

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Диференціальна діагностика передракових захворювань та раку червоної облямівки губ і слизової оболонки порожнини рота.

Підготувала
Студентка 5 курсу
Стоматологічного факультету
Групи №13
Бутовська К.І.

Київ 2014

- Пухлини слизової оболонки порожнини рота зустрічаються здебільшого у людей віком понад 40 років, дещо частіше у чоловіків, ніж у жінок.
- У структурі онкологічних захворювань рак губ займає 5-е місце і становить 5,4 випадки на 100тис. населення; рак слизової оболонки порожнини рота – 6-е місце і становить 3,1 випадки на 100тис. населення.
- Незважаючи на те, що новоутворення слизової оболонки порожнини рота належать до групи візуальної локалізації, давні форми раку становлять 54,8-61,5%.
- Статистично доведено, що рак СОПР у 86-98% розвивається на тлі передракових захворювань.

Диференціальна діагностика новоутворень:

1.Доброякісні пухлини

- Утворені зрілими диференційованими клітинами і точно повторюють структуру материнської тканини, з якої вони утворилися.

2. Злоякісні пухлини

- Утворені незрілими мало- або недиференційованими клітинами.
- Для них характерна морфологічна тріада злоякісності:

I Клітинний поліморфізм;

II Клітинний атипізм;

III Інфільтративний ріст.

3. Передраки

- Патологічні процеси, які передують утворенню раку.
- Відрізняються від раку відсутність однієї або двох ознак, які дають право діагностувати рак (Клітинний поліморфізм; Клітинний атипізм; Інфільтративний ріст).

Класифікація передракових захворювань СОПР і червоної облямівки губ:

I. Облігатні передраки:

1. Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті;
2. Хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
3. Бородавчастий (вузликосий) передрак червоної облямівки губ;
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

II. Факультативні передраки з великою потенціальною злоякісністю:

1. Лейкоплакія /ерозивна, верукозна/;
2. Папілома та папіломатоз піднебінний;
3. Шкірний ріг;
4. Кератоакантома.

III. Факультативні передраки з меншою потенціальною злоякісністю:

1. Лейкоплакія плоска;
2. Хронічні виразки СОПР;
3. Ерозивна та верукозна форма червоного плоского лишая та еритематозу;
4. Хронічні тріщини;
5. Постренгенівський хейліт, стоматит;

- 
- Передракові захворювання

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті.

- Трапляється переважно у чоловіків віком понад 50 років.
- У виникненні хейліту значну роль відіграють вікові трофічні зміни тканин, особливо нижньої губи. У зв'язку з цим у відповідь на різні подразники легко з'являються деструктивні процеси із млявим перебігом.
- У патогенезі захворювання слід враховувати порушення обміну речовин, функції травного каналу, наявність гіповітамінозу А.

Клініка.

Наявність на червоній облямівці губи однієї, рідше – двох і більше ерозій круглої, овальної або неправильної форми.

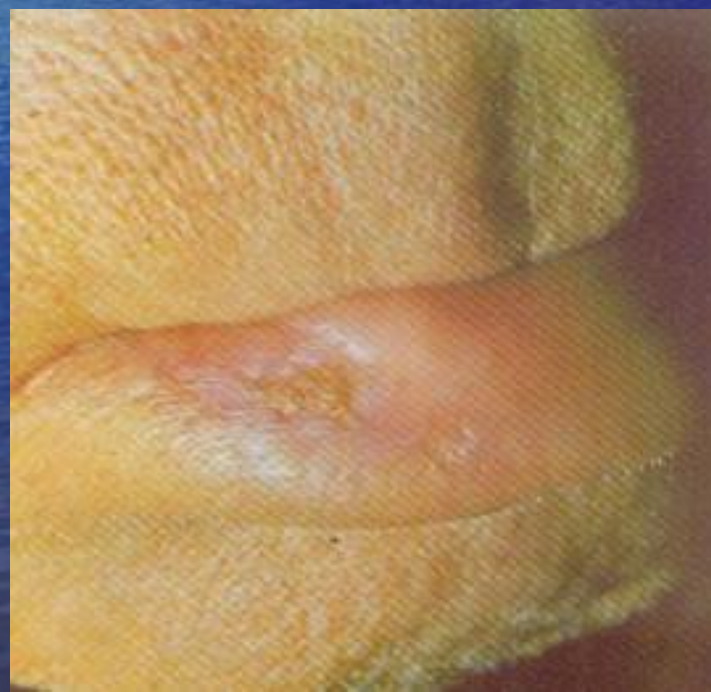
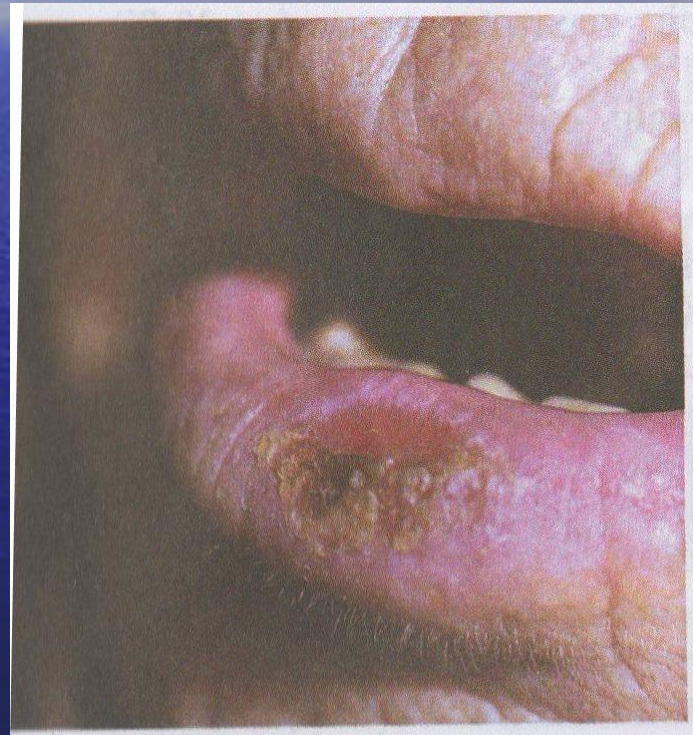
Вона найчастіше розміщена збоку між кутом рота і серединою червоної облямівки.

