

ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЛОСТИ РТА

КЛИНИЧЕСКИЙ ОРДИНАТОР: АСТРАХАНЦЕВ М.А.



ПРЕДРАК...

- ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ
- ОБЛИГАТНЫЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ

(РАЗРАБОТАНА ПРОФ. А.Л. МАШКИЛЛЕЙСОНОМ, 1977)

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные)

- Болезнь Боуэна.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные)

- Лейкоплакия веррукозная;
- Папилломатоз;
- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая;
- Постлучевой стоматит.

КЛАССИФИКАЦИЯ

(РАЗРАБОТАНА ПРОФ. А.Л. МАШКИЛЛЕЙСОНОМ, 1977)

Предраковые заболевания красной каймы губ.

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

- Болезнь Боуэна.
- Бородавчатый предрак красной каймы
- Абразивный хейлит Манганотти.
- Предраковый гиперкератоз.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные).

- Лейкоплакия веррукозная.
- Кератоакантома.
- Кожный рог.
- Папиллома с ороговением.
- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит.

ЭТИОЛОГИЯ

Все многочисленные факторы, являющиеся пусковым механизмом для развития патологических состояний слизистой оболочки полости рта, можно разделить на две основные группы:

- употребление раздражающих продуктов (алкоголь, табак, грубая пища, пряности)
- долго существующие стоматологические проблемы (плохо припасованные съемные протезы, недоброкачественные пломбы, разрушенные коронки зубов, аномалии положения отдельных зубов).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Слизистая оболочка рта состоит из трёх слоев:

- эпителиального,
- собственной пластинки слизистой оболочки
- подслизистой основы.

Эпителиальный слой представлен **многослойным плоским эпителием**. На губах, щеках, мягком небе, дне полости рта эпителий не ороговевает и состоит из базального и шиповатого слоев. На твердом небе и десне эпителий подвергается ороговению, поэтому в нем дополнительно имеются зернистый и роговой слои.

- **Альтеративные и экссудативные** изменения преобладают при остром течении воспалительного процесса
- При хронических – **пролиферативные**. Обозначенные нарушения приводят к расстройству ороговения, что создает возможность опухолевого перерождения.

- **Акантоз** – пролиферации базальных и шиповатых клеток, приводит к утолщению эпителиального слоя, что выражается в появлении узелков и лихенизации.
- **Паракератоз** – нарушение ороговения клеток с появлением пятна лихенизации, вегетации, узлов и узелков. Микроскопически отмечается частичное или полное исчезновение зернистого слоя эпидермиса за счёт нарушения образования кератогиалина и элеидина. Из клеток рогового слоя исчезает клейкое вещество кератин, следствием чего является выраженное шелушение эпидермиса. Образующиеся чешуйки легко отторгаются.

- **Дискератоз** – нарушение процесса ороговения отдельных эпителиальных клеток. Они становятся более крупными, округлыми, с зернистостью в цитоплазме – «тельца Дарье», затем превращаются в гомогенные ацидофильные образования с мелкими пикнотическими ядрами. Дискератоз сопровождает старение. Злокачественный дискератоз характерен для болезни Боуэна, плоскоклеточного рака.
- **Гиперкератоз** – чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия в результате избыточного образования кератина или вследствие задержки сдвигивания эпителия. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина.
- **Папилломатоз** – разрастание сосочкового слоя собственной пластинки слизистой оболочки и врастание его в эпителий. Наблюдается при хронической травматизации слизистой.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ЛЕЧЕНИЕ

- **БОЛЕЗНЬ БОУЭНА**



Хвороба Боуена (morbus Bowen)



Вперше описана
американським
дерматологом
Дж. Боуеном 1913р.
Найчастіше
уражаються
м'яке піднебіння,
язичок,
ретромоллярна
ділянка, язик.







БОЛЕЗНЬ БОУЭНА

медленно увеличивающиеся пятнисто-узелковые поражения, схожие с лейкоплакией с мелкобугристой поверхностью и сосочковыми разрастаниями или красным плоским лишаем. Очаги могут сливаться, образуя полициклические бляшки с гиперемированной, гладкой или бархатистой поверхностью. При длительном существовании появляются признаки атрофии, эрозирование поверхности. По современным представлениям дискератоз Боуэна является интраэпителиальным раком

- Лечение хирургическое, при невозможности – близкофокусная рентгенотерапия.
- Профилактика: отказ от курения, устранение травматизации слизистой полости рта, исключение раздражающей пищи и алкоголя, протезирование однородным металлом.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ВЕРРУКОЗНАЯ











- 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.

