

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

*Факультативные предраки
полости рта и красной каймы
губ. Клиника, диагностика,
дифференциальная
диагностика Исходы.
Тактика врача –стоматолога*

*Выполнили Смагулова М
Сулейменова А
Проверила Байбулова К.
К*

Введение

- Факультативные предопухоловые заболевания приводят к раку далеко не всегда. К фоновым процессам относятся такие редко озлокачивающиеся заболевания, как плоская лейкоплакия, хроническая трещина губ, а также актинический и метеорологический хейлиты, рубцы. В полости рта и на красной кайме губ есть много аналогичных по клиническим проявлениям заболеваний. Лечебная тактика также во многом сходная..

Предрасполагающим фактором развития факультативных предраковых заболеваний в большинстве случаев являются травмирующие воздействия на СОПР разного генеза: механические, химические, биологические, физические, аллергические, сочетанные и пр.

- **Предрак–**

- это динамическое состояние, которое переходит в рак в результате прогрессии: постоянного изменения свойств клеток в сторону злокачественности. Предрак переходит в рак не столько в результате качественных изменений (время, масса), сколько вследствие изменения биологической сущности клеток, накопления в них свойств, присущих злокачественной клетке.

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта

- *С малой частотой озлокачествления (факультативные).*
- • Лейкоплакия абразивная и веррукозная.
- • Папилломатоз.
- • Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая .
- • Постлучевой стоматит.

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта

- *Лейкоплакия*
- Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы нижней губы.
- Различают лейкоплакию плоскую и веррукозную, выделяется также эрозивная форма лейкоплакии. Лейкоплакия веррукозная внутри группы подразделяется на бляшечную и бородавчатую. Бородавчатая форма – бугристые, серовато-белые или молочного цвета, плотноватые образования с бородавчатыми разрастаниями на поверхности. Бляшковидная форма – резко очерченные, возвышающиеся, молочно-белые бляшки с гладкой или шероховатой поверхностью. В 20-25% случаев бородавчатой и эрозивной лейкоплакии происходит озлокачествление. При веррукозной лейкоплакии всегда необходимо гистологическое исследование. Морфологически при этой форме лейкоплакии имеются расширение и пролиферация базального слоя, беспорядочность расположения эпителиальных клеток с явлениями атипии. В дерме и слизистой оболочке наблюдается лимфоцитарная и реже плазмоцитарная инфильтрация.