Поверхня ерозії гладенька, яскраво червона. У деяких хворих вона вкрита тонким шаром епітелію або на ній утворюються сіруваті або навіть геморагічні кірки.

Ущільнення тканин в основі навколо ерозій не спостерігається.

Регіональні лімфатичні вузли не збільшені.

Ерозії існують тривалий час (місяцями), інколи епітелізуються, а потім знову з'являються на тому самому або іншому місці.



Патологічна анатомія.

При патогістологічному дослідженні виявляють дефект епітелію. По краях ерозії епітелій перебуває в стані проліферації, інколи з відокремленням епітеліальних острівців. У зоні проліферації в нижніх рядах остеоподібного і базального шарів спостерігають явища поліморфізму та дисконфлексії клітин. У прилеглій сполучній тканині власної пластинки відзначають масивну запальну інфільтрацію лімфоїдними клітинами та плазмоцитами.

Диференціальна діагностика.

- Диференціюють хейліт Манганотті від ерозивної форми ЧВ, ЧПЛ, лейкоплакії, пухирчатки, ерозії при хронічному рецидивному герпесі.
- Для червоного вовчака характерні еритема, гіперкератоз, атрофія.
- Ерозії при кератозах розміщені на тлі бляшки (лейкоплакія) чи папул (ЧПЛ).
- Пухирчатка відрізняється наявністю симптому Нікольського, акантолітичних клітин Тцанка при цитологічному дослідженні.
- При хронічному рецидивному герпесі на еритематозно-набряковому фоні червоної облямівки та прилеглої шкіри формуються групи пухирців, які лопаються і утворюють ерозію з фестончастими краями.

Лікування.

- Усунути вплив місцевих подразнювальних чинників.
- Виявлення і лікування супутніх захворювань інших органів та систем.
- Якщо при цитологічному дослідженні ознаки малігнізації не виявлені, то перед радикальним хірургічним втручанням проводять загальне і місцеве лікування.
- Вживання концентрату ретинолу, нікотинової кислоти, нероболу.
- Місцеве лікування спрямоване на поліпшення трофіки в тканинах губ: Аплікації концентрату ретинолу, нікотинової кислоти, кортикостероїдні мазі, метилурацилову мазь, солкосерил, неробол, ербісол, нуклеїнат натрію, метацил.
- Якщо консервативне лікування протягом 1 місяця не призводить до епітелізації ерозії, показане хірургічне видалення вогнища ураження.

Хвороба Боуена.

- Має найбільшу потенційну злоякісність серед усіх передракових захворювань.
- Cancer in situ.
- Захворювання перебігає невизначений час. У деяких випадках швидко настає інвазивний ріст, в інших – воно роками залишається на стадії Cancer in situ.

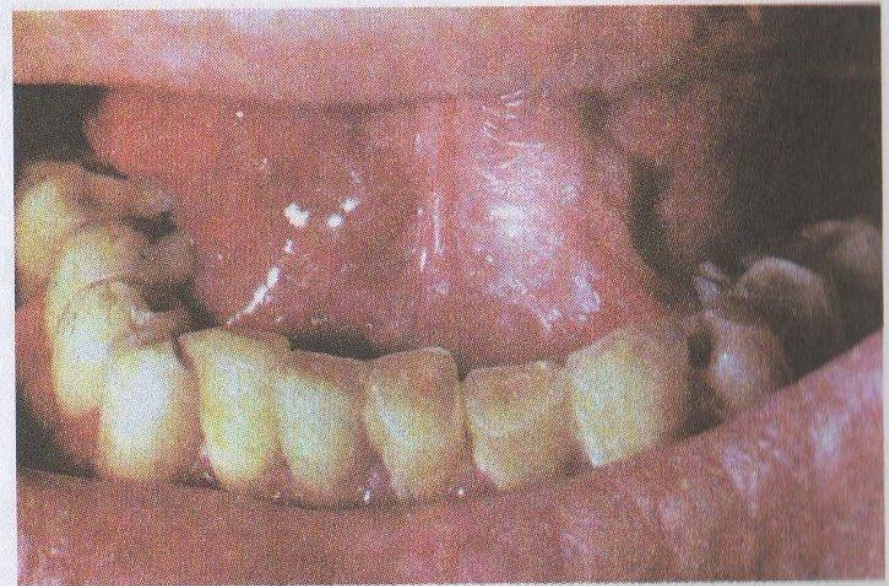
Клініка.

Вогнище ураження (частіше одне, рідше – два) являє собою обмежену застійно-червону пляму з гладенькою чи оксамитовою поверхнею, на якій спостерігаються дрібні папілярні вирости.

Унаслідок атрофії слизової оболонки вогнище ураження трохи западає порівняно з прилеглими тканинами.

Найчастіше локалізується на слизовій оболонці м'якого піднебіння, язичка, язика чи ретромоллярної ділянки.

При локалізації ураження на язиці сосочки язика у цій ділянці зникають.



Діагностика.

Діагноз підтверджують даними патогістологічного дослідження, яке виявляє картину внутрішньоепітеліального раку:

поліморфізм шару остеоподібних клітин, збільшення числа мітозів, неправильність їх, гігантські і багатоядерні клітини, акантоз, інколи гіпер- і паракератоз.

