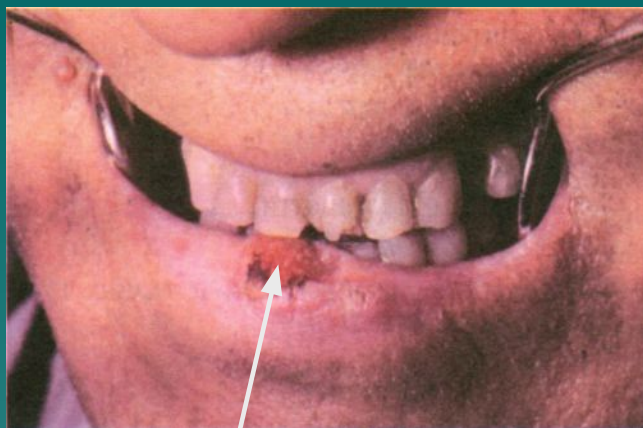
- ❑ **Болезнь Боуена и эритроплазия Кейра.**
- ❑ **Бородавчатый или узелковый предрак красной каймы губ.**
- ❑ **Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.**
- ❑ **Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы.**

II. Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью:

- Лейкоплакия эрозивная и веррукозная.
 - Папиллома и папилломатоз нёба.
 - Кожный рог.
 - Кератоакантома.
- 

III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:

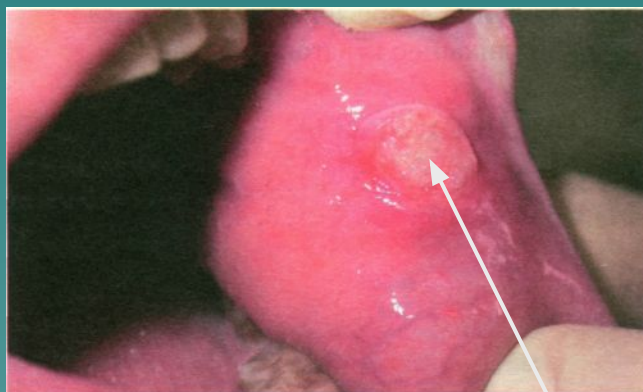
- Лейкоплакия плоская.
- Хронические язвы слизистой оболочки рта.
- Эрозивные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая красной каймы губ.
- Хронические трещины губ.
- Метеорологический и актинический хейлиты.



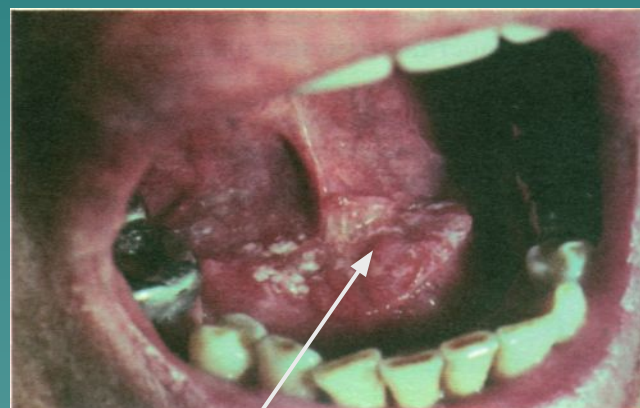
Рак нижней губы



Рак языка



**Рак слизистой оболочки щеки
в области угла рта**



**Рак дна полости рта на
фоне лейкоплакии**



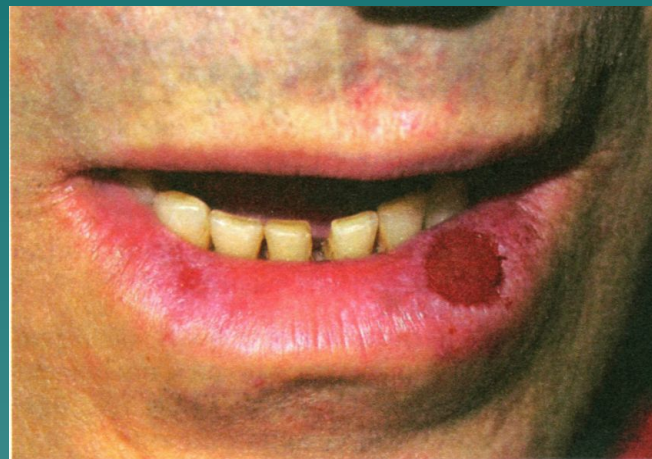
Болезнь Боуэна



Ограниченный предраковый гиперкератоз



Бородавчатый предрак



Хейлит Манганотти

СЕМИОТИКА КЛИНИКА

Жалобы у многих больных отсутствуют. Возможно появление ощущения шероховатости, инородного тела, выбухание, пощипывание, жжение, болезненность.