Лейкоплакия, эрозивно-язвенная форма



Бляшечная форма веррукозной лейкоплакии

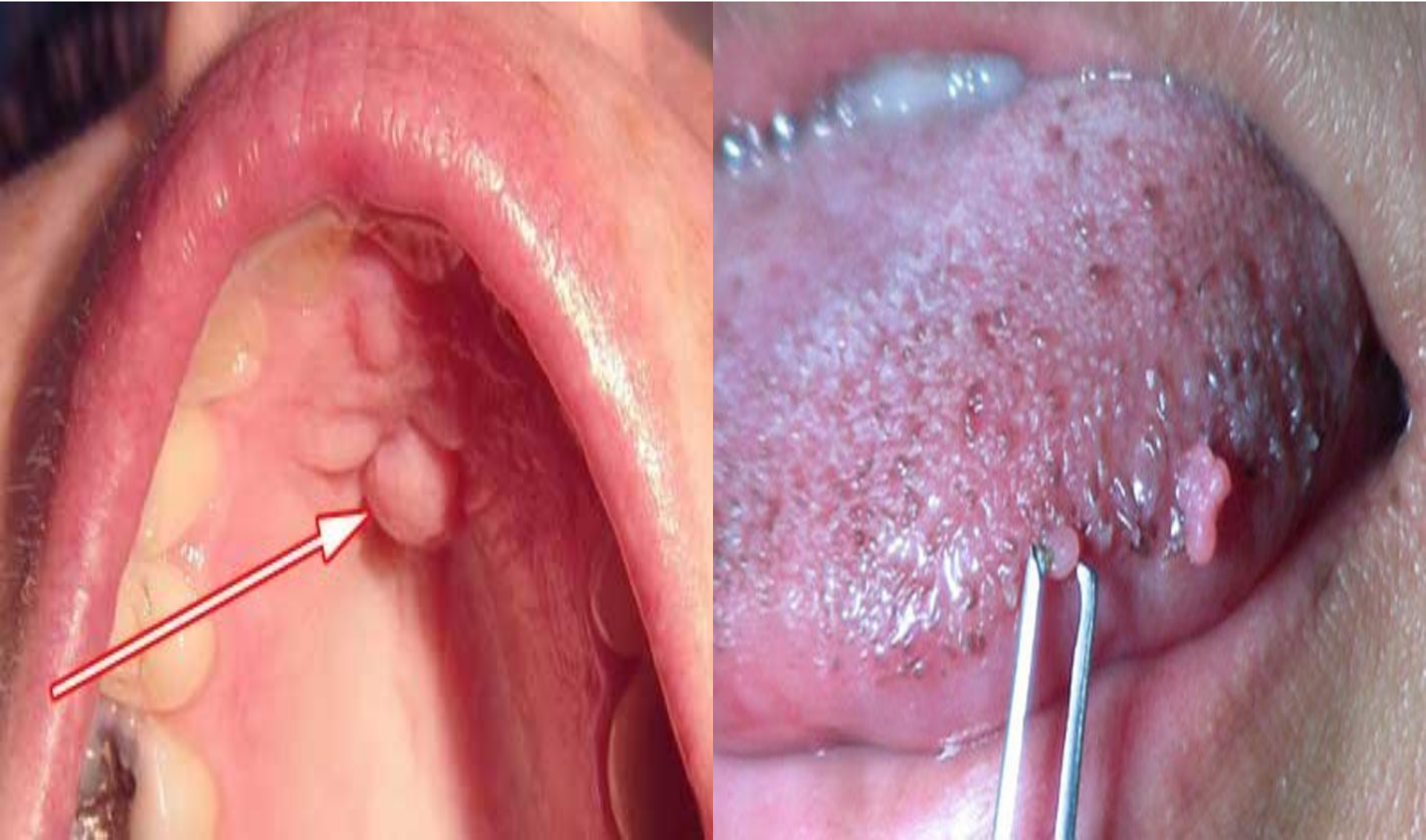


Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта

- **Папиллома** является доброкачественной опухолью. Папиллома является разрастанием сосочков соединительной ткани, покрытых гиперплазированным эпителием с явлениями гипер-и паракератоз. Конечно опухоль растет на ножке, хотя может иметь и широкую основу. Размеры ее составляют от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Она сохраняет цвет слизистой оболочки, но при значительном ороговения может приобретать белого или грязновато-серого цвета. На поверхности папиллом возможны язвы, особенно вследствие травматизации, что приводит к появлению кровотечения. Значительная частота трансформации папиллом (от 10 до 20% наблюдений), гистологическая структура их в виде ограниченных пролифераты является весомым поводом для рассмотрения их как предраковых состояний с большей потенциальной злокачественностью. О начале малигнизации папиллом свидетельствуют следующие клинические признаки: уплотнение папилломы, усиление процессов ороговения на ее поверхности, уплотнение ножки папилломы и ее основы, появление неприятных субъективных ощущений.

- ***Диагностика*** папиллом на слизистой оболочке языка, неба, губ и щек не вызывает затруднений.
- ***Дифференциальный диагноз*** следует проводить с бородавчатым предраком красной каймы губ, смешанной опухолью (полиморфной аденомой) мелких слюнных желез, мягкой фибромы .

Папилломатоз



Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта

- *Красный плоский лишай в полости рта.
Эрозивно-язвенная форма*
- **Симптомы.** На слизистой оболочке ПОЛОСТИ рта - болезненные, длительно не заживающие эрозии.
- **Клиническая картина.** Эрозии (одиночные или множественные), неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом на фоне гиперемированной слизистой оболочки с папулезными элементами, характерными для красного плоского лишая.