Часто відзначають кератинізацію окремих клітин остеоподібного шару, можуть розвиватися справжні "рогові перлини".

Базальна мембрана і базальний шар збережені.

У верхній частині власної пластинки виявляють інфільтрат із лімфоцитів і плазмоцитів.

Лікування.

Повне видалення вогнищ ураження в межах здорових тканин хірургічним шляхом, шляхом кріодеструкції.

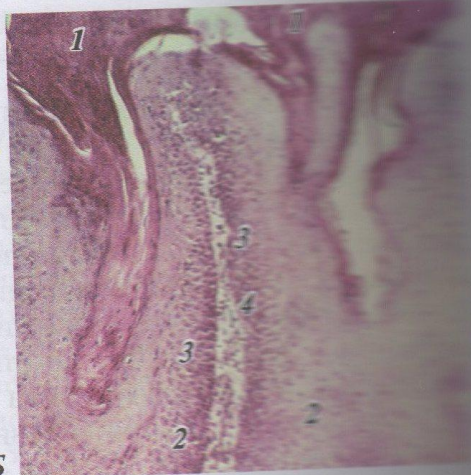
Близькофокусна рентгенотерапія при неможливості хірургічного втручання.

Бородавчастий передрак (praecancer verrucosus)

- Виникає виключно на червоній облямівці нижньої губи.
- Являє собою бородавчасте утворення у вигляді вузла напівкулястої форми, діаметром 4-10мм, який підвищується над рівнем слизової оболонки на 4-5мм, розміщується на незміненій червоній облямівці. Зверху вузол вкритий щільно прикріпленими сірими лусочками.



А



Б

Мал. 159. Бородавчастий передрак червоної облямівки нижньої губи (А); патоморфологічна картина бородавчастого передраку (Б):

1 — гіперкератоз; 2 — акантоз; 3 — поліморфізм клітин остеоподібного шару, 4 — дисплазія клітин базального шару. Мікрофотографія. Забарвлення гематоксиліном та еозинном. З. 1978



Рис. 91.
Бородавчатый предрак красной каймы нижней губы.



Патологічна анатомія.

Різко виражена обмежена проліферація епітелію за рахунок розширення шару остеоподібних клітин.

Гіперкератоз часто чергується з паракератозом, спостерігаються дисконплексація і поліморфізм остеоподібних клітин.

Базальна мембрана не порушена.

У сполучній тканині власної пластинки слизової оболонки відзначається круглоклітинна інфільтрація.

Диференціальна діагностика.

Слід проводити розмежування з папіломою, кератоакантомою, піогенною гранульою.

Папілома являє собою білясте утворення із сосочковими розростаннями на його поверхні.

Кератоакантома – це сіро-червоний вузлик із кратероподібним заглибленням у центрі, яке виповнене роговими масами.

Піогенна гранульома – це підвищене утворення на червоній облямівці губи, насиченого червоного кольору, м'якої консистенції. Поверхня мацерована, з гнійними кірками, при натисканні виділяється невелика кількість гною.

Лікування

Повне хірургічне видалення вогнища ураження в межах здорових тканин.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ (*hyperkeratosis praecancerosa circumscripta*).

- Хворіють переважно чоловіки середнього віку.
- Злоякісне переродження настає через кілька (4-6) місяців або років.

Клініка.

Ураження локалізується на червоній облямівці нижньої губи збоку від центра.

Являє собою вогнище зроговіння сіро-білого кольору полігональної форми, розміром понад 2 мм.

Не підвищується над рінем епітелію, іноді западає.

Поверхня вкрита тонкими щільно прикріпленими лусочками.

Тканини, що оточують вогнище, незмінні.

Пальпація ОПГК дає відчуття щільної поверхневої пластинки.



Патологічна анатомія.

Обмежена проліферація епітелію, виражений гіперкератоз, дискмплексація і поліморфізм остеоподібних клітин.

У сполучній тканині виявляють поліморфно-клітинну інфільтрацію.

Диференціальна діагностика.

Проводять розмежування з лейкоплакією та ЧПЛ.

При лейкоплакії утворюється білого кольору бляшка, на тлі якої можливе утворення тріщин чи ерозій.

ЧПЛ характеризується наявністю висипань міліарних полігональних папул, на тлі яких можливе утворення ерозій.

Лікування.

Хірургічне видалення вогнища ураження в межах здорових тканин.

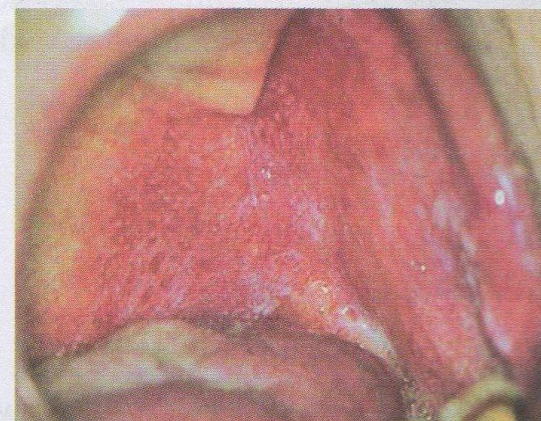
Еритроплазія Кейра.

- Синоніми: червоне утворення, оксамитова епітеліома, сосочкова гола епітеліома, доброякісна сифілоподібна епітеліома.
- Є облігатною формою передраку, що обов'язково призводить до розвитку плоскоклітинного інтраепітеліального раку із швидким метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли.
- Перебіг тривалий (роки, десятиліття) з повільним прогресуванням.
- Захворювання схильне до рецидивів.

