

L/O/G/O



Предраковые заболевания - это



патологические процессы, с большей или меньшей частотой предшествующие злокачественным новообразованием.

Виды предраковых заболеваний:

1. Облигатные - предраковые заболевания с наибольшей частотой озлакачествления.
2. Факультативные – относятся заболевания с длительным течением и меньшей вероятностью озлакачествления.

Предраковые заболевания кожи лица:



Облигатные

- Пигментная ксеродермия

Факультативные

- Поздние лучевые язвы
- Кожный рог
- Старческие кератозы

Предраковые заболевания красной каймы губ:



Облигатные:

- Бородавчатый предрак
- Ограниченный гиперкератоз
- Хейлит Манганотти

Факультативные:

- Лейколакия
- Кератоакантома
- Кожный рог
- Папиллома с ороговением
- Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая
- Постлучевой хейлит

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта:



Облигатные:

- Болезнь Боуэна

Факультативные:

- Лейкоплакия (веррукозная форма)
- Папилломатоз
- Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая
- Постлучевой стоматит



Бородавчатый предрак. Проявляется в виде узелка полушаровидной формы с бугристой поверхностью, возвышающейся над уровнем слизистой оболочки, диаметром 4-10 мм. Узелок располагается на неизменённой поверхности, преимущественно нижней губы, пальпация его безболезненна. Окраска – от нормального цвета красной каймы до застойно-красного, может быть серовато-красным.

Гистологически: резко выраженная ограниченная пролиферация эпителия за счёт расширения шиповатого слоя. Отмечаются акантоз, гиперкератоз, перемежающийся с зонами паракератоза, полиморфизм клеток шиповатого слоя. Базальная мембрана сохранена.

Течение быстрое. Может малигнизироваться через 1-2 мес от начала заболевания.

Дифференцировать от папилломы, бородавки, кератоакантомы.

Окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования.

Лечение: удаление участка поражения с последующим гистологическим исследованием.



Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ- поражение, имеющее вид ограниченного участка от 0,2 до 1 см в диаметре. Поверхность очага ровная, покрыта тонкими, плотно сидящими чешуйками и имеет серовато-белый цвет. При поскабливании не удаляются. Очаг поражения у большинства больных слегка западает по отношению к поверхности губы, но иногда может несколько возвышаться над ней. При пальпации уплотнение не определяется.

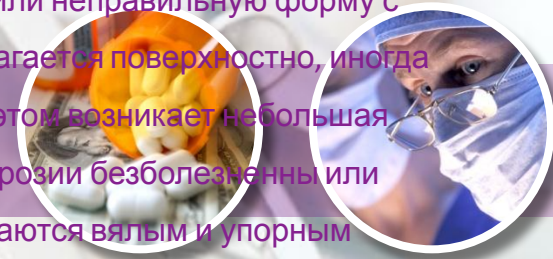
Гистологически: ограниченная пролиферация эпителия вглубь тканей, часто сопровождающаяся дисконкомплексацией шиповатых клеток с гиперкератозом на поверхности. В соединительной ткани под очагом пролиферации определяется полиморфно-клеточная инфильтрация с большим количеством плазматических и тучных клеток, которые местами разрушают базальную мембрану.

Дифференцировать: с лейкоплакией, красной волчанкой, красным плоским лишаем.

Озлокачествление - через 6 мес от начала заболевания.

Лечение – хирургическое – удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием.

располагается на боковых участках губы, реже в центре или у угла рта. Имеет овальную или неправильную форму с гладкой, как бы полированной поверхностью, насыщенно красного цвета. Эрозия располагается поверхностно, иногда покрыта плотно сидящей кровянистой или серозной коркой, удаляющейся с трудом, при этом возникает небольшая кровоточивость. Эрозии, не покрытые корками, не имеют склонности к кровоточивости. Эрозии безболезненны или слабоболезненны. Иногда они возникают на фоне нестойкого воспаления. Эрозии отличаются вялым и упорным течением, плохо поддаются лекарственной терапии. Они могут существовать длительное время, иногда спонтанно эпителизоваться, но спустя некоторое время возникают вновь на тех же или других местах.

