

***Предраковые состояния
слизистой оболочки рта
и красной каймы губ***

Предраки — патологические процессы, обязательно предшествующие злокачественной опухоли, но не всегда переходящие в неё. Предраковые процессы отличаются от рака отсутствием одного или нескольких признаков, которые позволяют поставить диагноз рака.

Термин "предрак" предложен на международном конгрессе дерматологов М.В. Дюбрейлем. (Лондон, 1896 г.). Он поставил вопрос о кератозах как предшественниках (предраках) злокачественных опухолей кожи.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Причиной возникновения предраков могут быть экзогенные и эндогенные факторы.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

-Механические

-Химические

-Температурные

-Метеорологические

-Биологические

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:

-гормональные изменения

-общие заболевания

-стрессовые состояния

Классификация предраков

Классификация А.Л.Машкиллейсона (1970)

Облигатные предраки СОР:

- 1.Болезнь Боуэна.
 - 2.Бородавчатый(узелковый)предрак ККГ.
 - 3.Абразивный предканцерозный хейлит Манганотти.
 - 4.Ограниченный предраковый гиперкератоз ККГ.
-

Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью:

- 1.Эрозивная и веррукозная лейкоплакия.
 - 2.Папилломы папилломатоз неба.
 - 3.Кожный рог.
 - 4.Кератоакантома.
-

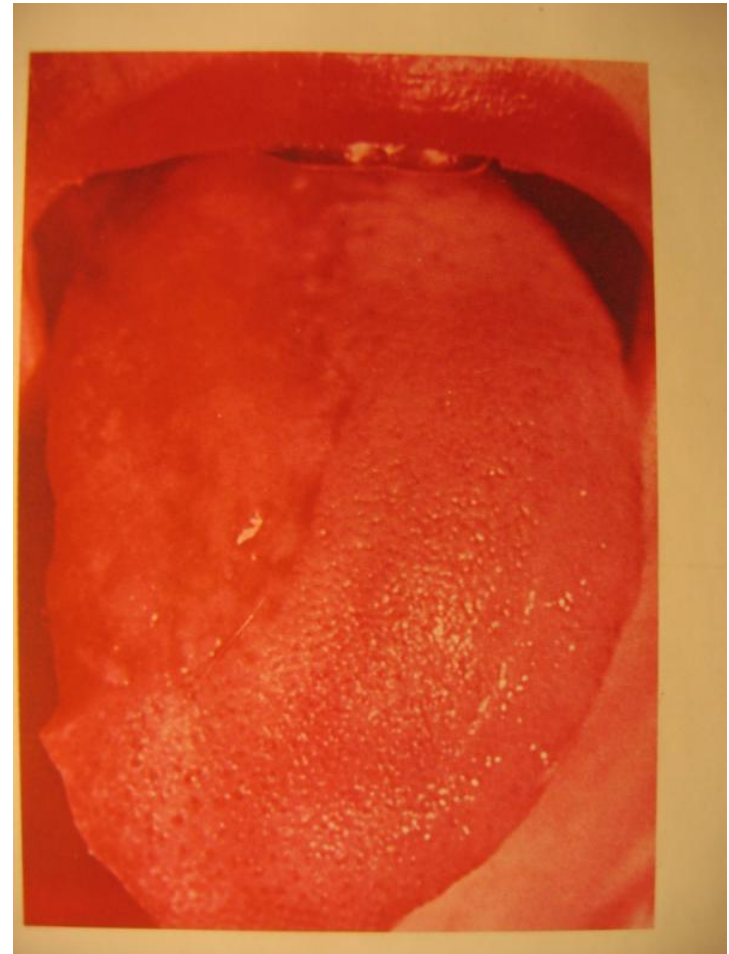
Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:

- 1.Плоская лейкоплакия.
- 2.Хронические язвы СОР.
- 3.Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая.
- 4.Хронические трещины губ.
- 5.Пострентгеновский хейлит и стоматит.
- 6.Метеорологический и актинический хейлиты.