Дифференциальная диагностика

- Эрозивно-язвенную форму с:
- Хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом,
- Язвенно-некротическим стоматитом,
- Эрозивно-язвенной формой лейкоплакии,
- Декубитальной язвой,
- Трофической язвой,
- Доброкачественной и злокачественной пузырчаткой,
- Аллергическим и токсико-аллергическим поражением,
- Герпетическим стоматитом.

КПЛ эрозивно-язвенная форма



Эрозивно-язвенная форма КПЛ



Предраковые заболевания слизистой оболочки полости

рта

- *Гиперкератотическая форма красного плоского лишая*
- При гиперкератотической форме красного плоского лишая субъективные ощущения у большинства больных отсутствуют. Иногда пациенты отмечают косметический недостаток на слизистой оболочке в виде белых полос. Некоторые больные предъявляют жалобы на незначительную сухость и шероховатость слизистой оболочки. У отдельных больных могут быть жалобы на жжение во рту.
- *При объективном исследовании* на слизистой оболочке на фоне типичных для красного плоского лишая высыпаний образуются сплошные очаги ороговения с четкими границами.
- *При цитологическом исследовании* отмечается более выраженный гипер- и паракератоз, гипергранулез и дегенерация базального слоя.

Дифференциальная диагностика

- **Гиперкератотическую форму с:**
- *Веррукозной лейкоплакией,*
- *Псевдомембранозной формой кандидоза.*

КПЛ гиперкератотическая форма



- **Лечение** пациентов с красным плоским лишаем часто требует совместных усилий стоматологов дерматологов, гастроэнтерологов, иммунологов, эндокринологов и других специалистов.
- Тщательная санация полости рта, устранение местных раздражающих факторов. Исключение курения, алкоголя, острой и горячей пищи.
- **Медикаментозное лечение:**
- Седативная терапия (настойки валерианы, пустырника, малые транквилизаторы – сибазон, фенозипам, рудотель),
- Концентраты витамина А местно и внутрь,
- Витамин Е ,
- Наиболее часто рекомендуют местное назначение кортикостероидов в виде растворов мазей или инъекций под очаги поражений (триамцинолон ацетонид 0,1% раствор 3 раза в день на пораженные области)
- **При тяжелых формах** – системное назначение кортикостероидов.
- Антималарийные препараты (делагил 0,25 мг 3 раза в день)
- Иммуномодуляторы (такролимус, левамизола гидрохлорид)

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости

рта

- *Эрозивно-язвенная форма красной волчанки слизистой оболочки полости рта* характеризуется такими же клиническими проявлениями, как экссудативно-гиперемическая форма, но на фоне этих изменений возникает одна или несколько болезненных эрозий либо язв. Эрозии различной величины и формы, покрыты плотным фибринозным налетом, при попытке удалить который появляется кровотечение. Нередко вокруг эрозии на фоне эритемы видна радиально расходящаяся от центра очага белая полосовидная тонкая исчерченность. По периферии очага явления ороговения усиливаются и иногда образуется слегка возвышающийся кератотический бордюр. При внимательном рассмотрении этого бордюра видно, что он состоит из отдельных тесно прилежащих друг к другу точек и полосок, располагающихся в виде частокола.

Рис. 7. Проявления КВ в полости рта.



Предраковые заболевания красной каймы губ.

- *С малой частотой озлокачествления (факультативные).*
- • Лейкоплакия веррукозная.
- • Кератоакантома.
- • Кожный рог.
- • Папиллома с ороговением.
- • Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит

Предраковые заболевания красной каймы губ

- **Кожный рог (*cornu cutaneum*)**, синонимы: старческий Рог, фиброкератома Унна. Принадлежит к группе кератоз, т.е. заболеваний кожи невоспалительного характера. Это участок ограниченной гиперплазии эпителия с чрезмерным гиперкератозом. Клинически в виде конуса, цилиндра, разветвления, состоящий из плотных роговых масс грязновато-серого или коричневатого-серого цвета, крепко спаяна со своей основой. Размеры кожного рога чаще всего в пределах 0,5-1 см, хотя в литературе встречаются упоминания и об образовании значительных размеров. Локализуется преимущественно на коже лица, но довольно часто встречаются поражения красной каймы губы. Кожный рог может возникать как на внешне не измененной коже и красной кайме, так и на фоне лейкоплакии, красного плоского лишая и красной волчанки, на рубцах и др. Клиническими признаками начала малигнизации кожного рога появление воспаления в тканях вокруг него, уплотнения основания, внезапное ускорение процессов ороговения. Диагностика кожного рога нетяжелая, так как он имеет достаточно характерную клиническую картину. Начальные стадии процесса на красной кайме губы трудно отличить от бородавчатой предрака и кератоакантомы.