Клініка.

Локалізується ураження на червоній облямівці губ, слизовій оболонці порожнини рота та гортані. Являє собою різко обмежене поліциклічне вогнище рожево-червоного кольору з оксамитовою поверхнею.

Інколи спостерігається легке лущення, поверхневе виразкування з незначним серозним виділенням. Розміри його рідко перевищують 15мм у діаметрі. Суб'єктивні відчуття незначні: інколи печіння в ділянці урвження.



Мал. 161. Еритроплазія Кейра

Патологічна анатомія.

Мікроскопічно виявляють стоншення і сплюснення поверхневих шарів плоского епітелію з глибоким проникненням у власну пластинку акантотичних тяжів. Вони представлені переважно клітинами остеоподібного шару, в яких відзначається велика кількість фігур мітозу чи атипії.

Виразний клітинний поліморфізм: поряд із дрібними клітинами, що мають прояви гіперхромії, інколи голі ядра, зустрічаються великі клітини із світлою, вакуалізованою цитоплазмою і світлими ядрами різної форми; інколи трапляються великі багатоядерні клітини.

У власній пластинці – багата лімфоплазмоцитарна інфільтрація, кровоносні судини різко розширені.

Тут (порівняно з хворобою Боуена) більш виразний клітинний поліморфізм, дисконфлексія клітин та відсутність дискератозу.

Диференціальна діагностика.

Проводять з твердим шанкером, лейкоплакією, туберкульозом, плоскоклітинним раком.

Розвиток твердого шанкеру також починається з обмеженого почервоніння, проте в його центрі за 2-3 дні з'являється ущільнення за рахунок інфільтрату. У центральній частині інфільтрату розвивається некроз і утворюється ерозія яскраво-червоного кольору. Характерне збільшення регіонарного лімфатичного вузла на боці ураження (бубо, регіонарний склераденіт).

При лейкоплакії на поверхні білуватого кольору вогнища кератозу слизової оболонки (бляшки) утворюються ерозії.

При туберкульозі утворюються червоного чи жовто-червоного кольору, м'якої консистенції люпоми, діаметром 1-3мм, схильні до сирнистого розпаду й утворення виразок.

Лікування.

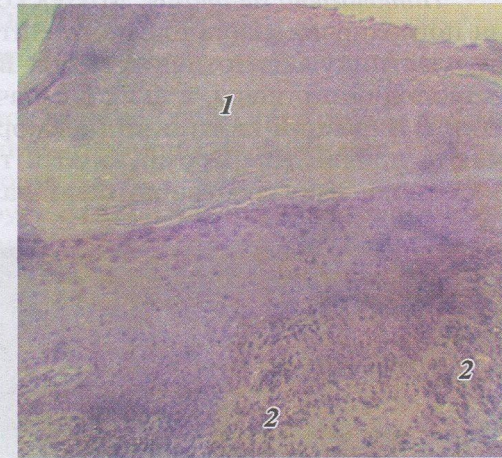
Хірургічне видалення у межах здорових тканин. Променева терапія.

Шкірний ріг (*cornu cutaneum*).

- Обмежена гіперплазія епітелію чи епідермісу з різко вираженим гіперкератозом, що за виглядом і щільністю нагадує ріг.
- Виникає на червоній облямівці губи (частіше нижньої) та інших відкритих ділянках шкіри у місцях їх травмування в осіб будь-якого віку.
- Розрізняють первинний і вторинний шкірний ріг:
 - Первинний шкірний ріг починається з обмеженого гіперкератозу на незмінній шкірі. Ураження дуже повільно росте в довжину, досягаючи інколи кількох сантиметрів.
 - Вторинний (несправжній) шкірний ріг виникає на тлі червоного вовчака, старечої кератоми, туберкульозу та деяких специфічних інфекцій (гонорея, сифіліс). При цих захворюваннях інфекційна кератодермія має острівцевий характер і інколи набуває форми рога.



A



B

Мал. 162. Шкірний ріг на червоній облямівці нижньої губи (*A*); патогістологічна картина шкірного рога (*B*):

1 — різко виражений гіперкератоз; *2* — периваскулярна вогнищева інфільтрація власної пластинки слизової оболонки. Макрофотографія. Забарвлення гематоксиліном та еозином. 36. × 90

Клініка.

Ураження являє собою чітко обмежене вогнище діаметром до 1 см, від якого відходить конусоподібної форми виступ заввишки не більше ніж 1 см.

Колір його брудно- чи коричнево-сірий.

Шкірний ріг може існувати роками, проте в будь-яку мить можливе настання малігнізації. Про неї свідчать поява запалення і ущільнення навколо основи рога, посилення інтенсивності зроговіння.

Патологічна анатомія.

В епітелії виявляють значний гіперкератоз: рогові маси у вигляді конуса піднімаються над поверхнею епітелію.

Під роговими масами виявляють акантоз.

У прилеглий сполучній тканині відзначають дифузний інфільтрат із лімфоїдних клітин і плазмоцитів.

Диференціальна діагностика.

Проводять із звичайною бородавкою, старечою кератомою, кератоакантомою, бородавчастим передраком.

Лікування.

Хірургічне видалення або кріодеструкція вогнищ ураження в межах здорових тканин.

Кератоакантома (ceratoacantoma).

- Добраякісна епідермальна пухлина, яка найчастіше локалізується на червоній облямівці нижньої губи, рідше – на язиці.

Клініка.

Захворювання починається з утворення на губі чи язиці сіро-червоного вузлика (папули) з кратероподібним заглибленням у центрі, яке вповнене роговими масами.

Протягом 1 міс. пухлина досягає максимального розміру (2,5x1 см).⁴

Найчастіше через 6-8 міс. вона або сама по собі зникає, при цьому на її місці утворюється отрофічний пігментований рубець, або трансформується в рак.