Следует обратить внимание на следующие клинические симптомы:

- длительность и волновое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- ускорение темпов роста патологического очага;
- усиление процессов ороговения;
- появление уплотнения под основанием или вокруг очага;
- исчезновение четких границ патологического очага;
- изъязвление;
- появление кровоточивости;
- возникновение самопроизвольных ночных болей ноющего характера.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- ◆ **стоматоскопия и хейлоскопия;**
- ◆ **люминисцентное исследование;**
- ◆ **метод трансиллюминации;**
- ◆ **радиоизотопное исследование;**
- ◆ **морфологическое исследование
(цитологическое (структура клеток)-
взятие материала(мазок-отпечаток) ,
гистологическое(тканевой срез)
соскоб, эксфолиативный метод.**

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы и методы

- ◆ **Общее лечение** - средства, повышающие неспецифическую реактивность организма, диетотерапия, лечение органной патологии.
- ◆ **Местное лечение** – хирургическое удаление очага(криодеструкция, лазер, лучевая терапия).

ПРОГНОЗ

**Зависит от раннего обращения
больного, степени дисплазии,
отсутствия элементов малигнизации,
общего состояния организма.**

ПРОФИЛАКТИКА

- ✓ Своевременное обращение к врачу при наличии патологических изменений на красной кайме губ и СОПР.
- ✓ Санация полости рта, предупреждение травматических ситуаций в полости рта.
- ✓ Не иметь вредных привычек.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА



НОЗОЛОГИЯ

Болезнь Боуэна -
медленно
прогрессирующее
очаговое
заболевание,
относящееся к
облигатным
предракам СОПР
и губ.



Болезнь Боуэна.
Очаг гиперкератоза
на слабо гиперемированном
основании на слизистой
оболочке дна полости рта.



Болезнь Боуэна

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Развивается преимущественно у мужчин в возрасте 40-50 лет.

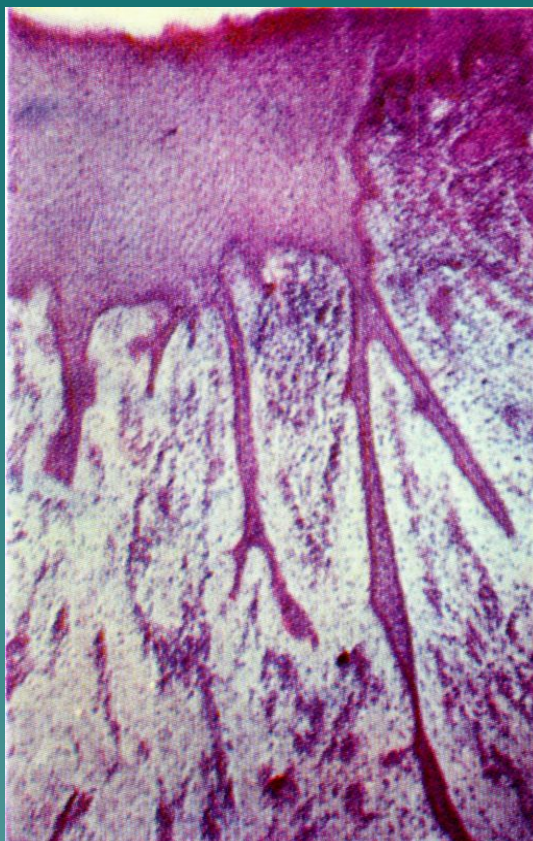
ЭТИОЛОГИЯ

Причина - предположительно инсоляция, нарушено полноценное усвоение витамина А, травмы, алкоголь , курение.

МОРФОЛОГИЯ. ГИСТОЛОГИЯ.

**Плотный узелок, или бляшка.
Нарушенная целостность эпителия
ведет к предраковым изменениям.
Гистологически соответствует
внутриэпителиальному
спиноцеллюлярному раку с
сохранением целостности
базальной мембраны.**

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ. БИОХИМИЯ.