Предраковые заболевания красной каймы губ

- *Эрозивно-язвенная форма красной волчанки красной каймы губ*
- наблюдается примерно у 43% больных. Поражение локализуется преимущественно на нижней губе, что обусловлено рядом предрасполагающих факторов: богатой васкуляризацией, особенностями анатомического строения, постоянным увлажнением слюной и, наконец, постоянным травмированием губы. Эта форма характеризуется выраженным воспалением, на фоне которого возникают эрозии, трещины, язвы, покрытые серозными и серозно-кровянистыми корками. Эрозии часто располагаются на слегка инфильтрированном основании, гиперкератоз в виде чешуек и атрофия определяются по периферии очага поражения. Эта форма сопровождается жжением и болезненностью, усиливающейся во время еды

Красная волчанка на губах



Хроническая механическая травма СОПР:



Папилломатоз

Хроническая механическая травма СОПР:



Декубитальная язва

Хроническая механическая травма СОПР:



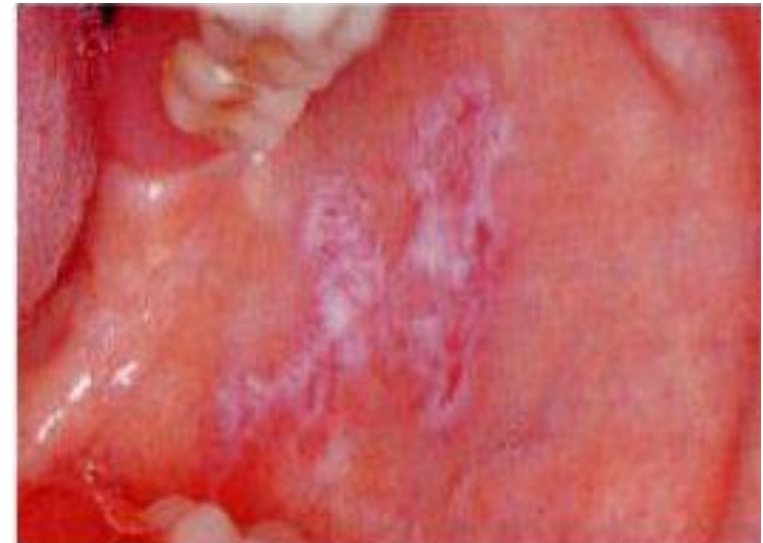
Привычное кусание щеки

Красная волчанка

Эрозивно-язвенная форма характеризуется выраженным воспалением, эрозиями, язвами, вокруг которых – гиперкератоз.



