

**ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА
ТА ЧЕРВОНОЇ КАЙМИ
ГУБ. ОБЛІГАТНІ ТА ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКИ.**

В даний час в світі щорічно захворює раком понад 10 млн. чоловік, а вмирає – близько 7 млн. чоловік (дані ВООЗ – 2003 р.). Рак – це хвороба генів.

Етіологія онкологічних захворювань:

1. Теорія ембріональної дистопії (Ю. Конгейм, 1882)
2. Теорія хронічного неспецифічного подразнення (Р. Чупринін, 1885)
3. Теорія хімічного канцерогенезу (П. Потт, 1775.; Л. Шабат, 1981)
4. Теорія інфекційно-вірусного канцерогенезу (Л. Зільбер, 1946)

Екзогенні чинники: куріння (79%) – температура, токсини; хронічні захворювання; дії канцерогенів; радіоактивних речовин, руйнування імуномедіаторів; хронічні травми (9%); погана гігієна порожнини рота (47%): теорія зрушення імунного нагляду, пов'язана з ендокринною і нервовою системою (*герпес – кандидоз – погана гігієна > зрушений імунітет > передрак*); гальваноз – ушкоджувальна дія різних металів на епітеліальні клітини (однаковий заряд іонів Ni, Co, W і ін. металів – виникнення сил відштовхування), перші прояви – почервоніння, паління, сухість; далі можливий стан передраку.

Ділення клітин: здоровою (:50) і онкологічною (: нескінченне число разів).

Канцерогенні речовини. В даний час їх відомо більше 1200.

Онковіруси – їх відомо близько 60, легко запускають раковий процес.

У більшості хворих раку передують ті або інші захворювання слизової оболонки рота і червоної облямівки губ, які називають передраковими.

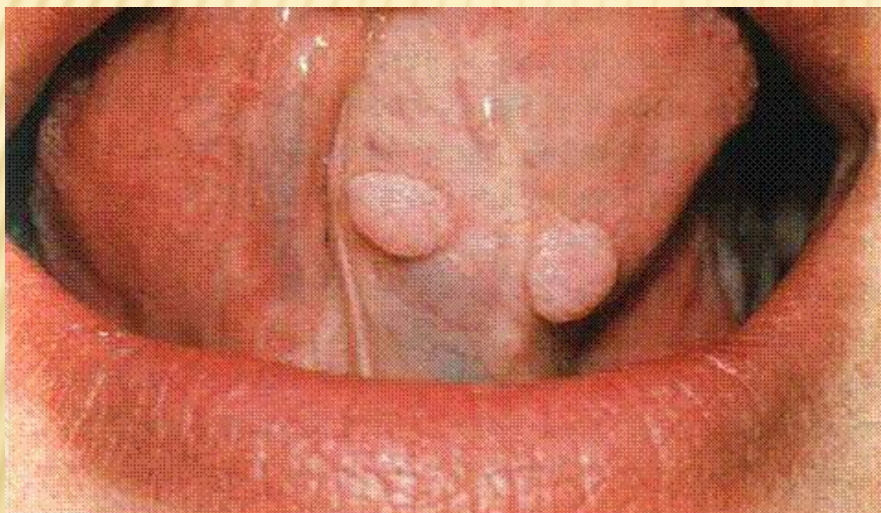
Стан передраку – це мікроскопічні мультицентрично виникаючі множинні вогнища незапального атипового росту незрілого епітелію з схильністю до інфільтративного росту – клітини, що «дрімають». Сприяють їх виникненню в першу чергу травми, особливо хронічні, зокрема куріння і жування тютюну, бетелю, вживання насу, алкоголю. Травми розглядаються як зовнішні чинники канцерогенезу. Раку нерідко передують проліферативні процеси, доброякісні пухлини, хронічні запальні захворювання, що супроводжуються ерозіями і виразками. **Передракове захворювання** існує тривалий час (від декількох місяців до десятків років), потім може перейти (!!!–необов'язково) в рак. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань усуває загрозу появи раку або дозволяє провести своєчасне, ефективне і нешкідливе лікування.



Звичайні бородавки, внаслідок аутоінокуляції пальцями.



Вогнищева епітеліальна гіперплазія слизової оболонки губи.



Гостроконечна кондилома на нижній поверхні язика.



Гостроконечна бородавка на слизовій оболонці губи.

Класифікація передракових змін червоної облямівки губ і слизової оболонки порожнини рота

(за А.Л. Машкіллейсоном)

I. Облігатні передракові захворювання:

1. Хвороба **Боуена**
2. Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки.
3. Абразивний передканцерозний хейліт **Манганотті**.
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.