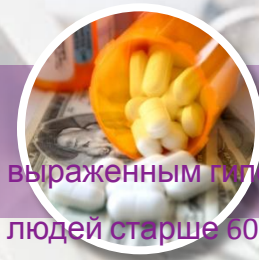


Длительность течения заболевания и его малигнизации индивидуальна – от 4-6 мес до 5-7 лет от начала заболевания. Клинические признаки, указывающие на возможное начало трансформации в рак – появление уплотнения в основании и вокруг эрозии, сосочковые разрастания на её поверхности, кровоточивость после лёгкой травматизации, ороговение вокруг эрозии.

Гистологически: дефект эпителия. Эпителий по краям эрозии в состоянии акантоза, широкие эпителиальные выросты глубоко внедряются в подлежащую строму. Клетки шиповатого слоя находятся в состоянии дисконфлексии и атипии. В строме имеется диффузный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов.

Дифференцировать: от эрозивной формы лейкоплакии, эрозивной формы красного плоского лишая, эрозивной формы красной волчанки, пузырчатки, актинического хейлита, многоформной экссудативной эритемы, герпетических эрозий, рака губы.

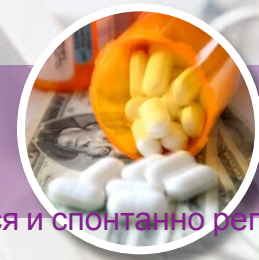
Лечение: устранение местных травмирующих факторов, санация полости рта, рациональное протезирование. Исключается курение, употребление раздражающей пищи, не допускается инсоляция. Необходимо обследование для выявления и лечения сопутствующих общесоматических заболеваний. Если при гистологическом исследовании не выявлено признаков озлокачествления – проводится общее и местное консервативное лечение не более 1-2 мес. Внутрь назначают витамин А (3,44% раствор ретинола ацетата в масле) по 10 капель 3 раза в день, поливитамины. Местно – аппликации масляным раствором витамина А, при наличии фоновых воспалительных явлений, мази с кортикостероидными мазями и антибиотиками, солкосерил и др. При отсутствии эффекта – хирургическое лечение – удаление очага в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.



Кожный рог: представляет собой ограниченный участок гиперплазии эпителия с сильно выраженным гиперкератозом, имеющего вид рогового выступа. Возникает на красной кайме губы, чаще нижней, чаще у людей старше 60 лет. Обычно имеется один кожный рог, но может быть два и более. Очаг поражения на губах или коже чётко ограничен, имеет диаметр до 1 см, от которого отходит конусообразной формы выступ (рог) грязно-серого или коричнево-серого цвета, длиной до 1 см, плотной консистенции, безболезненный. Течение длительное (годами). Начало озлокачествления проявляется воспалением, уплотнением вокруг основания и усилением ороговения. Окончательно диагноз может быть установлен после удаления очага и его гистологического исследования.

Гистологически: ограниченная гиперплазия эпителия красной каймы, с толстым слоем роговых масс. Эпителий в основании кожного рога находится в состоянии гиперкератоза, неравномерного акантоза, часто с явлениями дисконфлексии и атипии.

Лечение: хирургическое – удаление кожного рога в пределах здоровых тканей.



Кератоакантома – эпидермальная доброкачественная опухоль, быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая.

Может локализоваться на красной кайме губ, очень редко – на языке. Начинается с образования на красной кайме губы серовато-красного плотного узелка с небольшим воронкообразным углублением в центре. Рост быстрый. В центре его имеется хорошо выраженное углубление, заполненное легко удаляющимися роговыми массами. Образование почти безболезненное, подвижное, не спаянное с окружающими тканями.

Часто кератоакантома самопроизвольно исчезает с образованием атрофичного пигментированного рубца или она трансформируется в рак.