Относится к факультативным предракам СОПР, трансформируется в рак в 6% случаев



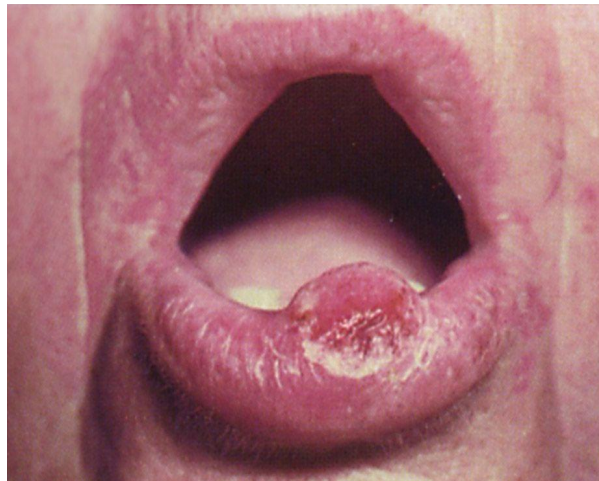
Красная волчанка

*Хроническая
рецидивирующая
длительно
незаживающая
трещина нижней губы*



*Хроническая
рецидивирующая
трещина нижней
губы с признаками
малигнизации*

Кератоакантома - безболезненная, подвижная, эпидермальная доброкачественная опухоль, не спаяна с окружающими тканями, быстро развивается. Через 6-8 месяцев может спонтанно регрессировать и исчезнуть, оставляя рубец, или озлокачествляться. Представляет собой серовато-красный плотный узелок с воронкообразным углублением в центре, заполненным легко удаляющимися роговыми массами.

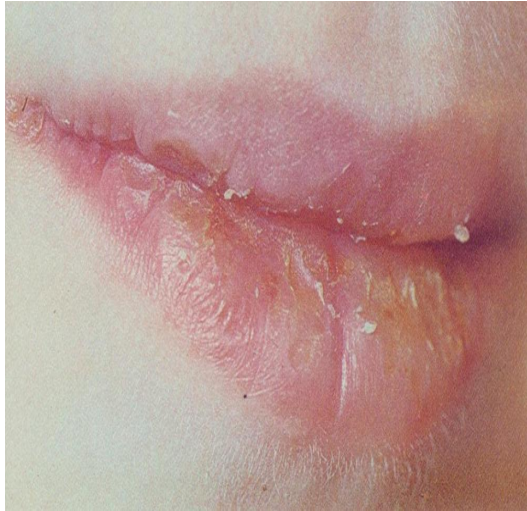


Кожный рог - ограниченная гиперплазия эпителия с мощным гиперкератозом, по внешнему виду и плотности напоминает рог. Это годами существующее заболевание, факультативный предрак



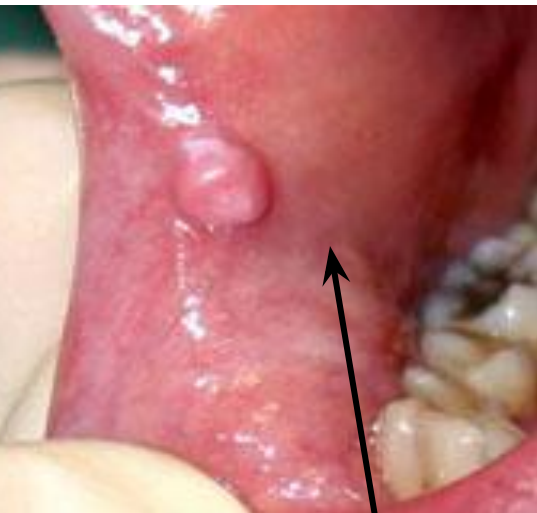
Актинический хейлит -

это первый признак рака кожи, который появляется на нижней губе в виде эритемы и мелких серовато-белых чешуек, возможно появление ссадин, эрозий, корок



Кисты полости рта





Фибромы СОПР

Папиллома

Факультативный предрак



Факультативные предраки



*Остроконечные
кондиломы*



*Остроконечные
бородавки*

Онкологическая настороженность

Стоматологи, как и врачи любого другого профиля, должны проявлять ее при обследовании каждого больного. С какими бы жалобами он не явился, осмотр всей полости рта и красной каймы губ - закон для врача. Любое отклонение от нормы должно привлечь пристальное внимание. Ранние проявления рака могут остаться незамеченными больным, и обязанность врача - своевременно, как можно раньше их обнаружить.

Онкологическая настороженность

Лечение без диагноза не должно проводиться более 7 дней. Следует устранить местные раздражители, не применять средства, способствующие росту опухоли (прижигания, физиотерапия и пр.) В тяжелых случаях врач обязан привлечь к обследованию больного опытных специалистов.

ПРИЗНАКИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

- Длительное, вялое течение процесса;
- Безуспешность консервативного лечения;
- Увеличение размеров патологического очага, несмотря на проведенное адекватное лечение;
- Появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- Спонтанная кровоточивость очага;
- Появление плотных, увеличенных, безболезненных регионарных лимфатических узлов.