Патологічна анатомія.

Відзначається кратероподібне заглиблення, вистелене епітелієм і вповнене роговими масами – *рогова чаша*, яка є морфологічною ознакою кератоакантоми.

В епітелії акантоз: епітеліальні вирости глибоко проникають у прилеглу сполучну тканину власної пластинки.

У базальному шарі спостерігають дисконплексацію клітин.

У сполучній тканині власної пластинки виявляють інфільтрат, утворений лімфоїдними клітинами і плазмоцитами.

Диференціальна діагностика.

У деяких випадках диференціювати плоскоклітинний рак і кератоакантому важко: наявність патологічних мітозів у клітинах, їх поліморфізм і атипія, інфільтративний ріст пухлини свідчать про її злоякісність.

Диф. діагностику кератоакантоми слід проводити з метою відмежовування її від бородавчастого передраку і раку.

Бородавчастий передрак являє собою бородавчасте утворення у вигляді вузла напівкулястої форми, діаметром 4-10 мм, який підвищується над рівнем слизової оболонки на 4-5 мм.

Лікування.

Хірургічне видалення в межах здорових тканин.

- Доброякісні новоутворення

Папілома (papilloma).

- Доброякісна пухлина, що розвивається із плоского епітелію.
- Належить до новоутворень, які найчастіше трапляються на слизовій оболонці в усіх вікових групах.

Клініка.

Папілома являє собою сосочкове розростання діаметром від 1-2 мм до 1-2 см, виступає над поверхнею прилеглого епітелію.

Пухлина має довгу або коротку ніжку, рідше широкую основу.

У порожнині рота папілома локалізується на язиці й піднебінні, рідше – на губах і щоках.

Спостерігають як поодинокі, так і множинні папіломи.

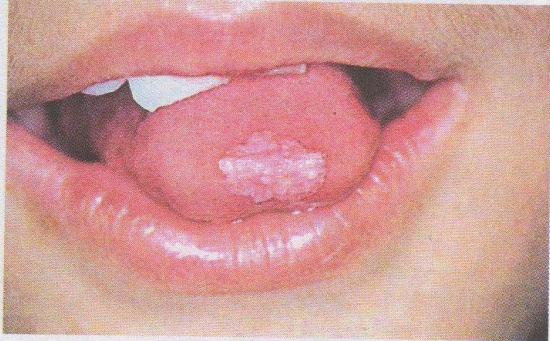
За наявності багатьох папілом говорять про *папіломатоз*.

Колір папіломи залежить від наявності або відсутності на її поверхні зроговіння.

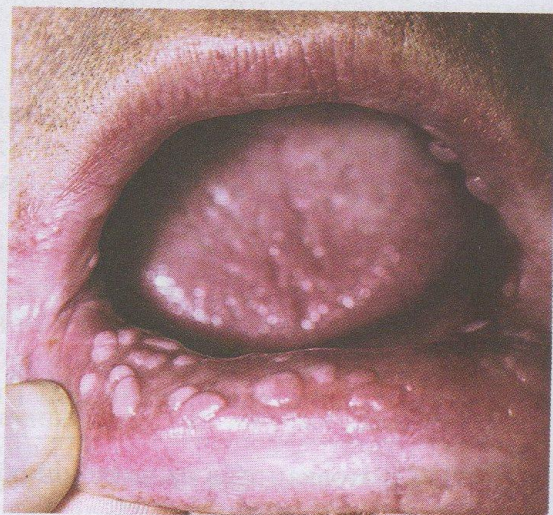
Незроговіла папілома за кольором не відрізняється від нормальної слизової оболонки, а за наявності зроговіння має сіро-білий колір.

При пальпації папіломи мають м'яку консистенцію.

Ознаки малігнізації папіломи: ущільнення біля основи, кровоточивість папіломи, збільшення її розмірів.



Мал. 164. Папілома язика



Мал. 165. Папіломатоз нижньої губи

324



324 Wart on the lip.

325



325 Papilloma of the oral mucosa just inside the right commissure.

326



326 Gingival papilloma.

Патологічна анатомія.

Папілома складається із двох тканинних компонентів: епітелію і сполучної тканини.

В епітелії, що вкриває пухлину, відзначають явища акантозу.

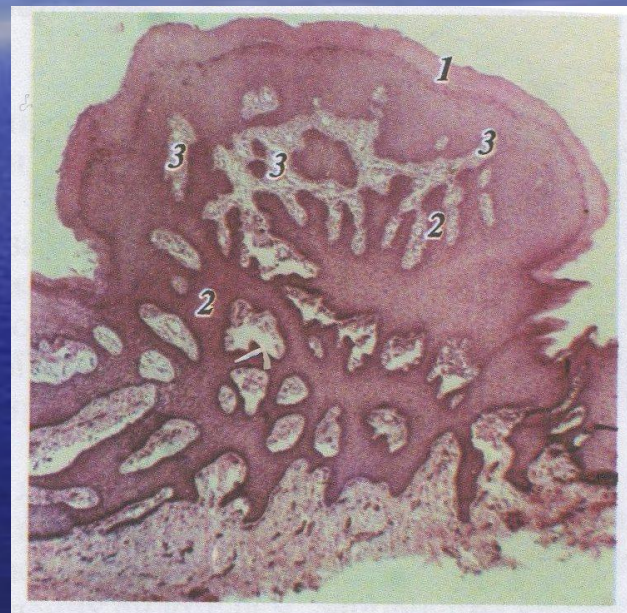
Сполучна тканина строми пухлини може бути пухкою чи щільною, від чого і залежить консистенція папіломи.

Діагностика.