Локализованная пролиферация эпителия с явлениями акантоза, полиморфизма клеток шиповидного слоя. Выражено ороговение.

**АКАНТОЗ. ОКРАСКА
ГЕМАТОКСИЛИНОМ
И ЭОЗИНОМ. УВ. 9 X 10.**

КЛИНИКА

Проявления болезни Боуэна разнообразны на слизистой оболочке полости рта. Один, реже два и более очагов поражения на дужках, мягком нёбе, языке, щеки и красной кайме нижней губы. Пятнисто-узелковое поражение размером от 1 см в диаметре.

Поверхность очага гиперемирована, гладкая или бархатистая с сосочковыми разрастаниями. Участок поражения неправильной формы застойно-красного цвета, может эрозироваться, атрофироваться, западать.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цитология проводится при нарушении целостности эпителия - обнаруживают атипичные клетки при трансформации в рак.

Гистологический - проводят после полного хирургического иссечения.

Дифференциальная диагностика

Отличия

Лейкоплакия

Элемент поражения - белое пятно, возвышающееся над поверхностью слизистой с четкими краями.

Плоская лейкоплакия слизистой оболочки полости рта и вентральной поверхности языка



Веррукозная лейкоплакия десны верхней челюсти



Эрозивная лейкоплакия боковой поверхности языка

Дифференциальная диагностика

Отличия

*Красная
волчанка*

Очаг не имеет четких контуров, окружающая слизистая гиперемирована. Типичные очаги на коже.



**Красная волчанка красной каймы
губы. Дискоидная форма.**



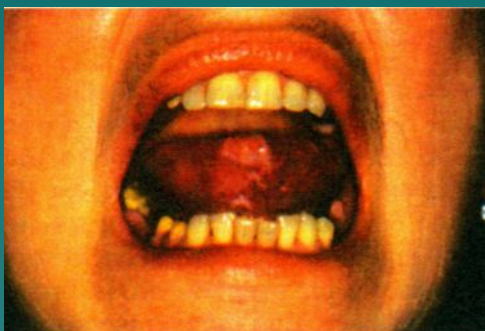
**Эрозивно-язвенная форма
красной волчанки.**

Дифференциальная диагностика

Отличия

Сифилитические папулы

Редко одиночные на дужках, мягком небе, округлой формы, налет легко снимается, под ним инфильтрат



**Вторичный сифилис.
Сифилитические папулы
на спинке языка.**

**Вторичный сифилис.
Сифилитическая папула
на кончике языка.**



Лечение

**Только хирургическое с
последующим гистологическим
исследованием.**

ПРОГНОЗ

Чаще неблагоприятный.

ПРОФИЛАКТИКА

Соответственно устранением факторов
риска.