Болезнь Боуэна

Впервые описана американским дерматологом Дж. Боуэном в 1912. Потенциально наиболее злокачественна среди всех предраковых заболеваний и укладывается в понятие cancer in situ. Чаще всего поражаются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык

Клиника. Очаг поражения чаще один, реже — два; представляет собой ограниченное застойно-красное пятно с гладкой или бархатистой поверхностью, с мелкими сосочковыми разрастаниями. Вследствие атрофии СО очаг слегка западает по сравнению с окружающими тканями. При локализации на языке в месте поражения сосочки языка исчезают. Заболевание протекает неопределенное время. В некоторых случаях быстро наступает инвазивный рост, в других — оно годами остается в стадии cancer in situ.



Бородавчатый предрак

*Бородавчатый предрак
(papilloma verrucosa).
Описал А.Л.Машкиллейсон в 1965г.
Возникает почти исключительно на
красной кайме нижней губы.*

*Имеет вид узла полушаро-
видной формы диаметром
4—10 мм, который
возвышается на 4—5 мм.
Сверху узел покрыт
плотно сидящими серыми
чешуйками*



Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

Описан в 1933 г. Итальянским дерматологом Манганотти. Встречается преимущественно у мужчин в возрасте старше 60 лет. В возникновении хейлита Манганотти важное значение имеют возрастные трофические изменения тканей, особенно нижней губы. В патогенезе следует учитывать нарушения обмена веществ, функции ЖКТ, гиповитаминоз А.

Клиническая картина.

Характерно наличие на ККГ одной, реже двух и более эрозий округлой или неправильной формы, располагающихся сбоку, ближе к середине красной каймы. Поверхность эрозии гладкая, ярко-красная. Иногда покрытая тонким слоем эпителия или на ней образуются корки. Эрозии существуют длительное время, иногда эпителизируются, а потом снова на том же или другом месте.



Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ (hyperkeratosis praescancrosa circumscripta) описан Ал.

Машкиллейсоном в 1965 г. Среди больных преобладают мужчины среднего возраста.

Процесс локализуется на красной кайме нижней губы, сбоку от центра.

Клиника. Заболевание представляет собой очаг ороговения полигональной формы, размером 5 — 2 мм. Он не возвышается над эпителием, а иногда западает. Поверхность его покрыта тонкими, плотно прикрепленными **Дифференциальная диагностика.** Проводят дифференциацию от лейкоплакии и красного плоского лишая.

Лечение заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей.

Лейкоплакия

Лейкоплакия (leucoplasia, от греч. leucos - белый, plax — пластинка) — поражение СОПР, характеризующееся патологическим ороговением покровного эпителия, которое возникает, как правило, в ответ на хронические экзогенные раздражения.

Первое клиническое описание этого заболевания принадлежит Базену (A.Bazin, 1868г.).

Термин "лейкоплакия" предложил Швиммер в 1877 г. (S.Schwimmer, 1877); в полости рта лейкоплакию в совершенстве описал Видаль (F.Vidal, 1883).

Несвоевременная диагностика увеличивает количество случаев перехода лейкоплакии в рак.

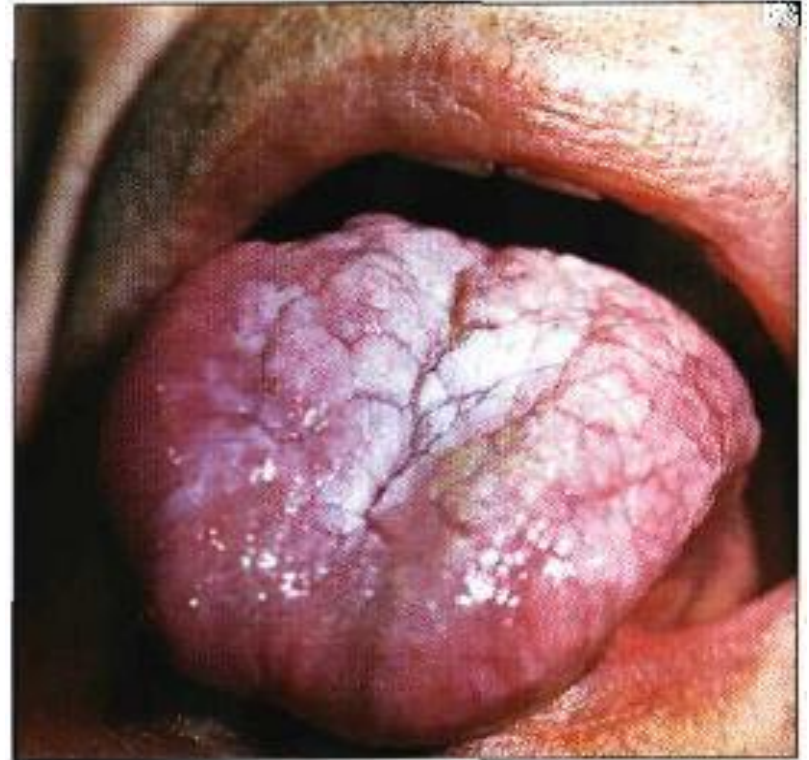
Типичная локализация — на передней части спинки языка, слизистой в углах рта и щёк по линии смыкания зубов, ретромолярной области.