II. Факультативні передракові захворювання з високою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія ерозивна і верукозна.
2. Папілома і папіломатоз піднебіння.
3. Шкірний ріг.
4. Кератоакантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія плоска.
2. Хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота.
3. Ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчака та лишаю червоної облямівки губ.
4. Хронічні тріщини губ.
5. Пострентгенівський хейліт та стоматит.
6. Метеорологічний і актинічний хейліти.

ТЕРМІН ПЕРЕРОДЖЕННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГУБИ В РАК

Передракове захворювання	Термін переродження в рак (в роках)
Хвороба Боуена	0,3 – 6
Абразивний хейліт Манганотті, обмежений передраковий гіперкератоз	0,2 – 1,2
Лейкоплакія, кератоакантома, шкірний рік, папілома	0,4 – 3,6
Хронічні тріщини	2,5 – 10
Хронічні хейліти	3,2 – 15
Червоний плоский лишай	1 – 9
Туберкульозний вовчак	2 – 17

Хвороба Боуена (morbus Bowen)

Вперше описав це захворювання Bowen в 1912 р.

Етіологія: хронічна травма слизової оболонки порожнини рота.

Клінічна картина: Уражається частіше задній відділ порожнини рота.

Вогнище ураження зазвичай одиночне, найчастіше виглядає як гіперемована яскраво-червона пляма, гладка або з бархатистою поверхнею із-за дрібних сосочкових розростань. Центральна ділянка схожа на лейкоплакію з нерівною поверхнею або на червоний плоский лишай з вогнищами ороговіння на гіперемованому фоні. Унаслідок атрофії слизової оболонки вогнище декілька западає в порівнянні з навколишніми ділянками, місцями на ній виникають ерозії, що легко кровоточать. Розмір вогнища ураження від 1-2 мм до 5-6 см, контури його нерівні, досить чіткі. Нещільна. При локалізації на язичку сосочки язика в місці ураження зникають. Регіонарні лімфатичні вузли зазвичай не пальпуються. Суб'єктивні відчуття незначні, але при ерозіях може бути виражена болючість. Клінічна картина хвороби Боуена на слизовій оболонці порожнини рота не завжди ясно виражена. Хвороба може виявлятися тільки невеликою ділянкою гіперемії або бути схожою на лейкоплакію без вираженого запалення.

Захворювання продовжується невизначений час, в деяких випадках швидко наступає інвазивний ріст, а травматизація прискорює цей процес, в інших - роками залишається у стадії cancer in situ. Діагноз необхідно підтвердити гістологічним дослідженням.



Гістологічно: поліморфізм клітин шиповидного шару аж до атипії, збільшення числа мітозів, неправильність їх, гігантські клітини, багатоядерні клітини, акантоз, в деяких випадках гіперкератоз і паракератоз. Базальна мембрана і базальний шар збережені. У верхній частині строми є невеликий інфільтрат з лімфоцитів і плазмоцитів.

Диференційну діагностику: проводять з лейкоплакією, червоним плоским лишаєм, хронічною травматичною поразкою, червоним вовчаком, сифілісом.

Лікування. Видалення вогнища в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним дослідженням, консультація онколога.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Захворювання	Спільні ознаки	Відмінні ознаки
Лейкоплакія	Ділянки гіперкератозу	Ділянки нерівномірно помутнілого епітелію
ЧВ	Ділянка ураження застійно-червоного кольору	Без чітких контурів, навколишні тканини запальні
Сифілітичні папули	Папули при травмуванні утворюють червоні ерозії	Рідко одиничні, мають правильну округлу форму

Бородавчастий передрак (*praecancer verrucosus*)

Описаний А. Л. Машкіллейсоном в 1965 р.

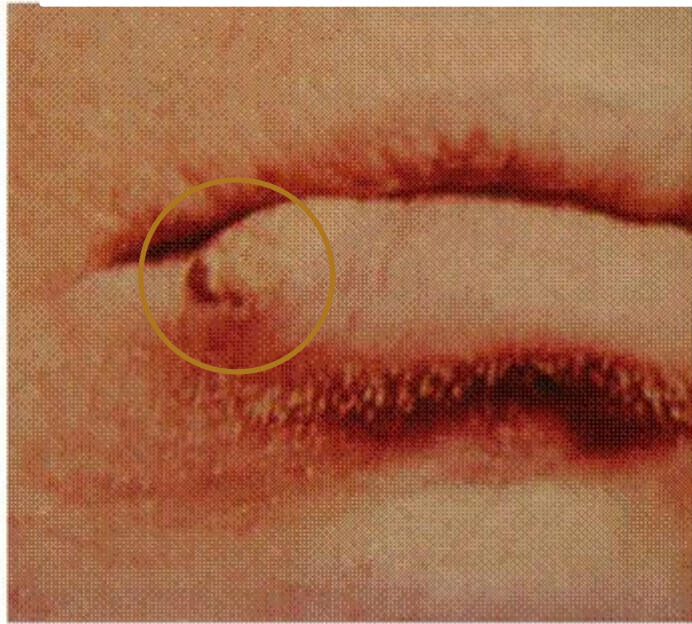
Етіологія: травма, підвищена інсоляція.

