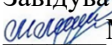


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова
Завідувач кафедри професор ЗВО
 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА
«28» серпня 2023р.
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 49	Передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Прогноз та профілактика
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема 49.

Передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Прогноз та профілактика

Мета заняття: навчитися діагностувати і лікувати передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота.

Завдання на формування вихідного рівня знань.

1. Анатомо-фізіологічна будова слизової оболонки порожнини рота.
2. Гістологічна будова слизової оболонки порожнини рота.
3. Морфологічні елементи ураження слизової оболонки порожнини рота.
4. Методи обстеження хворих із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.

Література:

1. *Лекції з терапевтичної стоматології.*
2. *Матеріали лекцій кафедр гістології, фізіології і патологічної анатомії.*
3. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахний. – «Медицина», М., 2010. – 640 с.
4. Цветкова Л. А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ : учебное пособие / Арутюнов С. Д., Цветкова Л. А., Петрова Л. В. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
5. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. проф. Г.М. Барера. – «ГЭОТАР-Медиа», М., 2006. – 286 с.
6. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта Медицинская литература, М., 2006. – 288с.

Контроль вихідного рівня знань.

Питання	Рівень	Еталони відповідей
1) Які елементи ураження відносяться до первинних?	I	1) Пляма, еритема, розеола, геморагії, петехії, екхімози, телеангіектазії, папула, вузол, бугорок, пухирець, міхур, гнійник, кіста.
2) Які елементи ураження відносяться до вторинних?	I	2) Луска, ерозія, афта, виразка, тріщина, кірка, рубець.
3) Схема обстеження хворого із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.	I	1) З'ясування скарг хворого, навідні питання, опитування. 2) Збір анамнезу (захворювання, життя). 3) Об'єктивне обстеження: а) огляд; б) пальпація. 4) Додаткові методи обстеження 5) Діагностика. 6) Диференціальна діагностика. 7) Лікування. 8) Профілактика.

Питання, які підлягають вивченню на практичному занятті:

1. Вивчити класифікацію передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ за А.Л. Машикейсон.
2. Прогноз та профілактика передракових захворювань.

Література:

Основна:

1. *Лекції з терапевтичної стоматології.*
2. *Матеріали лекцій кафедр гістології, фізіології і патологічної анатомії.*

3. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахний. – «Медицина», М., 2010. – 640 с.

Додаткова:

1. Цветкова Л. А. Заболевание слизистой оболочки рта и губ : учебное пособие / Арутюнов С. Д., Цветкова Л. А., Петрова Л. В. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
2. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. проф. Г.М. Барера. – «ГЭОТАР-Медиа», М., 2006. – 286 с.
3. Лущкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта Медицинская литература, М., 2006. – 288с.

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Діагностика передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота»

Компоненти дії	Методи і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Зверніть увагу на вік хворого.	Історія захворювання. При опитування хворого уважно вислухати скарги, задавати хворому навілні питання.	Передракові захворювання звичайно виникають в осіб старше 45-50 років, рідше в осіб молодого віку (19-25 років).
2. Опитування хворого: • скарги відсутні		З появою перших клінічних ознак хвороби Боуена, обмеженого передракового гіперкератозу, веррукозної форми лейкоплакії, гіперкератотичної форми червоного плоского лишая.
• Сухість, стягнення, незвичайний вид слизової оболонки порожнини рота.		Інтенсивність відчуттів незначна при ранніх проявах хвороби Боуена, плоскій формі лейкоплакії.
• Печіння		При прийомі гарячої і грубої їжі, при всіх формах передраку.
• Біль від термічних і хімічних подразників		Ерозивна форма лейкоплакії, ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая, бородавчастий передрак губи, абразивний преканцерозний хейліт Манганотті, кератоакантома.
• Біль при ковтанні		Свідчить про реакцію регіонарних лімфовузлів і прогресуванню канцерогенезу.
• Порушення загального стану, підвищення		Не порушено, температура тіла в межах норми.
3. Анамнез захворювання: з чим пов'язує хворий початок свого захворювання;	Можна допустити причину захворювання, дізнавшись про перенесені і супутні захворювання, шкідливі звички, професійні шкідливості.	Хворий може вказати на наявність в анамнезі травми слизової оболонки порожнини рота.
• тривалість захворювання	Перебіг захворювання хронічний	Особливості перебігу передраку слизової оболонки порожнини рота визначаються індивідуальною реактивністю організму хворого і інтенсивністю дії бластомогенних чинників.