Преимущественно болеют лица в возрасте 41—55 лет.

Лейкоплакия



лейкоплакия



Возвышающаяся форма лейкоплакии слизистой оболочки спинки языка.

Лейкоплакия

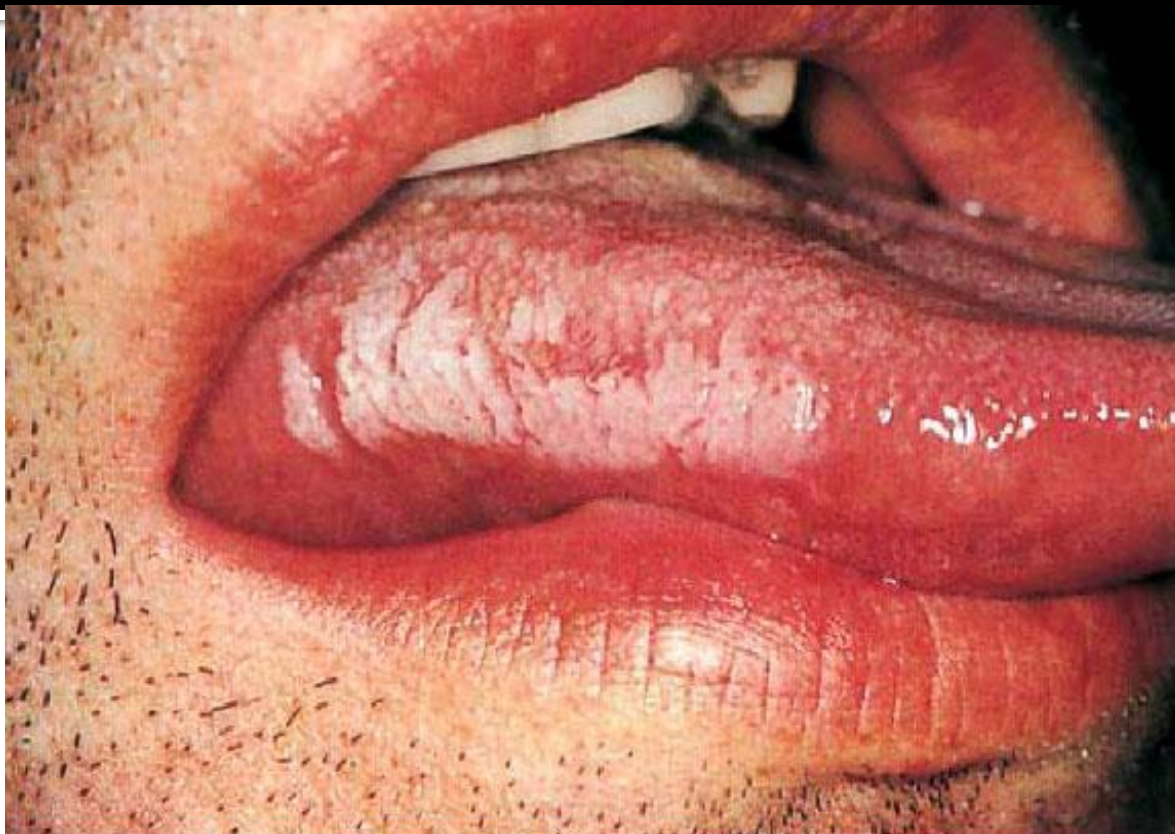


Плоская лейкоплакия в области угла рта.



Лейкоплакия курильщиков Таппейнера.

