

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

ТЕМА: {Предраковые заболевания лица и полости рта

Выполнил: Садыков А.
Факультет: Стоматология
Группа: СТ11-007-1
Проверил: Угланов Ж.Ш.
Курс: 5

Алматы 2016 г

Предраки

- ▣ это дистрофические, упорные, но нестойкие пролифераты
- ▣ отличаются от рака тем, что им не хватает одного или нескольких признаков, совокупность которых дает право поставить диагноз рак
- ▣ существуют и в виде самостоятельных нозологических форм

Признаки новообразований

▣ Доброкачественные :

- ▣ Границы чёткие
- ▣ Характер роста медленный
- ▣ Рецидивов нет
- ▣ Степень дифференцировки высокая
- ▣ Чувствительность к лучевому воздействию не наблюдается

▣ Злокачественные :

- ▣ Границы нечёткие
- ▣ Характер роста быстрый, инфильтративный
- ▣ Рецидивы имеются
- ▣ Степень дифференцировки низкая
- ▣ Чувствительность к лучевому воздействию есть

Возможные пути развития предраковых изменений

- Прогрессирование
- Рост без прогрессии
- Длительное существование без
значительных изменений
- Регрессия

Клинические признаки озлокачествления

- Быстрый рост
- Отсутствие краевой эпителизации
- Распад тканей
- Приподнятые валикообразные края язвы
- Инфильтрация тканей под основанием новообразования
- Изменение цвета (гипо - или гиперпигментация)
- Местное повышение температуры
- Увеличение регионарных лимфоузлов др.

Классификация предраковых процессов СОПР:

- I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные):
Болезнь Боуэна.
- II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные):
 - 1. Лейкоплакия (веррукозная форма).
 - 2. Папилломатоз.
 - 3. Эрозивно - язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки.
 - 4. Эрозивно - язвенная и гиперкератотическая форма красного плоского лишая.
 - 5. Постлучевой стоматит.

Классификация предраковых процессов красной каймы губ:

- I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).
 - 1. Бородавчатый предрак.
 - 2. Ограниченный гиперкератоз.
 - 3. Хейлит Манганотти.
- II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные)
 - 1. Лейкоплакия (веррукозная форма).
 - 2. Кератоакантома.
 - 3. Кожный рог.
 - 4. Папиллома.
 - 5. Эрозивно - язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая.
 - 6. Постлучевой хейлит.

Классификация предраковых процессов кожи:

- ▣ I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).
 - ▣ 1. Пигментная ксеродерма.
 - ▣ 2. Болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра.
- ▣ II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные).
 - ▣ 1. Поздние лучевые язвы кожи.
 - ▣ 2. Кожный рог.
 - ▣ 3. Мышьяковистые кератозы.
 - ▣ 4. Актинические кератозы.
 - ▣ 5. Туберкулезная волчанка.
 - ▣ 6. Трофические язвы и другие, хронически протекающие язвенные и гранулематозные поражения кожи (лепра, сифилис, красная волчанка, глубокие микозы).

Болезнь Боуэна:

- Болезнь Боуэна - это внутриэпителиальный рак (cancer in situ).
- Этиология : хроническая травма слизистой оболочки полости рта.
- Клиническая картина : поражается чаще задний отдел полости рта (небо, дужки). Очаг поражения красного цвета, гладкий или с бархатистой поверхностью из - за мелких сосочковых разрастаний, слегка западает (атрофия слизистой), четко отграничен от здоровых тканей. Иногда поверхность очага эрозируется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Поражение в течение нескольких месяцев может трансформироваться в рак.
- Дифференцируют с лейкоплакией, красной волчанкой, сифилисом. Биопсия позволяет поставить правильный диагноз.
- Лечение. Иссечение очага в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием, консультация онколога.



Лейкоплакия

- ▣ **Лейкоплакия** заболевание, характеризующееся поражением слизистых оболочек, ороговением покровного эпителия разной степени выраженности. Чаще лейкоплакия локализуется на слизистой оболочке щёк, преимущественно у углов рта, на нижней губе.
- ▣ **Этиология и патогенез** : реакция слизистой оболочки на разнообразные внешние раздражители, которая развивается на фоне действия различных эндогенных факторов и прежде всего желудочно - кишечной патологии, выявляемой у 90 % больных. Имеют значение недостаток или нарушение обмена витамина А, а также генетические факторы, которые обуславливают ответную реакцию слизистой оболочки полости рта на травму именно в виде лейкоплакии.