<ul style="list-style-type: none"> частота загострень 		Часті загострення можуть вказувати на невчасне звертання до лікаря, відсутність ефективного лікування, наявність шкідливих звичок (куріння, алкоголь, прянощі і ін.), недотримання гігієни порожнини рота, наявність хронічного соматичного захворювання.
<ul style="list-style-type: none"> проведене лікування 		Виявити, чи проводилося лікування захворювання, його ефективність, методи і засоби (краще мати виписку з історії хвороби хворого).
<p>4. Анамнез життя:</p> <p>розпитати хворого про шкідливі звички.</p>	Опитування	Виникненню передраку сприяють: 1) вплив хімічних сполук (бетель, тютюн, вапно, перець); 2) хронічна механічна травма (прикушування слизової щік, губ); 3) хронічна термічна травма (гаряча їжа, куріння); 4) алкоголь.
<ul style="list-style-type: none"> Професійні шкідливості. <p>Робота з парафілендіаміном і ін., хімічними речовинами, метеорологічними чинниками.</p>		Можливі ліхеноїдні реакції у відповідь на дію на організм деяких хімічних речовин, несприятливих метеорологічних чинників.
<ul style="list-style-type: none"> Перенесені супутні захворювання. 	Все чітко записати в історію хвороби, вклеїти виведення ін. фахівців, аналіз крові, сечі і ін.	Передракові захворювання можуть розвиватися на тлі серцево-судинної патології, ендокринних розладів, порушень травної і нервової системи і ін.
<p>5. Огляд хворого:</p> <ul style="list-style-type: none"> зовнішній огляд. Папули на шкірі нижньої третини передпліччя, гомілки, поперекові і ін. 		При дерматостоматиті у хворих червоним плоским лишаєм на шкірі виявляють рожеві папули з восково-блискучою поверхнею.
<ul style="list-style-type: none"> Ділянка гіперплазії з сильно вираженим гіперкератозом на шкірі особи. 		Шкірний ріг може характеризуватися не тільки ураженням губ, але і вогнищем гіперкератозу на шкірі особи.
<ul style="list-style-type: none"> Стан регіонарних лімфатичних вузлів 	Провести правильну пальпацію	При передракових станах лімфовузлів не пальпуються, безболісні. Період розвитку злоякісної пухлини характеризується реакцією лімфовузлів (збільшення, болісність).
<p>6. Огляд порожнини рота:</p> <p>огляд зубів</p>	Набір інструментів для огляду, історії хвороби	Наявність зруйнованих зубів, відсутність контактних пунктів між зубами, наявність зубних відкладень сприяють травматизації слизової оболонки порожнини рота, знижує її резистентність і провокує загострення передраку СОПР