Лейкоплакия

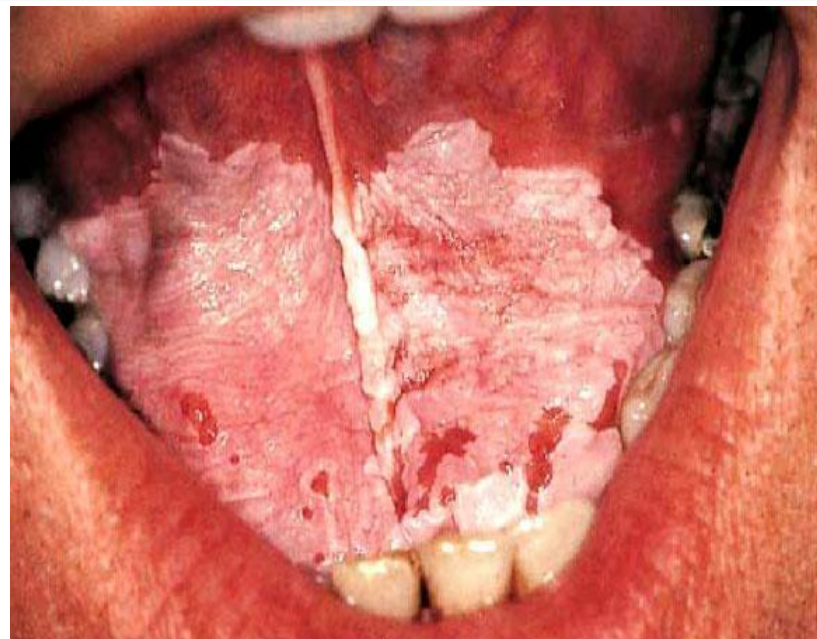


лейкоплакия

Лейкоплакия



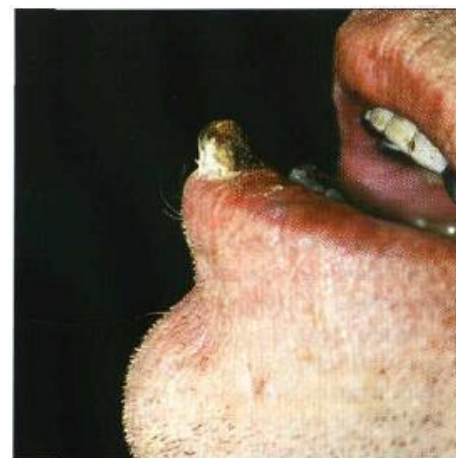
Эрозивная форма лейкоплакии слизистой оболочки дна полости рта.



лейкоплакия

Кожный рог

Кожный рог (cornu cutaneum) — ограниченная гиперплазия эпителия с резко выраженным гиперкератозом, который по виду и плотности напоминает рог. Возникает на красной кайме губы, чаще нижней, у людей в возрасте старше 60 лет. Клиника довольно типична. Поражение представляет собой четко ограниченный очаг диаметром до 10 мм, от которого отходит выступ конусообразной формы высотой не более 10 мм, грязно- или коричнево-серого цвета. Кожный рог может существовать годами, но в любое время может наступить малигнизация. О ней судят по появлению воспаления и уплотнения вокруг основы рога, усилению интенсивности ороговения.



Кожный рог на красной кайме нижней губы.

Кератоакантома

Кератоакантома (ceratoacantoma) — доброкачественная эпидермальная опухоль, которая чаще всего локализуется на красной кайме нижней губы, реже — на языке.

Клиника. Заболевание начинается с образования на губе или языке серо-красного узелка с кратероподобным углублением в центре, которое выполнено роговыми массами. На протяжении месяца опухоль достигает максимального размера (25 x 10 мм). Возможно разное развитие кератоакантомы. Чаще всего через 6—8 месяцев она сама по себе исчезает, а на ее месте образуется атрофический пигментированный рубец или может трансформироваться в рак.

Цитологически: атипичные клетки обнаруживаются редко (8%), чаще видны митозы без признаков атипии.

Гистологически: гиперплазия эпидермиса с гиперкератозом, пролиферация клеточных элементов с глубоким инфильтративным ростом. Лечение: удаление хирургическим путём с последующим гистологическим исследованием. Возможна близкофокусная рентгенотерапия.

Хейлиты



Метеорологический хейлит.

Актинический хейлит, сухая форма (а), экссудативная форма (б).

Трещина красной каймы нижней губы



Трещина красной каймы нижней губы



Хроническая рецидивирующая трещина нижней губы с ороговевшими краями.