Не викликає труднощів.

В окремих випадках її слід диференціювати від фіброми і судинних новоутворень.

Для фіброми характерна гладенька округла поверхня рожевого кольору; гемангіома має характерний червоно-синюватий колір.



1 – гіперкератоз;

2 – розростання епітелію;

3 – вростання в епітелій сполучнотканинних сосочків. Лікування.

Хірургічне видалення.

Фіброма (fibroma).

- Доброякісна пухлина, утворена зрілими елементами сполучної тканини.

Клініка.

Більш щільне утворення, ніж папілома.

Має чітко окреслені межі, ніжку чи широку основу, вкрита нормальним епітелієм.

Колір її рожевий чи жовтуватий.

Локалізується фіброма на слизовій оболонці щік, губ, твердому піднебінні, комірковому відростку щелепи.

Патологічна анатомія.

Виявляють зрілі елементи сполучної тканини.

Від співвідношення клітин і волокон залежить консистенція фіброми.

У м'яких фібромах переважають клітини, у твердих – щільні, тісно переплетені пучки сполучнотканинних волокон.

Лікування.

Видалення в межах здорових тканин.



Гменгіома (Hemangioma).

- Добраякісне новоутворення із кровоносних судин.
- Розрізняють просту /капілярну/ і кавернозну /печеристу/ гемангіому.

Клініка.

Капілярна гемангіома має вигляд червоної чи темно-червоної плями, яка при натисканні на неї втрачає забарвлення.

Розміри її – від обмеженої плями до поширеного ураження, що захоплює значні ділянки порожнини рота.

Глибина ураження може бути різною.

Частіше капілярна гемангіома уражує слизову оболонку і підслизову основу, інколи – всі тканини порожнини рота.

Кавернозна гемангіома являє собою вузол м'якої консистенції, що має темно-червоний або синюшний колір. Для неї характерним є симптом стискання і наповнення: при натискуванні гемангіома зменшується, при нахилі голови – набухає, збільшується.



Мал. 168. Гемангіома нижньої губи

93



94



95



93 Haemangiomas affecting the skin may also affect the intraoral tissues and the alveolar bone. Dental instrumentation and tooth extraction can cause significant haemorrhage.

94 Haemangioma of the buccal mucosa and cheek in the patient in **93**.

95 Haemangioma in the lower lip.

Патологічна анатомія.

Виявляють розростання новоутворених капілярів, між прошарками сполучної тканини трапляються дрібні артеріальні і венозні судини. Кавернозна гемангіома складається із декількох порожнин різної величини, виповнених венозною кров'ю. Ці порожнини розділені сполучнотканинними прошарками і анастомозують між собою.

Лікування.

Залежить від виду і поширення пухлини.

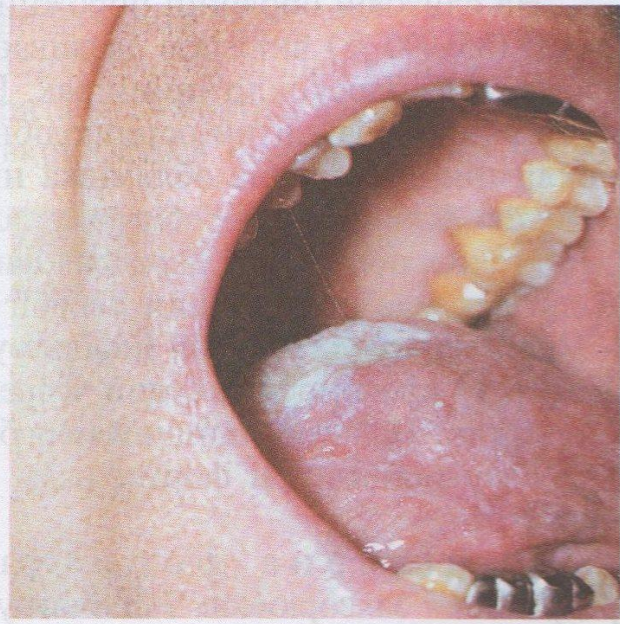
Застосовують хірургічні і консервативні (склерозивна терапія) методи або їх поєднання.

Лімфангіома (limphangioma).

- Новоутворення із лімфатичних судин.
- Локалізується в будь-якій частині слизової оболонки, найчастіше уражається язик.
- Залежно від будови розрізняють капілярну, кавернозну, кістозну форми.

Клініка.

- *Капілярна лимфангіома* уражає губи, щоки. Являє собою припухлість, вкриту незміненою слизовою оболонкою, консистенція її більш м'яка та еластична, ніж прилеглої слизової оболонки. При патогістологічному дослідженні виявляють мережу розширених звивистих капілярів, вистелених ендотелієм.
- *Кавернозна форма* має вигляд пухирців або вузлуватого утворення з горбистою поверхнею. За допомогою гістологічного дослідження під епітелієм виявляють порожнини різних форм і величини, які утворюють систему печер, вистелених ендотелієм, заповнених світло-рожевою рідиною – лімфою. Сполучна тканина між порожнинами перебуває у стані набряку і запальної інфільтрації лімфоїдними і плазматичними клітинами.
- *Кістозна форма* найчастіше трапляється на язиці. Являє собою м'яке напівкулясте утворення. Колір слизової оболонки над пухлиною незмінений, іноді синюшний. При патогістологічному дослідженні виявляють одну, іноколи декілька великих порожнин з товстими стінками, вистелених епітелієм, заповнених вмістом молочного вигляду.



108



108 Lymphangioma involving the tongue.

110



110 Same patient as in 109 showing lymphangioma under the tongue.

109



109 Large submental lymphangioma.

Диференціальна діагностика.