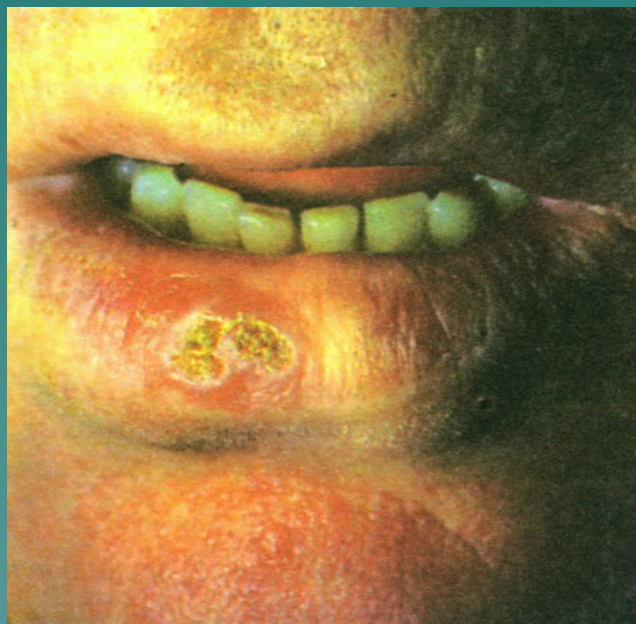


***БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК
КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ***



НОЗОЛОГИЯ

**Бородавчатый или узелковый
предрак красной каймы губ**



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

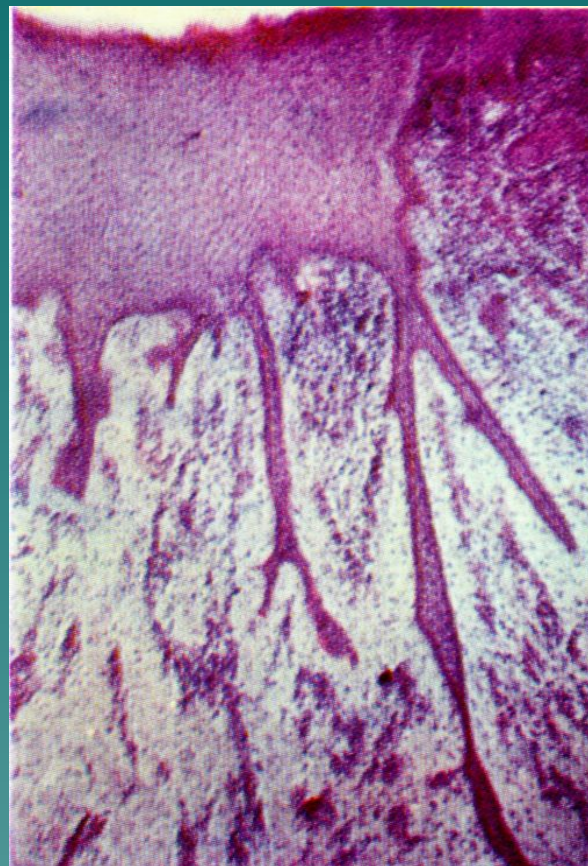
В основном у мужчин на нижней губе в возрасте 40-50 лет, давность заболевания от 1 месяца до 3-5 лет.

ЭТИОЛОГИЯ

- **инсоляция**
- **курение**
- **алкоголь**
- **недостаток витамина А**
- **травма, без видимой причины**
- **после затяжного герпеса.**

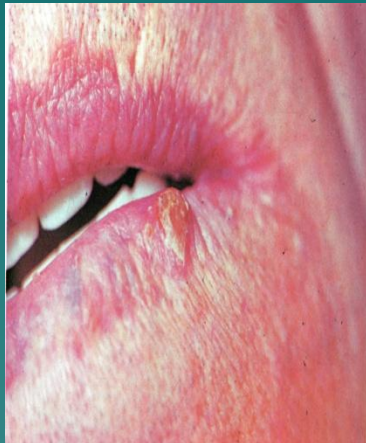
МОРФОЛОГИЯ. АНАТОМИЯ. ГИСТОЛОГИЯ.

Узелковое образование полушаровидной формы . Локализованная пролиферация эпителия с явлениями акантоза, полиморфизма клеток шиповидного слоя. Выражено ороговение.

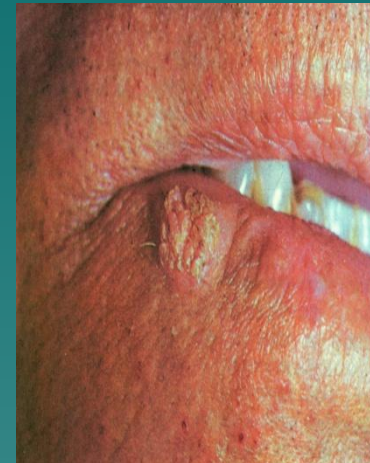


Акантоз.

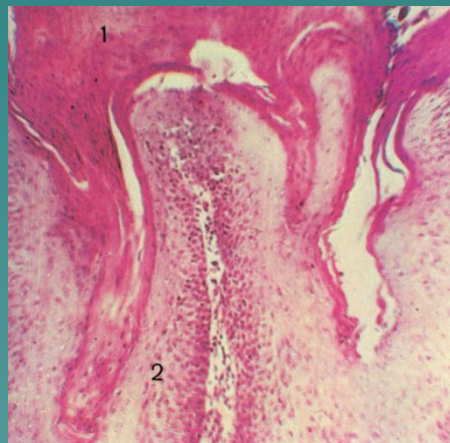
**Бородавчатый предрак красной каймы губ.
а, б – возвышающийся узел на красной кайме нижней губы.**



а



б



Патогистологическая картина при бородавчатом предраке. Гиперкератоз (1), акантоз (2), пролиферация эпителия.

КЛИНИКА

Жалоб на боли нет. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Имеется приподнятое над поверхностью узелковое образование диаметром до 1,0 см, резко очерченное полушаровидной формы. Поверхность бугристая, покрытая чешуйками, под ними кровоточащая эрозия. Малигнизация через 1-2 месяца.