• Аномалії положення зубів, прикусу, нераціональне протезування (гальваноз)		Можуть провокувати появу нових елементів ураження або загострення хвороби в результаті травматичного і токсичного впливу на слизову оболонку порожнини рота.
• Визначення рухливості зубів		При важкому пародонтиті або пародонтозі може спостерігатися рухливість зубів I-III ступені, що також сприяє травматизації слизової оболонки порожнини рота.
Огляд слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ	Необхідний ретельний огляд слизової оболонки і червоної кайми губ при природному освітленні.	
На тлі типових полігональних папул суцільні вогнища зроговіння з різкими межами.		При гіперкератотичній формі червоного плоского лишая. Частіше зроговіння локалізується по лінії змикання зубів на слизовій щік, бічних поверхонь язика, губах.
Зроговіння папули, ерозії, виразки на СОПР		Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая.
Плями, вуздечки з нерівномірним зроговінням. Осередок ураження у вигляді втягнутої гіперимованої ділянки неправильної форми. У ділянці осередку ураження може виникати ерозія.		Хвороба Боуена. Вражаються переважно слизова оболонка м'якого піднебіння, крилоподібно-щелепна складка, бічні відділи задньої третини язика.
Вогнище зроговіння підноситься над оточуючою його слизовою оболонкою у вигляді бляшки або бородавчастих розростаннях. Поверхня сірувато-білого кольору, горбиста.		Веррукозна форма лейкоплакії. Частіше осередки ураження локалізуються на слизовій щік ближче до кутів рота, дні порожнини рота, бічних поверхнях язика.
На тлі вогнищ зроговіння бляшок одиночні або множинні ерозії.		Ерозійна форма лейкоплакії виникає на тлі верукозної або плоскої лейкоплакії.
Вузол напівшаровидної форми з горбистою поверхнею, яка підноситься над рівнем епітелію на 3-5 мм		Бородавчастий передрак. Переважно вражається нижня губа. При цьому червона кайма губ, яка оточує вогнище, зовні не змінена.
Ерозія (іноді 2-3) на червоній облямівці губи яскраво-червоного кольору без тенденції до епітелізації, вкрита кіркою, по її краях може з'являтися кератоз.		Абразивний преанцерозний хейліт Манганотті. Ерозія частіше розташовується на бічних ділянках червоної кайми губ.

<i>Вогнище гіперкератозу полігональної форми, розміром від 0,2х 0,5 до 2 х 1,5 см з чіткими межами на червоній</i>		Обмежений передраковий гіперкератоз.
<i>облямівці губ. Звичайно вогнище покрите лусочками і має сірувато-білий колір, плоску поверхню.</i>		
<i>Напівшаровидний вузлик з невеликим воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, по периферії щільний червонуватий валик.</i>		Кератоакантома. Локалізується на губі або язиці.
<i>Безліч дрібних папілом без зміни кольору або з зроговінням.</i>		Папіломатоз. Частіше вражається слизова оболонка піднебіння, губи, язика і щік.
<i>Збільшення елементів ураження в розмірах, поява виразок, кровоточивості, ущільнення в основі, посилення інтенсивності зроговіння.</i>		Ознаки злоякісного переродження передраку слизової оболонки порожнини рота.
<i>Додаткові методи обстеження</i>	Варто чітко визначити, які додаткові методи необхідні для діагностики передраку.	
<i>Гістологічне дослідження</i>	Клінічна лабораторія	Кожне передракове захворювання слизової оболонки порожнини рота характеризується визначеними, гістологічними змінами, що є основою для діагностики і диф. діагностики цих захворювань.
<i>Консультація у лікарів ін. спеціальностей з проведенням загальних аналізів крові, сечі, аналізу крові на вміст цукру і ін.</i>		Допоможе вам виявити супутні захворювання, які можуть бути фоновими для розвитку передраку слизової оболонки порожнини рота.

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Лікування передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота»

<i>Компоненти дії</i>	<i>Методи і засоби лікування</i>	<i>Критерії самоконтролю</i>
-----------------------	----------------------------------	------------------------------