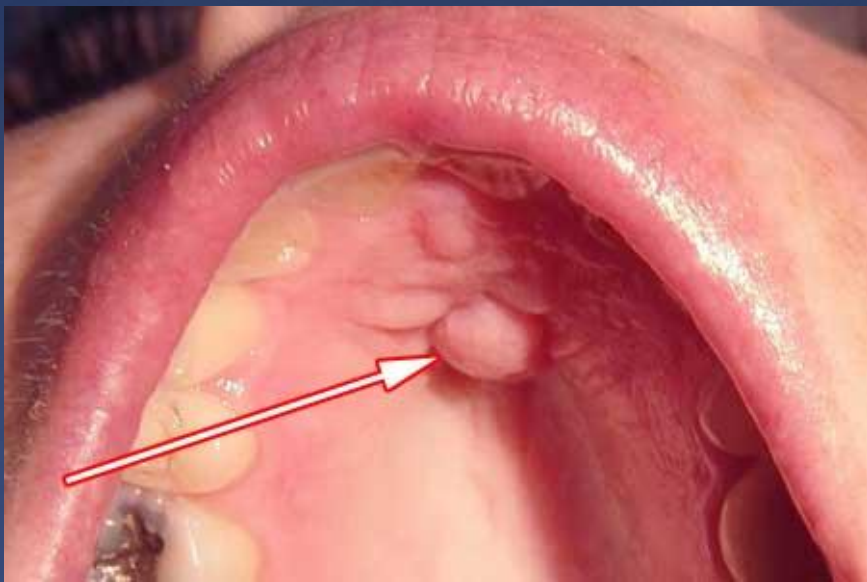
Разновидности :

- Плоская лейкоплакия имеет вид резко отграниченного сплошного помутнения оболочки, иногда напоминающего пленку, которая не снимается при поскабливании шпателем. В зависимости от интенсивности ороговения цвет поражения варьирует от бледно - серого до белого. Поверхность лейкоплакии сухая и слегка шероховатая. Очертания очага, как правило, зубчатые. Уплотнения в основании участков ороговения не бывает. По периферии очагов ороговения в углах рта иногда возникает небольшая гиперемия. На щеках очаги лейкоплакии могут иметь складчатый вид, на дне полости рта вид морщинистой пленки серовато - белого цвета.
- При веррукозной лейкоплакии появляются либо возвышающиеся молочно - белые гладкие бляшки (бляшечная форма), либо плотноватые бугристые, серовато - белые, выступающие на 2-3 мм бородавчатые разрастания, чаще на фоне плоской формы лейкоплакии
- При эрозивной лейкоплакии различной формы и величины эрозии образуются в очагах плоской и веррукозной лейкоплакии, возможно одновременное появление трещины. Эта форма заболевания может сопровождаться болевыми ощущениями.
- При лейкоплакии курильщиков (лейкоплакия Таппейнера) имеется сплошное ороговение твердого и прилегающих к нему участков мягкого неба, которые приобретают серовато - белый цвет. На этом фоне видны красные точки, представляющие собой зияющие устья выводных протоков слюнных желез. При выраженной форме в зоне ороговения образуются узелки, что придает заболеванию сходство с болезнью Дарье на слизистой оболочке полости рта. В отличие от последней при лейкоплакии курильщиков на вершине узелка имеется красная точка и это заболевание быстро проходит после прекращения курения.

■ **Лечение** лейкоплакии слизистой оболочки полости рта должно состоять в санации (очищении) полости рта, устранении всех раздражающих факторов, в первую очередь курения и употребления алкоголя. Необходимо также исправление протезов, состоящих из разных металлов. При истинной лейкоплакии и особенно при лейкокератозе противопоказано смазывание различными прижигающими веществами, способствующими усилению воспалительных явлений в бляшке лейкоплакии. В отдельных случаях некоторые авторы прибегают к рентгенотерапии. В гинекологической практике существует метод лечения лейкоплакии витамином А по 100 тыс. МЕ в сутки в течение месяцев. При лейкоплакии полости рта рекомендуется комплекс витаминотерапии, особенно групп В и А ; при вероятности озлокачествления показаны электрокоагуляция, декорткация, хирургическое иссечение единичных очагов лейкокератоза с немедленным тканевым исследованием ; в случаях установленного злокачественного перерождения проводят радикальную хирургическую операцию и последующие рентгено - и радиотерапии.