При диференціації кавернозної і кістозної форм лімфангіоми від інших м'якотканинних пухлин (гемангіома) виконують пункцію.

Лікування.

Комбіноване.

Хірургічне лікування полягає в радикальному видаленні всієї пухлини, а якщо неможливо, то найбільшої її частини.

При склерозивній терапії застосовують 70% чи 96% розчин етилового спирту, розчин хінінуретану.

● *Ознаки ризику малігнізації передракових захворювань СОПР:*

- Сухість, відчуття заніміння, поколювання, печіння, біль;
- Давність проявів симптомів захворювання: критичний термін – 4 місяці;
- Локалізація патологічного процесу: тотальні та поширені ураження СОПР, бічних поверхонь язика, слизової оболонки дна порожнини рота і ясен становлять групу підвищеного ризику;
- Розмір вогнища: ураження площею більше ніж 2 см.кв. Збільшує ризик малігнізації в 7 разів;
- Анатомічна форма і збільшення глибини ураження посилює ризик малігнізації: при утворенні ерозії – у 2,5 разів, а при утворенні виразки – у 7,5 разів;
- Співвідношення вогнища ураження і прилеглих тканин: при чіткості меж ураження малігнізація можлива в 6,7%, при розмитих – у 94,9%;
- Стан прилеглих тканин: гіперемія, набряк і інфільтрація значно погіршують прогноз;
- Характер судинного малюнка: дрібні, різного діаметра, анастомозуючі судини часто є передвісниками малігнізації;
- Цитограма: виразність дисплазії клітин становить групу високого ризику.

РАК

Слизової оболонки порожнини рота і
червоної облямівки губ.

- На слизовій оболонці порожнини рота і червоній облямівці губ у більшості (85-90%) випадків розвивається зроговілий, рідше (до 13%) – незроговілий, плоскоклітинний рак. Це майже завжди спіноцелюлярний рак, який виникає із клітин остеоподібного шару, і дуже рідко (до 2%) базальноклітинний (червона облямівка нижньої губи) із клітин базального шару епітелію.
- Плоскоклітинний зроговілий рак має повільніший перебіг порівняно з незроговілим, який досить швидко виражується. Він інфільтрує прилеглі тканини і метастазує внаслідок росту кровоносних судин усередині пухлини та проліферації лімфатичних судин.
- Найагресивніший перебіг має недиференційований рак.



Рис. 71.3. Плоскоклеточный рак: индурация и припухлость губы.



Рис. 71.4. Плоскоклеточный рак: язва на дне полости рта.



Рис. 8.8. Опухоль: плоскоклеточный рак языка.



Рис. 71.5. Плоскоклеточный рак спайки губ*.



Рис. 71.6. Плоскоклеточный рак слизистой оболочки щеки*.

- **Форми раку:**

Папілярна форма раку часто розвивається на тлі одного з передракових захворювань і спочатку являє собою обмежене безболісне, неправильної форми утворення у вигляді бородавчастого виросту на широкій основі. Поверхня його вкрита сосочковими розростаннями або роговими масами. При пальпації виявляють неглибоке ущільнення в основі і навколо нього. Пухлина росте як в ширину, так і в глибину, швидко розпадається в центрі, переходить у виразкову форму.

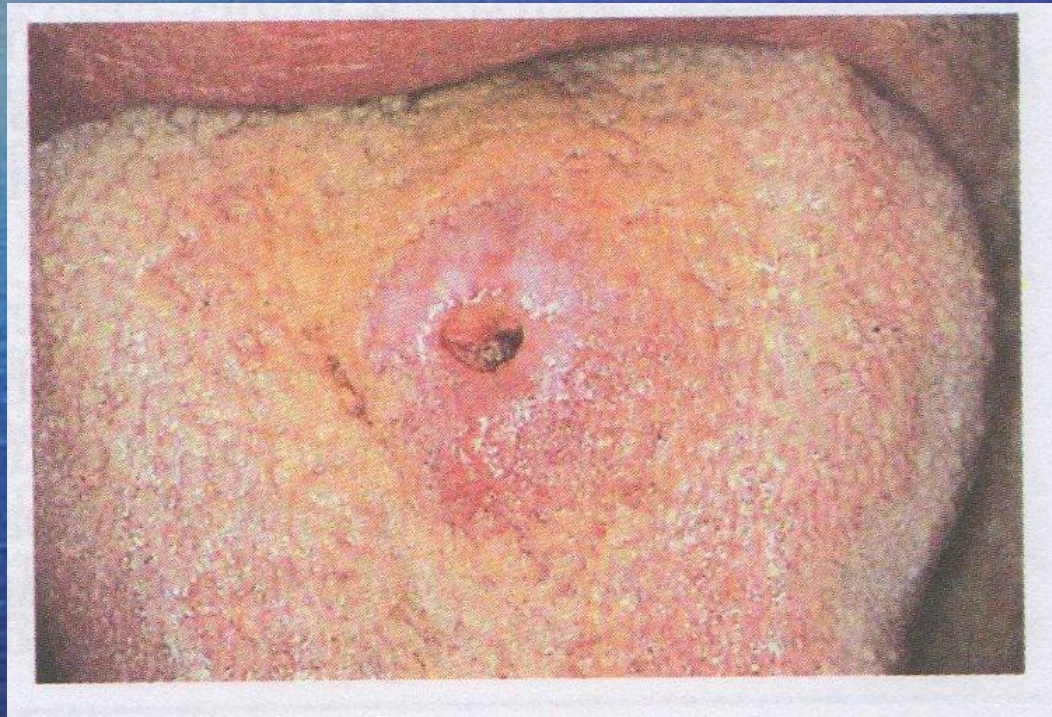


Рис. 51.7. Бородавчатий рак на слизовій оболочці губи.