Складання плану комплексної терапії передраку слизової оболонки порожнини рота залежно від форми захворювання.	План повинен бути записаний в історію хвороби.	Висновки лікарів ін. спеціальностей (терапевта та ін.) про можливості застосування деяких препаратів загального впливу на організм.
1. Усунення місцевих подразнюючих чинників: видалення зубних відкладень, корекція протезів.	Стом. інструменти, навчання гігієні порожнини рота із застосуванням способів індикації.	Після зняття зубних відкладень зондом визначається гладка поверхня зубів, після зняття нальоту поверхня зуба не забарвлюється р-ном Шиллера-Пісарєва. Гострі краї зубів і протезів при вибіркового пришліфовуванні усуваються.
		різномірних металів в протезах гальваноз не визначається.
2. Усунення впливу канцерогенних чинників, що викликають захворювання або сприяють його розвитку: куріння, алкоголь, несприятливі метеорологічні чинники, хронічна, термічна і хімічна травма та ін.	Активна санітарно-просвітницька робота з пацієнтами.	
3. Призначення ортопедичного лікування	Здійснює лікар-ортопед	Відновлення функції. Рекомендується раціональне протезування.
4. Видалення осередку ураження в межах здорових тканин з подальшим гістологічним дослідженням	Висічення, кріодеструкція або електрокоагуляція.	Покази до застосування того або іншого методу лікування визначаються характером течії, розповсюдження патологічного процесу і загальним станом організму
Проведення медикаментозного лікування: • усунення запальних явищ • стимуляція процесів регенерації • підвищення захисних властивостей організму	Антисептики, антимікробні препарати, ферменти. Місцево: вітамін А, галаскорбін, масло шипшини, обліпіхи, вітамін Е і ін. Всередину – вітамін А, вітамін Е, нікотинова кислота, делагіл і ін. Враховується загальне стан. Вітамінотерапія, гипосенсибілізуєчі і седативні засоби, імуномодулятори.	Усунення (зменшення інтенсивності) запалення слизової оболонки порожнини рота. Епітелізація ерозій і виразок, зменшення поверхні і ущільнення ділянок зроговіння. Зменшення частоти загострень захворювання або відсутність рецидивів.
6. Призначення раціональної дієтотерапії	Дієта, з виключенням гострої, пряної і грубої їжі	Усунення травмуючого впливу харчових речовин.
7. Диспансерне спостереження	У перший рік після лікування 1 раз в 3 мес, потім 2 рази на рік	Залежно від форми і тяжкості перебігу захворювання

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Профілактика передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота»

<i>Компоненти дії</i>	<i>Методи і засоби лікування</i>	<i>Критерії самоконтролю</i>
1. Усунення місцевих подразнюючих чинників: видалення зубних відкладень, корекція протезів.	Стом. інструменти, навчання гігієні порожнини рота із застосуванням способів індикації.	Після зняття зубних відкладень зондом визначається гладка поверхня зубів, після зняття нальоту поверхня зуба не забарвлюється р-ном Шиллера-Пісарєва. Гострі краї зубів і протезів при вибіркового пришліфовуванні усуваються. Різномірні метали в протезах.
2. Усунення впливу канцерогенних чинників, що викликають захворювання або сприяють його розвитку: куріння, алкоголь, несприятливі метеорологічні чинники, хронічна, термічна і хімічна травма і ін.	Активна санітарно-просвітня робота з пацієнтами.	
3. Призначення ортопедичного лікування	Здійснює лікар-ортопед	Відновлення функції. Рекомендується раціональне протезування.
4. Призначення раціональної дієтотерапії	Дієта, з виключенням гострої, пряної і грубої їжі	Усунення травмуючого впливу харчових речовин.
5. Диспансерне спостереження	У перший рік після лікування 1 раз в 3 мес, потім 2 рази на рік	Залежно від форми і тяжкості перебігу захворювання

Короткий зміст теми:

Залежно від частоти переходу в рак розрізняють облігатні і факультативні передракові захворювання.