Папилломатоз

- Папилломатоз - это скопление множество папиллом на коже и слизистой.
- **Этиология** : травма, хроническое воспаление.
- **Клиническая картина** : выделяют виды папилломатозов :
 - Реактивные папилломатозы различной природы :
 - воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков ;
 - травматический папилломатоз слизистой щек, губ, языка ;
 - ромбовидный папилломатоз языка.
 - Папилломатозы неэластической природы. Папилломы имеют округлую или грибовидную форму, располагаются на ножке или на широком основании, консистенция их мягкая, размеры от 1-2 мм до 1-2 см, пальпация безболезненна. Реактивные папилломы после прекращения действия раздражителя свой рост прекращают.
 - Папилломатозы неэластической природы часто озлокачиваются. Появление усиленного ороговения, кровоточивости, плотного инфильтрата у основания, изъязвления, быстрого роста свидетельствует о малигнизации.
- **Лечение** : хирургическое с последующим гистологическим исследованием.



Красная волчанка

- ▣ **Красная волчанка** - это эритематоз группы каллогенозов.
- ▣ **Этиология не выяснена.** К провоцирующим факторам относят хроническую очаговую инфекцию, расстройство нервной и эндокринной системы, фотосенсибилизацию. Болеют чаще женщины 20-40 лет.
- ▣ **Клиническая картина.** Красная волчанка бывает острая (системная) и хроническая (дискоидная). При хронической красной волчанке поражается кожа лица, красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта. Изолированные поражения слизистой встречаются очень редко. На коже лица появляются резко очерченные шелушащиеся розово - красные пятна, которые сливаются вместе. В очаге поражения выделяют три зоны : стойкая эритема, гиперкератоз, в центре атрофия. На коже лица поражение напоминает бабочку. Одновременно может поражаться и слизистая полости рта (небо, ретромолярная область, дистальные отделы слизистой щек, красная кайма нижней губы).



- ▣ **Выделяют три формы заболевания** : типичную, экссудативно - гиперемическую, эрозивно - язвенную.
- ▣ При **типичной** форме слизистая инфильтрирована, диффузно или очагово - красная. Очаги покрыты гиперкератотическими чешуйками, окружающими участок атрофии в центре напоподобие частокола.
- ▣ При **экссудативно - гиперемической** картина гиперкератоза и атрофии сглажена из - за ярко выраженного отека и гиперемии самого очага.
- ▣ При **эрозивно - язвенной** форме в центре резко гиперемизированного очага появляется эрозия или язва. Эта самая болезненная форма возникает в местах наибольшей травматизации слизистой.

- ▣ Красную волчанку **дифференцируют** с красным плоским лишаем, лейкоплакией, хейлитом. Трудности возникают лишь при диагностике изолированных поражений слизистой, для чего используют гистологический и люминесцентный метод диагностики.
- ▣ **Общее лечение** проводится в отделении коллагенозов. Больным назначают антималярийные препараты (хингамин, делагил, кортикостероиды в небольших дозах, витамины группы В).
- ▣ **Местное лечение** : санация, гигиена полости рта, кортикостероидные фторсодержащие мази (« Синалар », « Лоринден », « Флуцинар ») несколько раз в день на очаге поражения. Профилактика рецидивов заболевания : исключение неблагоприятных метеорологических факторов (высокие и низкие температуры, повышенная инсоляция), применение весной и летом противомаларийных препаратов, солнцезащитных кремов.