Клінічно: Виникає майже виключно на нижній губі і виглядає як безболісний вузлик напівкулястої форми з бородавчастою поверхнею діаметром 4- 10 мм. Колір вогнища - від майже нормального забарвлення червоної облямівки до застійно-червоного. Зверху вузлик покритий сірими лусками, що важко видалюються, і розташовується на незмінній червоній облямівці або на тлі невеликої гіперемії.

При **гістологічному дослідженні** виявляються різко виражена обмежена проліферація епітелію за рахунок розширення шиповидного шару, у ряді випадків гіперкератоз і паракератоз, поліморфізм клітин шиповидного шару різного ступеня вираженості. Базальна мембрана збережена. Перехід в інвазивну форму раку виникає швидко - через 1-2 місяці від початку захворювання.

Диференційну діагностику слід проводити в першу чергу з папіломою і бородавкою. Але у папіломи є ніжка, а у бородавки є гіпертрофічний роговий шар по периферії. Малігнізація може наступити через 1-2 місяці. **Діагноз** уточнюється після гістологічного дослідження.

Лікування: тільки хірургічне (видалення вогнища з подальшим гістологічним дослідженням) спільно з онкологом.



Абразивний преканкротний хейліт Манганотті

Ця форма виділена і описана Manganotti в 1933 р. Зустрічається переважно у чоловіків старше 50 років. Сприяють виникненню цього захворювання герпетична інфекція, підвищена інсоляція, механічна травма, гландулярний і метеорологічний хейліти, гіповітаміноз, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Клінічна картина. На тлі слабого вираженого обмеженого або розлитого хронічного катарального запалення нижньої губи з'являється одна, рідше декілька ерозій червоного кольору з гладкою поверхнею, яка іноді покривається щільно сидячою кров'яною або серозною кірочкою. Вона видаляється з зусиллям, при цьому виникає невелика кровотеча. Ерозія, яка не покрита кіркою, не має схильності до кровотечі. Ущільнення в основі немає. Ерозії відрізняються хронічним перебігом, стійки до всякого роду лікуванню мазями і аплікаціями. Тривало існуючи, вони можуть епітелізуватися, але потім знов виникають на тому ж або на інших місцях.

При **гістологічному дослідженні** виявляється дефект епітелію, в під ним у сполучній тканині - запальна інфільтрація. Епітелій по краях ерозії знаходиться в стані акантозу або атрофії. Від нього глибоко в строму відходять епітеліальні тяжи. Шипуваті клітини місцями знаходяться різною мірою в стані дисконфlekтації і атипії. Цитологічне дослідження може виявити явища дистрофії епітеліальних клітин, елементи запалення, але частіше тільки запалення.

Процес триває від 1-2 місяців до багатьох років, без лікування призводить до малігнізації. Клінічно це виявляється ущільненням в основі і навколо ерозії, появою сосочкових розростань на поверхні ерозії, легкою її кровоточивістю, ороговінням навколо ерозії. Діагноз уточнюється знаходженням атипичних клітин в зіскрібках з осередку ураження або за результатами гістологічного дослідження.

Диференційну діагностику слід проводити з ерозійними формами лейкоплакії, червоного плоского лишая, червоного вовчаку, пухирчаткою, багатоформною ексудативною еритемою, актинічним хейлітом, вторинним сифілісом, герпетичними ерозіями.

Лікування: Необхідно ретельно видалити місцеві подразники, потім провести санацію порожнини рота, включаючи повноцінне протезування, категорично заборонити куріння і прийом подразнюючої їжі, рекомендувати усунення інсоляції.

Необхідне виявлення і лікування супутніх захворювань інших органів і систем.

Всередину призначають вітамін А (розчин ретинолу ацетату в маслі 3,44% або розчин ретинолу пальмітату в маслі 5,5%) по 10 крапель 2-3 рази на день, полівітаміни.