Ощущения отсутствуют. Плотный безболезненный узелок или бляшка с гладкой или шероховатой поверхностью до 1см. в диаметре. Локализация- на дужках миндалин, мягком небе, языке, щеках, красной кайме губ. Очаг неправильной формы, поверхность бархатистая, втянутая, возможно в центре образование эрозии, в окружении застойно красного цвета слизистой. В течение нескольких месяцев трансформация в рак.

**Бородавчатый
предрак на
нижней губе.**



ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Цитологическое (соскоб) -
дискариоз, полиморфизм,
атипия клеток.**

**Гистологическое исследование
в сочетании с полным
хирургическим иссечением
(возможен инвазивный рост).**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

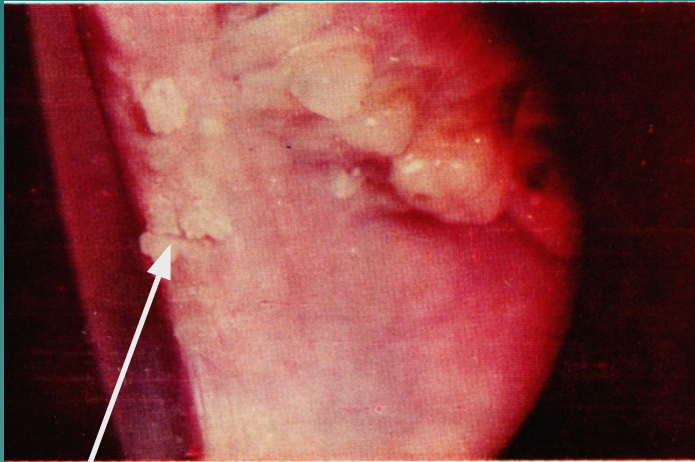
Отличия

**Обыкновенная
бородавка**

- множественные бородавки с сосочковой поверхностью на коже вокруг губ

Отличия

ПАПИЛЛОМА



- округлое образование, подвижное на широкой ножке с гладкой или морщинистой поверхностью. На зоне Клейна или на слизистой.

КОЖНЫЙ РОГ

Отличия



Кожный рог на
верхней губе

- конусообразной
формы в виде рога
высотой до 1 см,
грязно-серого цвета,
плотной консистенции

ПИОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА

Отличия

- одиночное образование на красной кайме губы насыщенного красного цвета, покрытого гнойными корочками, может быть на ножке.

ОЗЛАКОЧЕСТВ- ЛЕНИЕ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА

Отличия

- увеличивается в размере, усиливается ороговение, трещины, кровоточивость, уплотнение в основании.

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое - полное удаление участков поражения.

Лучевая терапия (в случае невозможности хирургического лечения).

В последующем - наблюдение у терапевта-стоматолога.

ПРОГНОЗ

Неблагоприятный при отсутствии ранней диагностики.

При своевременном лечении прогноз благоприятный .

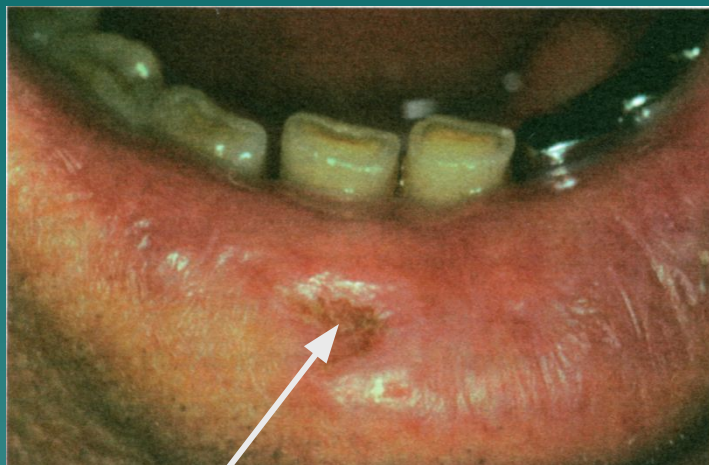
ПРОФИЛАКТИКА

Предупреждение факторов риска развития (экзо и эндогенных).

**ОГРАНИЧЕННЫЙ
ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ
КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ**



НОЗОЛОГИЯ



Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.