Красный плоский лишай

- ▣ **Красный плоский лишай** - это хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, сопровождающееся усиленным ороговением слизистых оболочек.
- ▣ **Этиология** не выяснена. Существуют разные теории возникновения этого заболевания : бактериальная, вирусная, аутоиммунная, токсикоаллергическая, нейрогенная. Имеют значение местная травма (острые края зубов, пломб, некачественные протезы, наличие разных металлов в полости рта), интоксикации организма, гормональные нарушения, заболевания желудочно - кишечного тракта. Болеют чаще женщины после 40 лет.
- ▣ **Клиническая картина.** Различают пять форм : типичная, экссудативно - гиперемическая, эрозивно - язвенная, буллезная, гиперкератотическая.



- ▣ **Типичная форма** -. На неизмененной слизистой оболочке полости рта появляются мелкие ороговевающие папулы (от доли мм до 4-5 мм), папул много, они имеют полигональную форму, беловато - перламутрового цвета. Всегда группируются, соединяются между собой, образуя сетчатый, кружевной рисунок. В полости рта чаще поражаются отделы слизистой щек, боковые поверхности языка, реже - губы, небо, десна. Типичная форма часто протекает бессимптомно, обнаруживается случайно, иногда появляется жжение, чувство стянутости слизистой.
- ▣ **Экссудативно - гиперемическая форма**. Папулы расположены на воспаленной ярко - красной слизистой, поражается слизистая десны и губы. Больные жалуются на жжение, стянутость слизистой, боли при приеме острой пищи.
- ▣ **Эрозивно - язвенная форма**. Больные жалуются на сильные боли при приеме пищи и в покое, кровоточивость слизистой. Для этой формы характерны эрозии, язвы в центре очагов поражения, которые покрыты фибринозным налетом или чистые, легко кровоточат. Вокруг них сохраняется типичный рисунок. Эрозии и язвы могут вторично инфицироваться.
- ▣ **Буллезная форма**. В очагах красного плоского лишая появляются пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, которые быстро лопаются, образуя эрозии и язвы. При этом возникают сильные боли, но эрозии быстро эпителизируются.
- ▣ **Гиперкератотическая форма** тоже на слизистой встречается редко, характеризуется выраженным гиперкератозом, папулы сливаются в крупные бляшки, возвышающиеся над уровнем слизистой.

- Красный плоский лишай **дифференцируют** с лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, сифилисом, аллергическими высыпаниями, болезнью Боуэна.
- **Местное лечение** начинают с устранения травматических факторов санация полости рта, сошлифовывание острых бугров зубов, рациональное протезирование, лечение кариеса и болезней пародонта, запрещение курения, приема алкоголя и острых блюд. При типичной форме - кератопластики в виде аппликаций (каротомин, облепиховое масло, винилин).
- При экссудативно - гиперемической и эрозивно - язвенных формах применяют анестетики, глюкокортикоиды в виде мазей (преднизолоновая, гидрокортизоновая, флуцинаровая), инъекции 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты под очаг воспаления, ротовые ванночки 0,5%- 0,1% раствора галаскорбина, инъекции Хонсурида под очаг воспаления в разведении 1:10
- **Общее лечение** проводится с учетом тяжести заболевания курсами. Желательны консультации врачей (терапевта, эндокринолога, невропатолога). Применяют седативные средства (настойки валерианы, пустырника, триоксазин и др.). При экссудативно - гиперемической и эрозивно - язвенной формах назначают противомаларийные препараты - делагил 0,25 по 1 таблетке 2 раза в сутки, курс лечения 4-6 недель.
- При остром воспалении еще добавляют преднизолон 20-25 мг через день до улучшения состояния, затем его отменяют по убывающей схеме. Инъекции витаминов В 1, В 6, В 12, иммуномодуляторы (левамизол). Всем больным назначают масляный раствор витамина А 3300 МЕ (5 драже 3 раза в день). Для лечения данного заболевания применяют физиотерапевтические процедуры (электросон, диатермия местных симпатических узлов, гальванический воротничок).

Бородавчатый предрак:

- ▣ **Этиология** : травма, повышенная инсоляция.
- ▣ **Клиническая картина** : поражение имеет вид ограниченного узелка 0,4-1 см в диаметре, на поверхности которого располагаются плотно сидящие чешуйки. Окраска варьирует от нормальной до застойно - красной. Очаг располагается на воспаленном или нормальном фоне, похож на папиллому или бородавку. Но у папилломы есть ножка, а у бородавки есть гипертрофический роговой слой по периферии »
Озлокачествление может наступить через 1-2 месяца.
- ▣ **Лечение** : только хирургическое (иссечение очага с последующим гистологическим исследованием) совместно с онкологом.