Рис. 51.8. Бородавчатий рак на альвеолярном отростку.

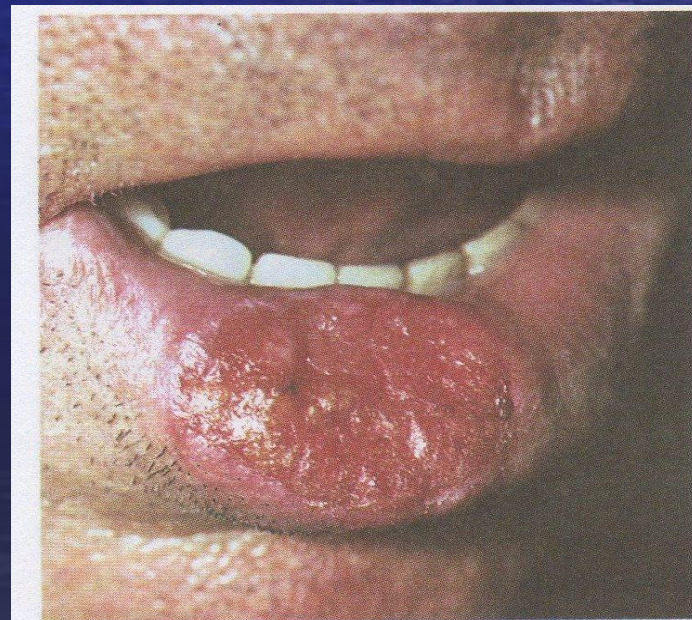
Виразково-інфільтративна форма раку – найбільш злоякісна. Спочатку виникає невеликий інфільтрат, який розміщується під слизовою оболонкою. Інфільтрат швидко росте і розпадається в центрі з утворенням ракової виразки.



Виразкова форма трапляється найчастіше, оскільки в більшості випадків пухлини розпадаються, що спричинює утворення виразок. На початку інвазивного росту для раку характерні ущільнення навколо виразки (у вигляді валика) і в основі, які виявляють пальпаторно. З ростом пухлини ущільнення збільшується, досягаючи хрящоподібної, інколи кам'янистої щільності. У пізніх стадіях відмінність форм не визначається, переважає картина виразково-інфільтративної форми раку.

Ракова виразка має трохи підняті валикоподібні щільні краї та нерівне зернисте дно. У порожнині рота вона вкрита сіро-жовтим некротичним розпадом, на червоній облямівці виразка вкривається щільним сірим нальотом, а при кровоточивості – кров'янисто-сірими кірками.

На нижній губі при цій формі раку інфільтрація тканин випереджає деструкцію. При виразковій і виразково-інфільтративній формах раку нижньої губи за короткий термін до процесу залучається шкіра, м'язи губи, кістка щелепи, рано з'являються метастази.



Діагностика.

Рак СОПР і ЧОГ належить до новоутворень візуальної локалізації. Відтак огляд і пальпацію вогнища ураження можна провести без застосування спеціальної апаратури.

Клінічний діагноз потрібно підтвердити даними морфологічних методів дослідження – цитологічного і патогістологічного.

Критерієм для визначення злоякісності в клітинному матеріалі є структурні особливості в клітині, її ядрі і цитоплазмі, а також взаємозв'язок між клітинами.

До основних ознак ракової клітини належать:

- Анізоцитоз (клітини злоякісних пухлин більші, ніж нормальні клітини цього органа, і можуть досягати гігантських розмірів);
- Поліморфізм (клітини мають різну форму, часто неправильну, і величину);
- Порушення співвідношення між цитоплазмою і ядром на користь ядра;
- Полінуклеоз (клітини мають декілька ядер; ядра змінені, часто виродливої форми);
- Виражену мітотичну активність, часом атипіві мітози;
- Збільшення кількості ядерців;
- Нестійкість цитоплазми і наявність "голих" ядер;
- Аптофагію (одна клітина поглинає іншу того самого типу).

Патологічна анатомія.

При патогістологічному дослідженні виявляють різку гіперплазію епітелію з глибоким проростанням його в прилеглу сполучну тканину, часто з відособленням епітеліальних тяжів; прорив базальної мембрани. Атипові епітеліальні клітини мають різні розміри і форму, ядра їх гіперхромні. Має місце утворення "рогових перлин".

Диференціальна діагностика.

- Виразки при лейкоплакії, ЧПЛ, ЧВ виникають на тлі кератозу СОПР. Відсутні інфільтрат і прояви запалення.
- Виразки при виразково-некротичному стоматиті мають неправильну форму, вкриті білувато-сірими некротичними масами, після видалення яких оголюється кровоточива поверхня. Краї виразки м'які, мало болісні при пальпації. Навколо виразки незначна гіперемія прилеглої слизової оболонки.
- Для трофічних виразок характерним є те, що вони виникають на фоні значно зниженої опірності організму. Це призводить до відсутності гіперемії та лейкоцитарного інфільтрату навколо виразки. Такі виразки мають тенденцію до швидкого поширення на прилеглі тканини та в глибину слизової оболонки і прилеглих до неї тканин.
- При туберкульозі утворюється неглибока, з нерівними підритими м'якими краями, дуже болюча виразка. Дно і краї виразки мають зернистий характер (за рахунок горбиків), вкриті жовто-сірим нальотом. Тканини, що оточують виразку, набряклі, і по периферії виразкової поверхні можливо виявити дрібні абсцеси /тільця Треля/.
- Для твердого шанкеру характерне ущільнення за рахунок інфільтрату, у центральній частині якого розвивається некроз і утворюється ерозія чи виразка яскраво-червоного кольору. Характерне збільшення регіонарного лімфатичного вузла на боці ураження.

- Дякую за увагу!