Очаг гиперкератоза полигональной формы размером 0,2-0,5 мм, серо-белого цвета, покрыт плотно сидящими чешуйками на красной кайме губ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

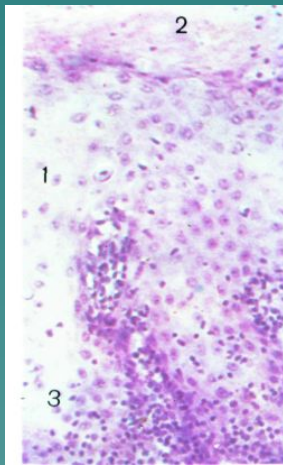
Чаще болеют мужчины от 30 до 50 лет, давность заболевания от 1 года до 5-7 лет.

ЭТИОЛОГИЯ

- ◆ без выраженных причин;
- ◆ после механической травмы;
- ◆ курение;
- ◆ работа на открытом воздухе, на химических производствах, сухость и шелушение губ.

ГИСТОЛОГИЯ

Гиперкератоз эпителия красной каймы в виде чешуи на поверхности губы, ограниченная пролиферация вглубь тканей. В эпителии картина дискератоза. Возможен cancer in situ.



**Патогистологическая картина
ограниченного гиперкератоза
красной каймы губ.
Очаговая гиперплазия (1), гиперкератоз (2),
дискомплексация и полиморфизм
клеток шиповатого слоя (3).**

КЛИНИКА

На красной кайме нижней губы, в боковых отделах ограниченный участок полигональной формы серовато-белого цвета за счет плотно сидящих чешуек с плоской или западающей поверхностью. Размер очага от 0,2х0,5 до 1,5 см. Лимфатические узлы не изменены.



а



б

**Ограниченный гиперкератоз красной каймы губ.
а – несколько втянутый очаг гиперкератоза
неправильной формы; б – очаг гиперкератоза, покрытый
плотно сидящими чешуйками.**

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Гистологическое исследование
проводят после полного
иссечения очага поражения.
Позволяет выявить
озлокачествление.**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Отличия

ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Элемент поражения – пятно белого цвета, иногда бугристое, без чешуек.

**Плоская лейкоплакия нижней губы.
а – помутнение слизистой оболочки с четкими границами; б – участок ороговения слизистой оболочки**

а



б



Веррукозная лейкоплакия, выраженный гиперкератоз слизистой оболочки в центре языка



Малигнизация лейкоплакии



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Отличия

**Эксфолиативный
глоссит**

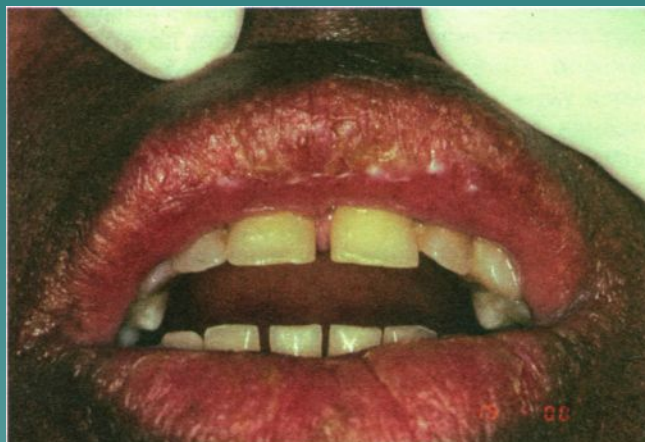
Чешуйками
покрыта вся
красная кайма
губ, чешуйки
легко
снимаются,
могут плотно
фиксироваться в
центре.

**Эксфолиативный хейлит
(а, б - сухая форма)**

а



б



Эксфолиативный хейлит (экссудативная форма)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Отличия

**КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ
ЛИШАЙ**

Гиперкератоз в виде ороговевших с кружевным рисунком, с захватом зоны Клейна (переход в слизистую губы).



a



б

Плоский лишай. Поражение красной каймы нижней губы (а).

Плоский лишай. Поражение десен (б).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Отличия

**КРАСНАЯ
ВОЛЧАНКА**

Очаг атрофии и гиперкератоза обширен на гиперемизированной поверхности с инфильтратом. Типично поражение кожи лица.



а



б

Хроническая очаговая красная волчанка.

- а – эритематозные пятна, покрытые белыми бляшками, на красной кайме губ и прилежащей коже;**
- б – эритематозные пятна, покрытые белыми бляшками, и очаги атрофии на слизистой оболочке нижней губе.**

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое – полное иссечение очага в пределах здоровых тканей – исключить озлокачествление позволяет гистологический контроль.