Ограниченный предраковый гиперкератоз

- ▣ **Этиология :** травма, повышенная инсоляция.
- ▣ **Клиническая картина :** чаще болеют мужчины после 30 лет. На боковой поверхности красной каймы нижней губы появляется ограниченный участок ороговения, покрытый тонкими плотно сидящими чешуйками серовато - белого цвета. Очаг не возвышается над поверхностью слизистой, а иногда кажется запавшим, он мягкий, безболезненный, может длительное время существовать, не изменяясь. Дифференцируют с лейкоплакией и красной волчанкой.
- ▣ **Лечение :** совместно с онкологом, хирургическое иссечение очага с последующим гистологическим исследованием.



Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти:

- ▣ **Этиология** не выяснена. Способствуют возникновению этого заболевания герпетическая инфекция, повышенная инсоляция, механическая травма, glandулярный и метеорологический хейлиты, гиповитаминозы, заболевания желудочно - кишечного тракта.
- ▣ **Клиническая картина.** На боковой поверхности нижней губы появляется ограниченное гиперемированное пятно, затем на этом месте возникает эрозия овальной или неправильной формы красного цвета, покрытая плотной коркой, которая удаляется с трудом. Эрозий может быть 2 или 3. Они безболезненны, существуют долго, но могут и самостоятельно эпителизироваться. Потом вновь рецидивируют. Хейлит Манганотти часто малигнизируется. В сомнительных случаях применяют биопсию, цитологические методы диагностики.
- ▣ По своим свойствам, амарантовое масло обладает удивительной способностью приводить в порядок обмен веществ в организме. Именно от него зачастую зависит состояние вашей кожи и самочувствие в общем.



- ▣ Хейлит Мганснн дифференцируют с пузырчаткой, герпесом, красным плоским лишаем, красной волчанкой, лейкоплакией, актиническим и метеорологическим хейлитами, вторичным сифилисом.
- ▣ **Лечение.** Устранение раздражающих факторов, лечение фоновых заболеваний, санация полости рта. Местно применяют аппликации витамина А, солкосериловую мазь, метилурациловую мазь. Если в течение месяца эрозии не эпителизируются, необходима консультация онколога, возможно хирургическое иссечение эрозии в пределах здоровых тканей с последующей гистологией.
- ▣ **Профилактика :** оздоровление организма, правильное питание, устранение неблагоприятных воздействий и вредных привычек.

Кератоакантома

- ▣ **Кератоакантома** - доброкачественная эпидермальная опухоль, которая быстро развивается и спонтанно регрессирует.
- ▣ **Этиология** неизвестна, предполагают, что возникновению кератоакантомы способствуют иммунные нарушения и наследственный фактор.
- ▣ **Клиническая картина** : кератоакантома возникает как плотный узел (диаметром до 20 мм, серовато - красного цвета, плотной консистенции, с гладкой нешелушащейся поверхностью, в центре которого находится кратерообразное углубление, заполненное легко снимающимися роговыми массами. Кератоакантома локализуется чаще на нижней губе. Существует два исхода этого предрака : инволюция (обычно это длится 3 месяца) с исходом в рубец и озлокачествление. Кератоакантому дифференцируют с кожным рогом, базалиомой, плоскоклеточным раком.
- ▣ **Лечение** : проводится совместно с онкологом, хирургическое иссечение очага поражения либо его диатермокоагуляция, криотерапия, близкофокусная рентгенография.



Кожный рог

- ▣ **Кожный рог** - это ограниченная гиперплазия эпителия с гиперкератозом, по внешнему виду напоминающая рог.
- ▣ **Этиология** неизвестна.
- ▣ **Клиническая картина** : болеют люди старше 60 лет. На красной кайме нижней губы появляется медленно растущий безболезненный ограниченный очаг диаметром до 1 см, от основания которого отходит конусообразной формы рог грязно - серого цвета, плотный, спаянный с основанием.
- ▣ **Лечение** : хирургическое с последующим гистологическим исследованием.