Класифікація передракових змін червоної кайми губ і СОПР

(А.Л. Машикейсон, 1966,1970)

I. Облігатні передракові захворювання (завжди приводять до раку):

1. Хвороба Боуєна і еритроплазія Кейра
2. Бородавчастий або вузликовий передрак червоної кайми губ
3. Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної кайми губ

II. Факультативні передракові захворювання з високим ризиком злоякісного переродження (трансформація в рак в 15-30% випадків):

1. Лейкоплакія ерозійна і веррукозна
2. Папілома і папіломатоз піднебіння
3. Шкірний ріг
4. Кератоакантома

III. Факультативні передракові захворювання з невеликим ризиком озлоякіснення (трансформація в рак в 6 % випадків):

1. Лейкоплакія плоска
2. Хронічні виразки СОПР
3. Ерозійні і гіперкератотичні форми червоного вовчаку і червоного плоского лишая СОПР
4. Хронічні тріщини губ
5. Рентгенівський хейліт і стоматит
6. Метеорологічний і актинічний хейліти.

Термін передрак запропонував в 1896 році дерматолог Дюбрейль. Парадраки це доброякісне новоутворення, хронічні запальні процеси, дисгормональні стани тощо, на фоні яких при певних умовах може розвиватись рак.

В порожнині рота і на червоній каймі губ виникненню передраків сприяють: хронічна травма, метеорологічні фактори, подразнююча, гаряча, гостра їжа, алкоголь, паління, шкідливі звички, професійні шкідливості. Для передраку характерно порушення процесу кератинізації в епітелії СОПР за типом гіперкератозу і дискератозу без інвазії в підлеглу тканину. Своєчасне виявлення і лікування передраку усуває загрозу переродження в злоякісну пухлину, яка на ранніх стадіях бессимптомна, що утруднює діагностику. Відрізняють передракові захворювання з високою (облігатні) і малою (факультативні) частотою злоякісного переродження. Окремого розгляду в практиці лікаря стоматолога потребують облігатні передраки слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ. Прогноз таких захворювань залежить від ряду факторів, насамперед природи канцерогенів, локального статусу і загального стану організму. При виключенні неблагоприємних дій можливий зворотній розвиток елементів ураження, стабілізація процесу без суттєвих змін або ж подальший розвиток без схильності до переродження. Збереження неблагоприємного фону призводить до малігнізації вогнища ураження.

Основними ознаками злоякісного переродження слугують наступні симптоми:

1. Різка зміна клінічної картини (прискорений розвиток пухлини або виразки, екзофітний ріст та звиразкування пухлини).
2. Кровоточивість вогнищ ураження
3. Поява гіперкератозу
4. Інфльтрація і ущільнення в основі

Відсутність ефекту консервативного лікування протягом 7-10 днів є приводом до направлення хворого на консультацію до онколога чи до щелепно-лицевого хірурга. Малігнізація підтверджується результатами морфологічних досліджень, а саме, виявлення в матеріалі біопсії атипичних клітин.

Стоматологи як і лікарі будь-якого іншого профілю, повинні проявляти онкологічну настороженість при обстеженні хворого. З якими б скаргами не з'явився хворий, огляд всієї порожнини рота і червоної облямівки губ - закон для лікаря. Будь-яке відхилення від норми повинне привернути його пильну увагу. Ранні прояви передракових захворювань та раку можуть залишитися непоміченими хворим, і обов'язок лікаря - своєчасно, якомога раніше їх виявити. Поняття "Онкологічна настороженість" - перш за все сума конкретних знань онкології, що дозволяє лікареві провести ранню або своєчасну діагностику передракових захворювань, раку. У це поняття входить також знання передракових захворювань і їх лікування, знання організації онкологічної допомоги, мережі онкологічних лікувальних установ, швидке направлення хворого за призначенням. У важких випадках діагностики слід думати про можливість росту злоякісної пухлини і в максимально короткий термін ставити діагноз. Лікування без діагнозу не повинне проводитися більше 7 днів. Слід усунути місцеві подразники, не застосовувати засоби, сприяючі зростанню пухлини (припікання, фізіотерапія і ін.). У важких випадках лікар зобов'язаний привернути до обстеження хворого досвідченіших фахівців.

Лікування проводиться онкологами. Після лікування раку або передракових захворювань хворі повинні знаходитися на диспансерному спостереженні. Клініка виражених форм раку різної локалізації висловлюється в курсі хірургічної стоматології.