Гистологически: резко ограниченная, несколько выступающая над окружающими тканями, как бы вдавленная эпителиальная опухоль с кратерообразным углублением, выстланным эпителием и заполненным роговыми массами. Эпителий находится в состоянии акантоза. В соединительнотканной строме имеется воспалительный инфильтрат из плазматических и лимфатических клеток.

Дифференцировать: от папилломы, обыкновенной бородавки, бородавчатого предрака, рака.

Лечение: хирургическое.

Лейкоплакия: представляет собой хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, сопровождающееся повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.

Чаще встречается у мужчин в возрасте 30-40 лет.



Типичная локализация – слизистая оболочка щёк по линии смыкания зубов в переднем отделе, углы рта и красная кайма нижней губы без поражения кожи. Реже поражаются спинка и боковые поверхности языка.

Этиология – не выяснена, но определённое значение имеют постоянные раздражающие факторы: острый край зуба, горячая и острая пища, спирт, курение.

Клиника – обычно жалоб нет, кроме жжения и зуда. Диагноз ставят при осмотре, а также по изменениям слизистой оболочки: в области поражения имеется белесоватый участок слизистой оболочки, несколько плотнее на ощупь. Площадь поражения различна.

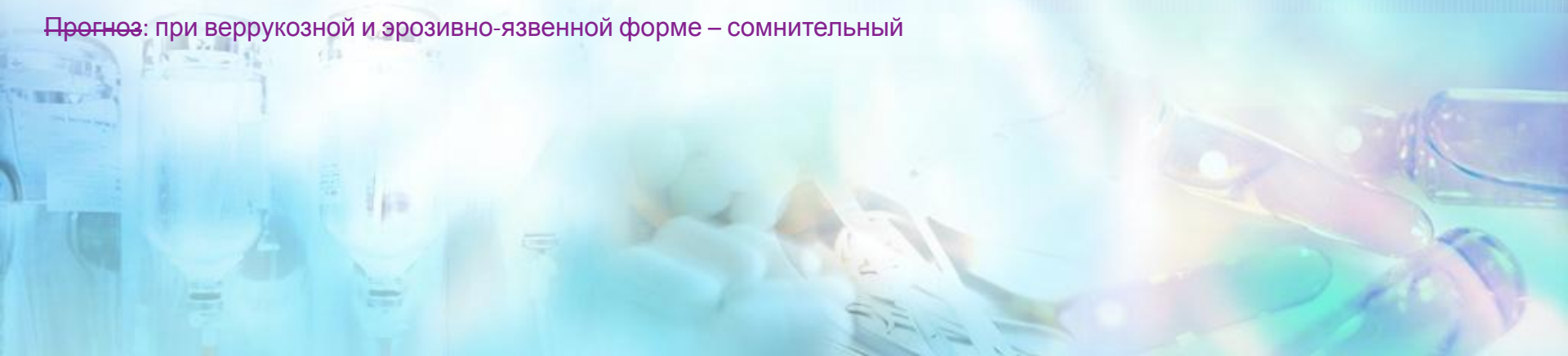
Различают **плоскую форму лейкоплакии**, при которой участки поражения не возвышаются над окружающей слизистой оболочкой; **веррукозную форму**, характеризующуюся уплотнением и вегетацией эпителия на участках поражения; и **эрозивно-язвенную форму**, при которой трещины, борозды и язвы являются одним из признаков, определяющих злокачественное перерождение процесса. Плоская форма может переходить в веррукозную форму.

Лечение – устранить все раздражающие факторы, санация полости рта, устранить горячую и острую пищу, курение, алкоголь; наблюдение у стоматолога или онколога.

Появление глубоких трещин является показанием для иссечения участка поражения для гистологического исследования.

Дальнейшая тактика лечения зависит от анализа.

Прогноз: при веррукозной и эрозивно-язвенной форме – сомнительный



**Принципы
диспансеризации с
предраковыми
заболеваниями Б кожи лиц
слизистой оболочки полости
рта и красный каймы губ**



Профилактика



L/O/G/O



Thank You!

<http://www.google.ru>