Выделяют плоскую лейкоплакию курильщиков с локализацией на твердом нёбе - лейкоплакия

Таппейнера. При этом на слизистой оболочке твердого, а иногда мягкого нёба имеются явления нерезко выраженного паракератоза. Слизистая серовато-белого цвета, несколько уплотнена, с красными точками зияющих устьев выводных протоков слюнных желез. Диагноз устанавливается на основании клинической картины.



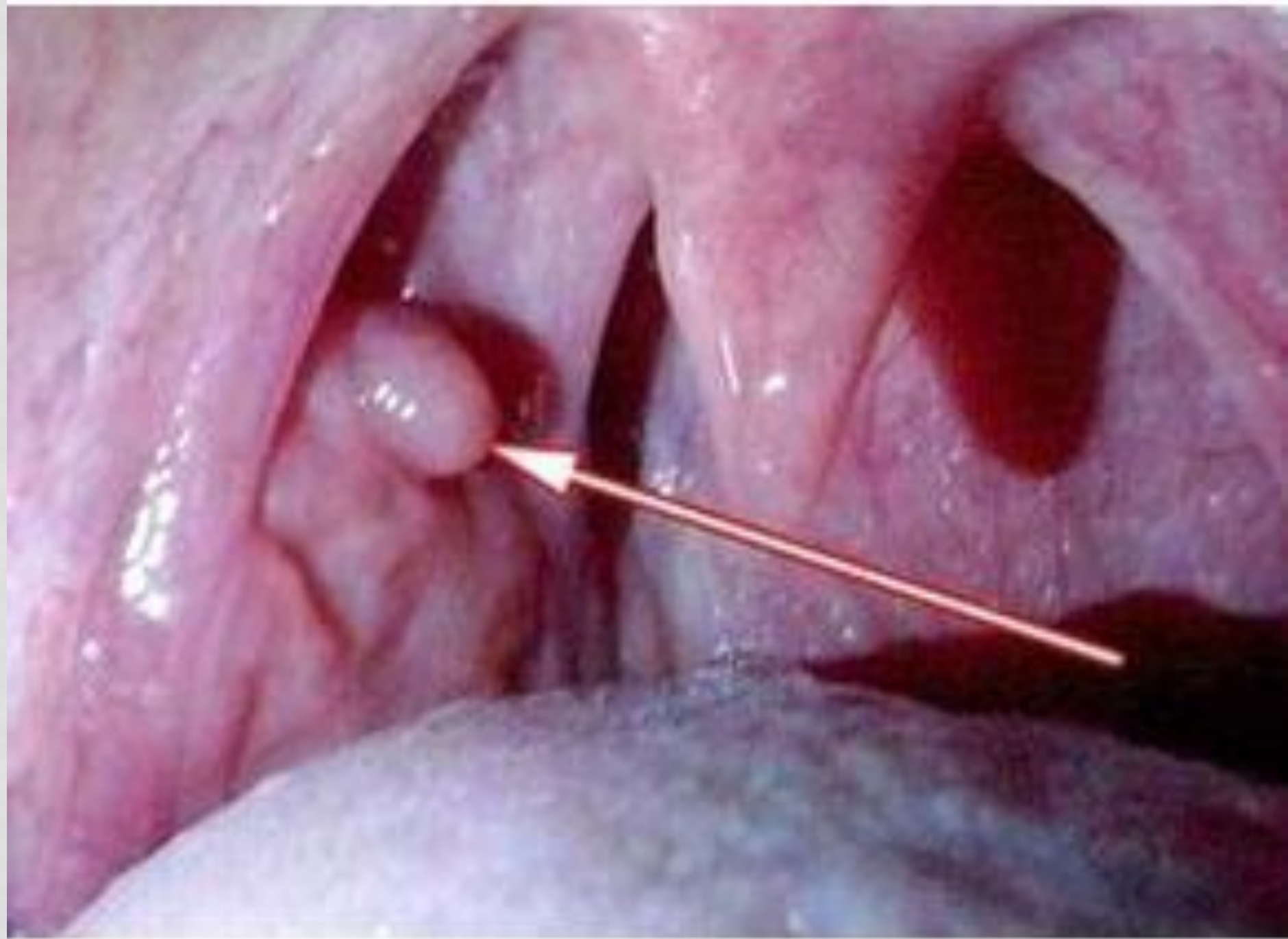


- Лечение лейкоплакии, как и большинства факультативных предраков губ и слизистой оболочки полости рта, сводится в неспецифическим мероприятиям:
 - 1. Санация полости рта.
 - 2. Отказ от курения.
 - 3. Лечение желудочно-кишечной патологии.