ПРОГНОЗ

**При своевременном
хирургическом лечении
прогноз благоприятный.**

ПРОФИЛАКТИКА

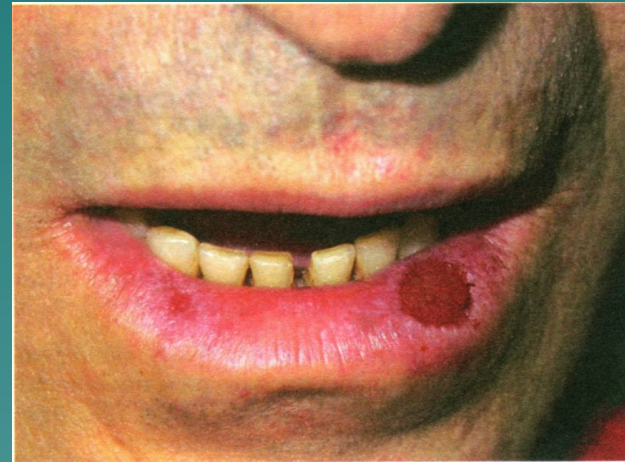
Исключить вредные привычки, механические травмы красной каймы губ, при постоянной работе на открытом воздухе смазывание губ защитным кремом.

ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ



НОЗОЛОГИЯ

Длительно не заживающая язва на губе, чаще на одном месте.



Хейлит Манганотти

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

**Чаще у мужчин пожилого
возраста старше 50 лет.**

ЭТИОЛОГИЯ

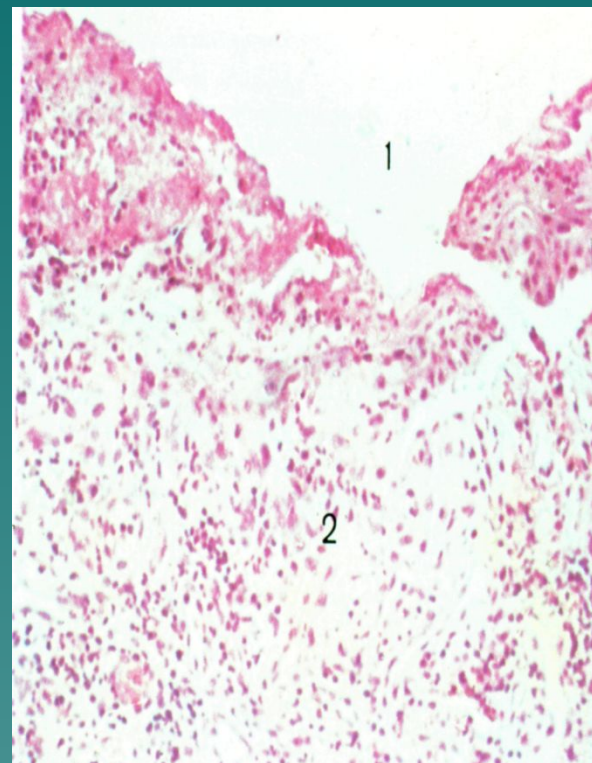
На фоне курения, заболеваний ЖКТ, работа на открытом воздухе, на предприятиях по переработке нефтепродуктов, на фоне механической травмы, частых рецидивов хронического герпеса.

АНАТОМИЯ

Поверхность эрозии красного цвета овальной формы на красной кайме нижней губы.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГИСТОЛОГИЯ

Микроскопически определяется дефект эпителия, заполненный соединительной тканью, обильно инфильтрированной клеточными элементами. По краям дефекта наблюдается пролиферация эпителия, который в виде тяжей может проникать в ткань, заполняющую дефект. Имеется дискомплектация и атипия клеток шиповидного слоя, в дерме – полнокровие сосудов, клеточная инфильтрация.



*Патогистологическая картина
при хейлите Манганотти*

КЛИНИКА

Очаг поражения представлен одной или несколькими поверхностными эрозиями, создающими впечатление соскобленной (абразивной) поверхности, которая имеет неправильную или овальную форму и может быть покрыта легко снимающимися корками. Поверхность эрозии красного цвета, основание мягкое. Под влиянием лечения или даже без него наступает эпителизация эрозии, но спустя некоторое время в зоне бывшего поражения либо рядом появляется новая эрозия. И так повторяется неоднократно.