Факультативні передракові захворювання з високим ризиком озлоякіснення.

Лейкоплакія ерозивна і веррукозна нами розглянута раніше.

Папілома і папіломатоз піднебіння. Це доброякісна пухлина з плоского епітелію. Зустрічається на СОПР у всіх вікових групах. Локалізація – на язичі і піднебінні, рідше на губах і щощі. Малігнізація в 7-10 % випадків.

Клініка. На СОПР поодинокі (папіломи) або множинні (папіломатоз) сосочкові розростання діаметром від 1 до 2 см, які виступають над поверхнею епітелію. При пальпації – м'яко еластичної консистенції, безболісні. Незроговіваюча папілома за кольором не відрізняється від кольору слизової, зроговіваюча – сіро-білого кольору. Регіонарні лімфовузли не збільшені і безболісні.

Гістологічно: Акантоз епітелію, що вкриває пухлину. Строма частіше рихла, іноді щільна.

Лікування. Хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Шкірний ріг. Відноситься до групи кератозів. Це обмежений гіперкератоз, який по вигляду нагадує ріг. Локалізується на шкірі (відкритих ділянок) і червоній облямівці губ. Зустрічається частіше на нижній губі у осіб старше 60 років.

Клініка. Чітко обмежене утворення брудно-сірого або коричнево-сірого кольору у формі витягнутого конуса до 1 см у висоту. Виражене зроговіння. Може існувати роками, потім швидко настає малігнізація – запалення і ущільнення тканин навколо вогнища, посилення зроговіння. Малігнізація в 10-15% випадків.

Гістологічно: виражений гіперкератоз, рогові маси у вигляді конуса піднімаються над поверхнею епітелію, під роговими масами – акантоз, у власне слизовій – лімфоїдний і плазмноклітинний інфільтрат.

Диференційну діагностику проводять із звичайною бородавкою, старечою кератомою та бородавчастим передраком.

Лікування: хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Кератоакантома. Доброякісна епідермальна пухлина. Локалізується на червоній облямівці нижньої губи, іноді на язиці.

Клініка. Починає свій розвиток з утворення вузлика напівкулястої форми сірувато-червоного кольору або кольору навколишніх тканин. Потім з'являється воронкоподібне поглиблення в центрі, яке виконане роговими масами. Впродовж місяця пухлина досягає максимальних розмірів – 25 x 10 мм. Частіше через 6-8 міс. пухлина зникає самостійно з утворенням атрофічного рубця, іноді – трансформується в рак.

Гістологічно:

- нагадує спіноцелюлярний рак
- кратероподібне поглиблення, що вислане епітелієм і виконане роговими масами
- акантоз
- у базальному шарі – дисконфлексія клітин
- у сполучній тканині – інфільтрат з лімфоцитів і плазматичних клітин.

Диференційну діагностику даного захворювання проводять із бородавчастим передраком, плоскоклітинним раком.

Лікування: хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Факультативні передракові захворювання з невеликим потенційним озлоякісненням

Лейкоплакія плоска, хронічні виразки СОПР, ерозійні і гіперкератотичні форми червоного вовчаку і червоного плоского лишая червоної кайми губ, пострентгенівський хейліт і стоматит ми розглянули раніше.

Хронічні тріщини губ

При діагностиці тріщин губ пропонуємо розрізняти:

- Первинні тріщини червоної кайми губ;
- Рецидивуючі тріщини червоної кайми губ:
 - поверхневі
 - глибокі;
- Хронічні тріщини кута рота.

Метеорологічний і актинічний хейліти

При обстеженні хворих з передраковими захворюваннями використовують:

- 4% оцтову кислоту, яка викликає звуження судин. Тампон, змочений кислотою, наносять на 30 с. до ділянки – при цьому збліднення ділянки протягом 60-90 с. свідчить про доброякісність процесу.