 - 4. Витамины группы В.
 - 5. Курс аевита (внутримышечно по 1 мл через день).
Для лучшей эпителизации при эрозивной форме лейкоплакии эрозий аппликации витамина А и кортикостероидные мази.
- Очаги веррукозной и эрозивной лейкоплакии иссекают с обязательным гистологическим исследованием. Возможна криодеструкция.

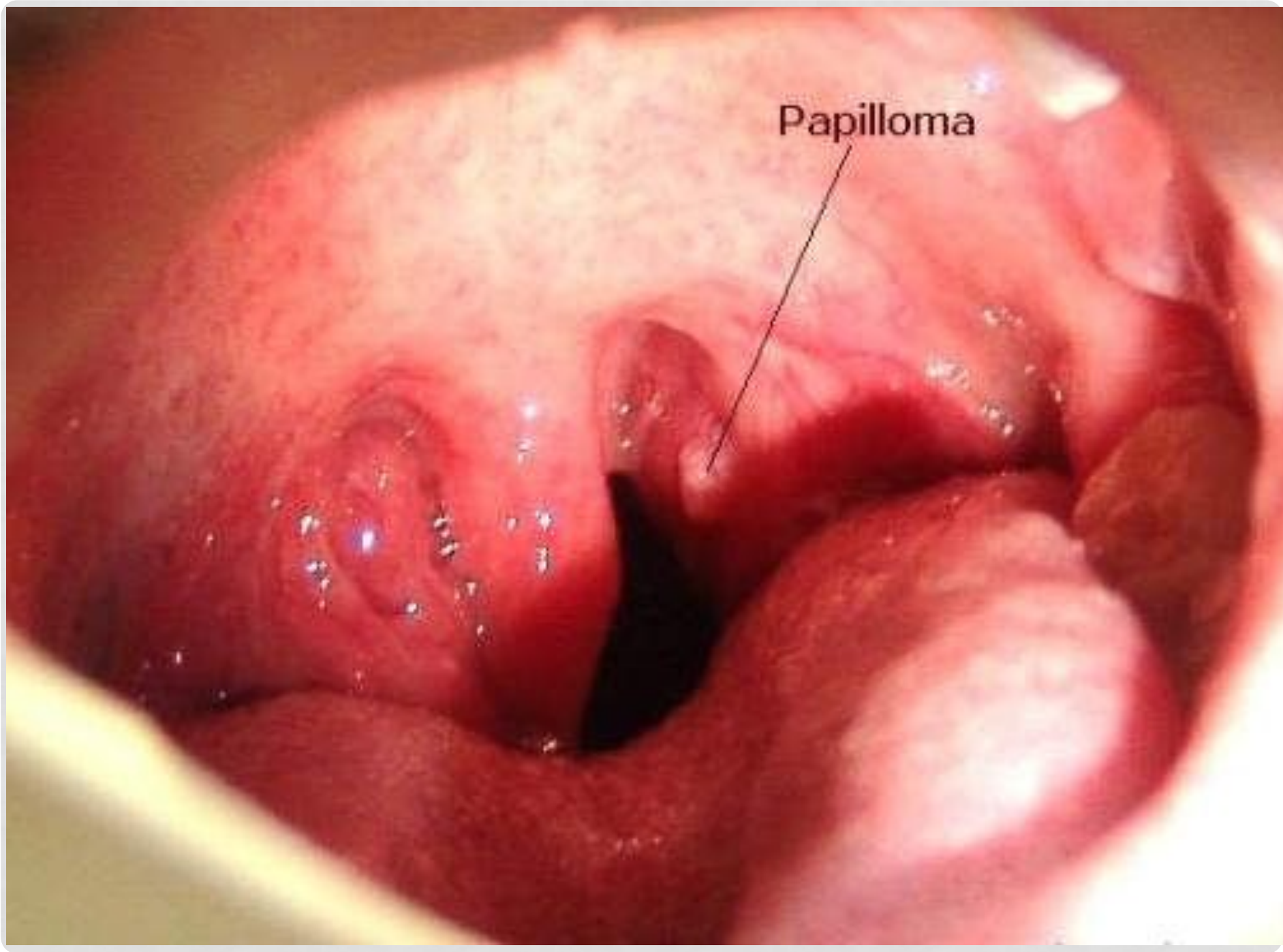
ПАПИЛОМА

Образование на ножке или на широком основании, располагающееся на красной кайме или слизистой оболочке, часто – твердое и мягкое нёбо. Папилломатоз – множественные сливающиеся узелки. Ороговевающие папилломы серовато-белого цвета, неороговевающие по цвету не отличаются от красной каймы.