Клинические признаки домеланомного периода

- ▣ резкая пигментация невуса или пигментного пятна, окраска неравномерная
- ▣ размер родинки более 0,5 см в диаметре
- ▣ сохранение рисунка кожи в области невуса или пигментного пятна
- ▣ правильная овальная или эллипсоидная форма невуса, резко отграниченная от поверхности кожи (акцентированный кожный край) « лаковая » поверхность невуса или пигментного пятна (блестящая поверхность при просмотре через дерматоскоп)
- ▣ отсутствие у основания невуса или в пигментном пятне узловатых папилломатозных элементов с очагами некроза
- ▣ отсутствие быстрого роста, зуда, жжения, покалывания и напряжения в области невуса или пигментного пятна.

Меланома



Высокозлокачественная опухоль из пигментообразующих клеток. Встречается редко, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста.

Меланома может возникнуть первично на коже или же из предшествующего невуса или предракового меланоза.

Предрасполагающие факторы : травмы, климатические воздействия, гормональные и генетических факторы.

Основные **клинические формы** меланом кожи :

- Поверхностно - стекаящая меланома
- узловая меланома
- лентиго - меланома, развивающаяся из ограниченного предракового меланоза.

Пигментированное плоское пятно, грибовидное или папилломатозное разрастание - на узком или широком основании разнообразной формы и размера.

Поверхность меланомы гладкая или шероховатая, нередко изъязвляется, консистенция от мягкой до плотноэластической, отмечается различная степень пигментации, встречаются бипигментные образования.

- ▣ **Диагностика меланомы** : анамнез, клинические данные, радиоизотопное исследование, термовизиография, определение меланурии, цитологическое изучение мазка (соскоба) с поверхности новообразования. Травматизация меланомы резко ухудшает прогноз заболевания, поэтому биопсию с последующей гистологической верификацией не проводят.
- ▣ **Лечение меланом комбинированное** : предоперационная лучевая терапия с последующим широким иссечением пораженных тканей - отступить не менее чем на 3 см от границ опухоли.
- ▣ В последние годы используется метод криодеструкции, химио - и иммунотерапия.
- ▣ Для удаления регионарных метастазов применяют операцию Крайля или фасциально - футлярное иссечение клетчатки (или в едином блоке с первичным очагом).

Консервативное лечение

В случае неуспеха консервативной терапии необходимо переходить к радикальному.

Следует иметь в виду, что при назначении консервативных средств биопсия, как правило, не выполняется, поэтому врач не застрахован от диагностической ошибки - принять начальную стадию рака за предраковое состояние.

Поэтому важно, чтобы консервативное лечение проводилось не более 2-х недель, когда уже можно оценить результаты лечебных мероприятий

Радикальное лечение

▣ 1. Криовоздействие

При этом возникает вопрос о биопсии :

- делать ли ее до лечения, которое в этом случае откладывается до получения результатов гистологического исследования,
- осуществлять ее в момент криодиструкции, тогда имеется риск неадекватности дозы криовоздействия, если заболевание окажется начальным раком.

- ▣ 2. Хирургическое иссечение
предракового очага :
операция представляет собой
фактически эксцизионную биопсию, она
может оказаться неадекватной, если при
гистологическом исследовании
удаленных тканей будет обнаружена
раковая трансформация.

- ▣ 3. **Лучевая терапия** сохранилась как метод лечения предопухолевых заболеваний и с которой обычно начинается лечение рака :
 - выполнение биопсии обязательно
 - начинать лечение предопухолевых заболеваний как при раке с лучевой терапии при предраковом процессе нецелесообразно, так как в местах, подвергнутых облучению, часто повторно возникают предраковые заболевания.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта:

- Санация полости рта (снятие зубных отложений, замена неправильно изготовленных протезов и пломб, удаление разрушенных корней, лечение зубов, болезней пародонта).
- Исключение из употребления горячей, острой пищи, крепких напитков, курения.
- Замена зубных протезов, изготовленных из разных металлов.
- Устранение профессиональных вредностей.
- Щадящие методы лечения стоматологических заболеваний (исключение сильнодействующих медикаментов).
- Лечение заболеваний внутренних органов.
- Соблюдение правил гигиены полости рта.
- Санитарно - просветительная работа.
- Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.