Малигнизация может наступить уже спустя 4-6 мес. после появления первой эрозии, но часто этот период растягивается на несколько лет. Клиническими признаками озлокачествления являются: отсутствие тенденции к заживлению очередной эрозии, появление на поверхности эрозии сосочковых разрастаний, усиление инфильтрации подлежащих и окружающих тканей, кровоточивость эрозии при малейшем травмировании. В сомнительных случаях применяются специальные методы диагностики (цитологические, биопсия тканей).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Цитологическое – в составе
эпителиальные клетки разных
слоев, отдельные с чертами
дискариоза (полиморфизм,
гиперхромия ядер, увеличение
числа и размера).**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА с пузырьчаткой



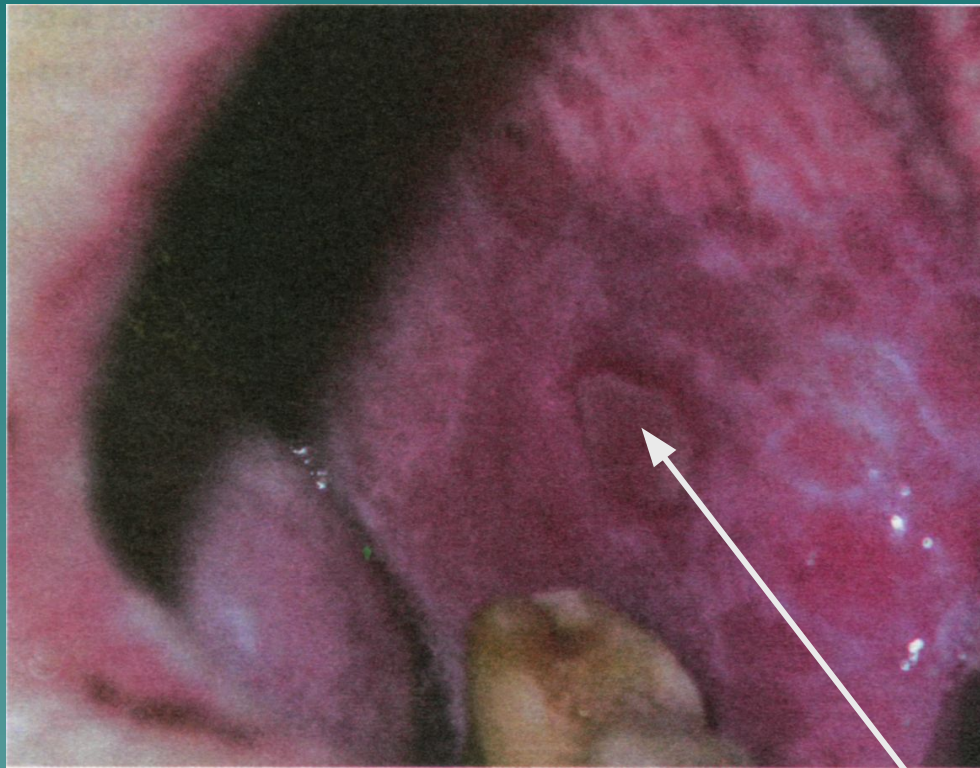
Акантолитическая пузырьчатка

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА с герпетической эрозией



**Хронический
герпетический стоматит**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА
с эрозивно-язвенной формой
красного плоского лишая**



**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА
с эрозивной формой красной
волчанки**



**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА
с эрозивной формой лейкоплакии**



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА с актинической формой хейлита



**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА
с эрозивными папулами при
вторичном сифилисе**



ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку клинические симптомы малигнизации при хейлите Манганотти непостоянны и выражены незначительно, при длительности заболевания более месяца рекомендуется иссечение эрозии в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

Консервативное лечение: внутрь витамин А по 10 капель 3 раза в день, никотиновую кислоту по 0,05 г 2-3 раза в день, внутримышечно вводят 5%-ный раствор аскорбиновой кислоты по 5 мл ежедневно. Курс лечения – 1 мес. Независимо от выбранного метода лечения больным проводят санацию полости рта, устраняют провоцирующие факторы.

Местно применяют аппликации эрозий концентратом витаминов А и Д₂, витамином Е, метилурациловой мазью, солкосерилом.

ПРОГНОЗ

**Благоприятный при проведении
лечения.**

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение факторов риска.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