Лечение: хирургическое.



Papilloma





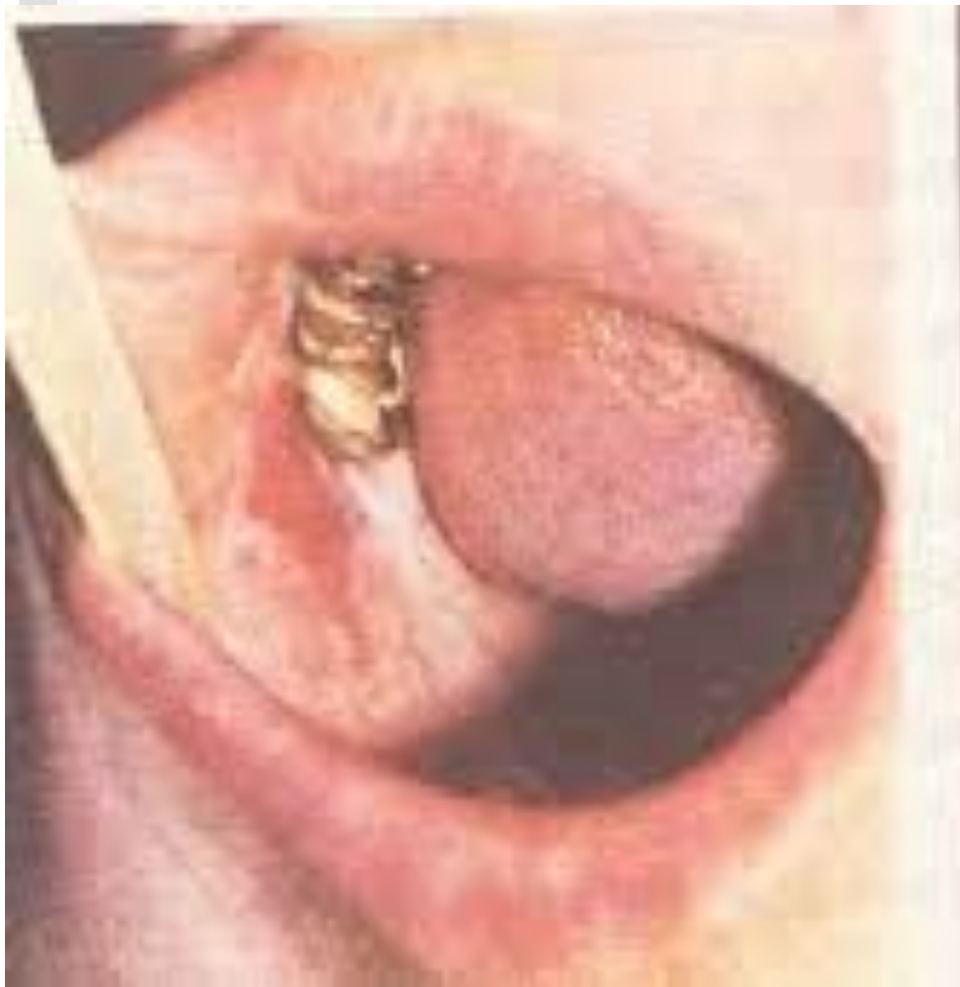




ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННАЯ И ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКАЯ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

При эрозивно-язвенной форме красной волчанки возникают язвы и эрозии, не склонные к эпителизации, нерезко выражен гиперкератоз. При гиперкератотической форме красной волчанки типичен располагающийся на фоне четко ограниченного эритематозного пятна, значительно возвышающийся над уровнем красной каймы гиперкератоз.

Лечение: синтетические антималярийные препараты (хлорохиндифосфат, делагил, хингамин) в комбинации с небольшими дозами кортикостероидов и витаминами группы В, никотиновой кислотой.







Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма



Эрозии и язвы на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки боковой поверхности языка в сочетании с папулами

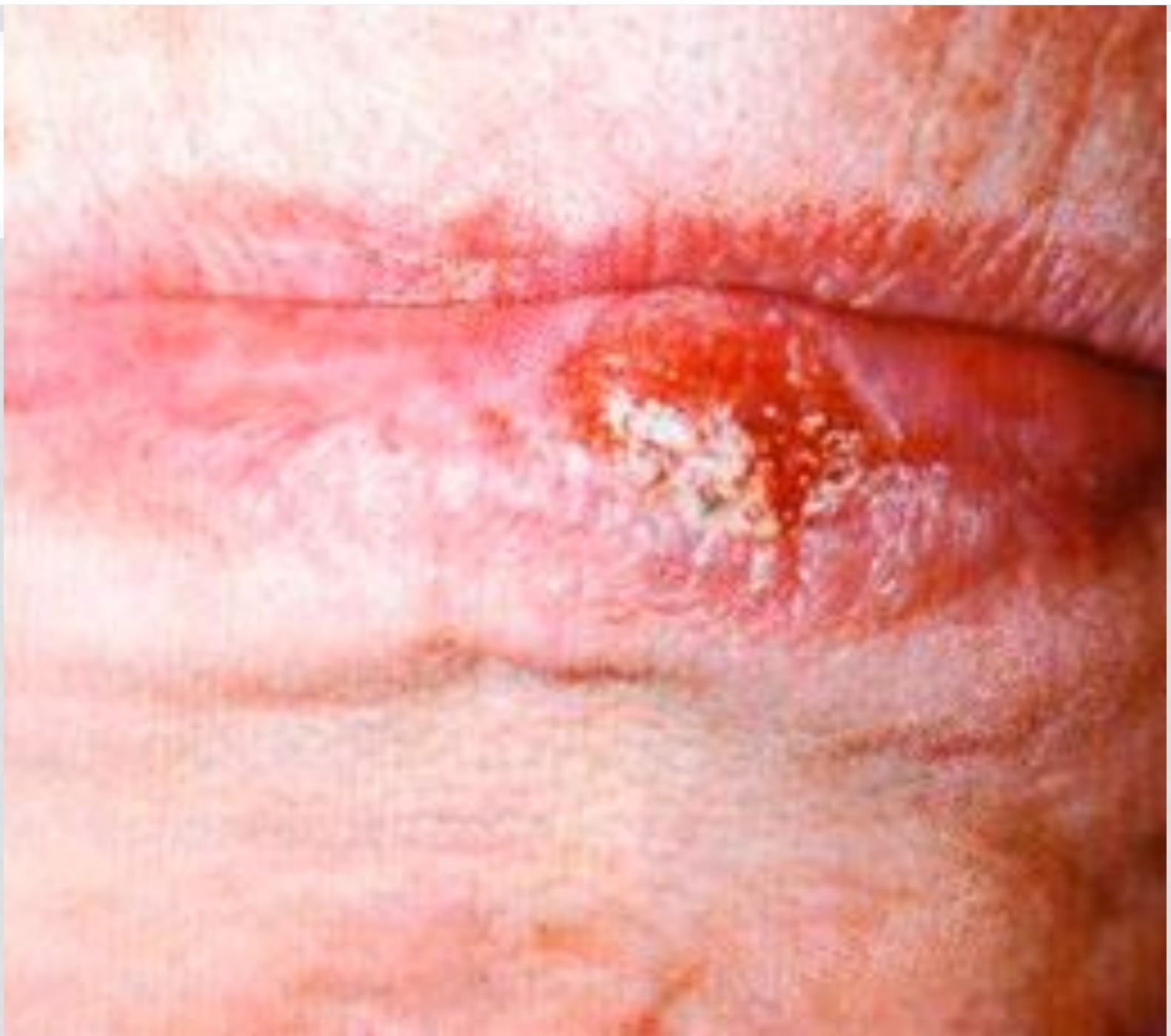
Красный плоский лишай, эрозивная форма



На слизистой оболочке щек белые папулы, сливающиеся в ажурный рисунок, на фоне которых определяются эрозии.

БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ









АБРАЗИВНЫЙ ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ

Эрозия неправильной или овальной формы с гладкой «полированной» поверхностью, без уплотнения в основании, иногда покрыта серозными и кровавыми корками. Вокруг эрозии нередко небольшая воспалительная инфильтрация







Рис. 3. Бородавчатый предрак



Рис. 4. Ограниченный гиперкератоз



Рис. 5. Хейлит Манганотти



Спасибо

За

Внимание!!!