Місцево призначають аплікації масляним розчином вітаміну А, при фоновому запаленні - мазі з кортикостероїдами і антибіотиками.

Консервативна терапія не повинна проводитися більше 1 міс.

Кращі результати дає хірургічне видалення вогнища в межах здорових тканин.

Тільки при хейліті Манганотті допустима спроба консервативного лікування.

Лікування всіх видів облігатного передраку хірургічне - повне видалення вогнища ураження в межах здорових тканин з подальшим терміновим гістологічним дослідженням.

Видалену тканину досліджують шляхом приготування серійних зрізів. Операції повинна передувати санація порожнини рота і усунення подразників. Якщо проведення оперативного втручання неможливе, показана променева терапія.

Профілактика: оздоровлення організму, правильне харчування, усунення несприятливих дій і шкідливих звичок.





Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ

Етіологія: травма, підвищена інсоляція.

Клінічна картина: частіше хворіють чоловіки після 30 років. На бічній поверхні червоної облямівки нижньої губи з'являється ділянка ороговіння полігональної форми розміром більше 2 мм. Осередок ураження у більшості хворих як би занурений в слизисту оболонку, частіше злегка западає, але може не западати, з рівною поверхнею, покритою тонкими щільно сидячими лусками. При поскоблюванні видалити їх не вдається. Пальпація виявляє поверхнєве пластинчасте ущільнення. Фонові зміни відсутні, рідше ця форма передраку виникає на тлі неспецифічного запалення.

При гістологічному дослідженні визначаються обмежена ділянка акантозу, часто явища дискомплектації і поліморфізму клітин, гіперкератоз на поверхні.

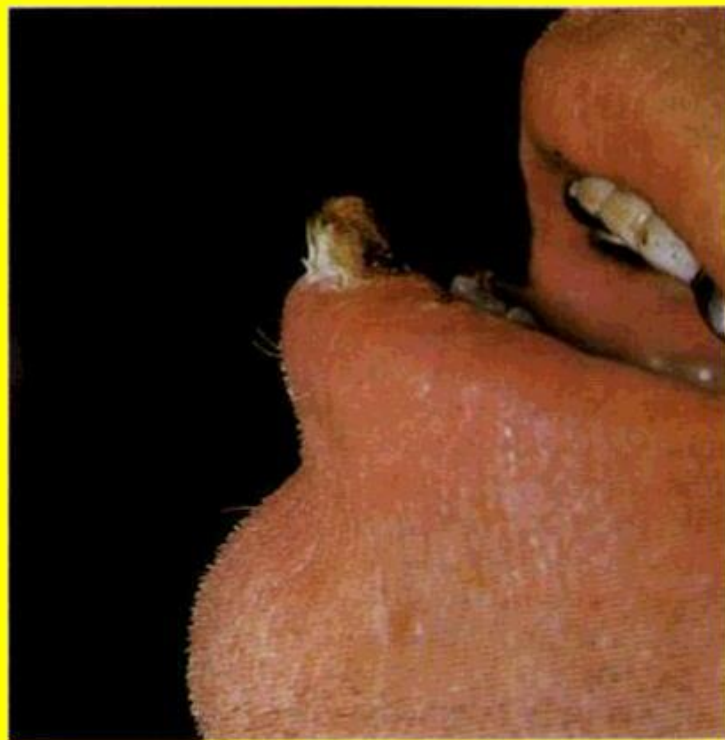
Диференційну діагностику проводять з червоним вовчаком, лейкоплакією і червоним плоским лишаєм. Малігнізація настає через декілька місяців або років.

Лікування: спільно з онкологом, хірургічне видалення вогнища з подальшим гістологічним дослідженням.

Шкірний ріг

Шкірний ріг - обмежена гіперплазія епітелію з наявним гіперкератозом, що на вигляд і за щільністю нагадує ріг. *Етіологія* невідома.

Виникає на червоній облямівці губи, частіше нижній, у людей старше 60 років, безболісний. З'являється безболісне обмежене вогнище, що поволі росте, діаметром до 1 см, від основи якого відходить конусоподібної форми ріг брудно-сірого кольору, щільний, спаяний з підставою. Шкірний ріг - тривало (роками) існуюче захворювання. Про його малігнізацію говорить поява запалення і ущільнення навколо основи рогу, посилення ороговіння. Діагноз уточнюється після видалення вогнища і його гістологічного дослідження.



Кератоакантома (keratoacanthoma)

Кератоакантома - епідермальна доброякісна пухлина, що швидко розвивається і спонтанно регресує. Етіологія невідома, припускають, що виникненню кератоакантоми сприяють імунні порушення і спадковий чинник.

Захворювання локалізується на червоній облямівці губи, дуже рідко на язичку.

Кератоакантома виникає як сіруваточервоний щільний вузлик з воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що легко видаляються. Пухлина швидко росте і вже через місяць досягає свого максимального розміру (2,5×1 см).

Кератоакантома безболісна, рухома, не спаяна з навколишніми тканинами. Через 6-8 місяців пухлина або спонтанно регресує і зникає, залишаючи рубець, або малігнізується, переходячи в рак. Кератоакантому *слід відрізняти* від бородавчастого передраку і раку. Рак має щільнішу консистенцію, щільну основу, після видалення рогових мас з'являється кровоточивість. Кератоакантому диференціюють з шкірним рогом, базаліомою, плоскоклітинним раком.

Лікування: проводиться спільно з онкологом, хірургічне видалення вогнища ураження або його діатермокоагуляція, криотерапія, близькофокусна рентгенотерапія.



▣ **Тести !!! (з бази крок-2 та буклетів 2011-2015 р.)**

У хворої 53-х років на слизовій оболонці правої щоки визначається білувато-рожева пляма не правильної форми розмірами 2,5х1,5 см. На фоні плями мають місце бородавчасті розростання, тріщини, ерозії.

Визначте вид ураження слизової оболонки щоки:

Плоска лейкоплакія

Верукозна лейкоплакія

Ерозивна форма лейкоплакії

Хвороба Боуена

Хворий 62-х років звернувся зі скаргами на наявність виразкового дефекту слизової нижньої губи, яка періодично самостійно загоюється та без наявних причин знову з'являється. Таку картину хворий спостерігає протягом 2-х років. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи ерозія подовженої форми, з гладенькою, полірованою поверхнею, яскраво-червоного кольору. Запальний інфільтрат виражений дуже слабо. Пальпація злегка болісна. Який найбільш вірогідний діагноз?

Метеорологічний хейліт

Лейкоплакія, ерозивна форма

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті

Хвороба Боуена

Ексфоліативний хейліт

Хворий 67-ми років скаржиться на наявність у ділянці червоної облямівки нижньої губи часто рецидивуючої ерозії. Ерозія овальної форми, розміром 0,8х1,3 см, вкрита тонкими кірками, при знятті яких на фоні блискучої поверхні визначаються точкові крововиливи. Відзначаються ділянки атрофії червоної облямівки. Елементів інфільтрації немає. Піднижньощелепні лімфовузли не збільшені. Який діагноз можна припустити?

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті
Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії
Кератоакантоз
Хвороба Боуена
Гландулярний хейліт

Чоловік 50-ти років скаржиться на наявність "виразочки" на слизовій оболонці під'язикової ділянки. При патоморфологічному дослідженні біоптату визначено: поліморфізм клітин шипоподібного шару аж до атипії, збільшення кількості мітозів, гігантські та багатоядерні клітини, акантоз, гіпер- та паракератоз, збереження базальної мембрани та базального шару. Який найбільш імовірний діагноз?

Хвороба Боуена

Лейкоплакія, ерозивна форма

Червоний плесканий лишай, гіперкератотична форма

Червоний вовчак, ерозивно-виразкова форма

Декубітальна виразка

У хворої 56-ти років ерозія червоної облямівки нижньої губи овальної форми, з гладкою поверхнею, насиченого червоного кольору. На поверхні ерозії кров'яні кірочки, які знімаються з утрудненням. Після зняття кірок виникає невелика кровотеча. Легке травмування ерозії у місцях, де кірки відсутні, не викликає кровотечі. Визначте вид передраку нижньої губи:

Бородавчастий передрак червонооблямівки губи
Обмежений передраковий гіперкератоз
Хвороба Боуена
Еритроплазія
Абразивний прекарцинозний хейлит Манганотті

Хворий 55-ти років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність у ділянці червоної облямівки нижньої губи пухлино подібного утворення округлої форми діаметром близько 1 см. Об'єктивно: пухлиноподібне утворення виступає над оточуючою червоною облямівкою на 5мм, щільнуватої консистенції, сірувато-червоного кольору, на поверхні утворення наявні тонкі лусочки, які знімаються з утрудненням. Який найбільш імовірний діагноз?

Абразивний прекарцинозний хейлит Манганотті
Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки
Бородавчастий передрак червоної облямівки губи
Хвороба Боуена
Еритроплазія Кейра