- 1% р-н толуїдинового синього. Барвник інтенсивно фіксується клітинами, багатими РНК і ДНК (злоякісні пухлини).

Ознаки озлоякіснення.

1. Клінічні:

- огрубіння поверхні
- поява тріщин, що кровоточать, виразок
- межі вогнища втрачають чіткість

- утворення валикообразного краю.

2. Стоматоскопічні:

- у області вогнища безладність розташування судин
- деформація судин
- капіляри звивисті з колбоподібним здуттям
- уривчастість судин
- відсутність анастомозів.

3. Стоматоскопія із застосуванням барвників:

- 4% р-н оцтової кислоти не викликає збліднення ділянки, оскільки судини пухлини неповноцінні і не скорочуються

- 1% толуюдиновий синій інтенсивно забарвлює зону злоякісного переродження.

4. Люмінісцентна мікроскопія – при цитологічному дослідженні ядра і цитоплазма невиразні, світяться помаранчевим і червоним кольором. Люмінесценція в нормі – ядро світиться жовтувато-зеленим кольором, цитоплазма – рожевим кольором.

Окреме місце в практиці лікаря стоматолога потребують облігатні передраки слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ. Прогноз таких захворювань залежить від ряду факторів, насамперед природи канцерогенів, локального статусу і загального стану організму. При виключенні неблагоприємних дій можливий зворотній розвиток елементів ураження, стабілізація процесу без суттєвих змін або ж подальший розвиток без схильності до переродження. Збереження неблагоприємного фону призводить до малігнізації вогнища ураження.

Хвороба Боуена.

Описана Боуеном в 1913 р. «Cancer in situ» - прихований рак, так називають це захворювання зважаючи на високу частоту злоякісного переродження. Етіологія невідома.

Клініка. Локалізація – слизова оболонка язика, м'якого піднебіння, дужок, ретромолярна ділянка щік, червона кайма губ. На СОПР з'являється один або два осередки ураження у вигляді плями яскраво-червоного кольору з різко окресленими контурами. Поверхня гладка, або вкрита сосочковими розростаннями або вузликowymi нерівномірно зрговіваючими утвореннями, що нагадують червоний плоский лишай. При тривалому існуванні ділянки ураження можуть ерозуватися або атрофуватися, що приводить до западання в центрі і вогнище виглядає втягнутим, але залишається застійно-червоним. Перебіг безболісний, регіонарні лімфовузли не збільшені і безболісні при пальпації.

Гістологічна картина відповідає спіноцелюлярному раку із збереженням базальної мембрани: поліморфізм клітин шипуватого шару, збільшення числа мітозів, акантоз, гіпер- і паракератоз, гігантські і багатоядерні клітини, кератинізація клітин шипуватого шару – «рогові перлини», базальна пластинка і базальний шар збережені. У стромі – інфільтрати з лімфоцитів і плазматичних клітин.

Лікування: хірургічне – висічення в межах здорових тканин. При неможливості його проведення, у разі обширного ураження – близькофокусна рентгентерапія.

Еритроплазія Кейра.

Дане передракове захворювання описав Кейр в 1911 році. Воно схоже з хворобою Боуена. Являє собою різко обмежене поліциклічне вогнище рожево-червоного кольору з оксамитовою поверхнею. Інколи спостерігається легке лущення, поверхнєве виразкування з серозним виділенням. Скарг зі сторони пацієнтів майже немає, інколи печіння в ділянці ураження. Перебіг тривалий з повільним прогресуванням. У вогнищах еритроплазії Кейра можливий розвиток інвазивного плоско клітинного раку.

Гістологічно: порівняно із хворобою Боуена більш виразний клітинний поліморфізм, дисконкомплексация клітин, відсутність дискератозу.

Диференційну діагностику проводять із: твердим шанкером, лейкоплакією, туберкульозом, плоскоклітинним раком.

Лікування. Хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Бородавчастий передрак червоної кайми губ.

Вперше описаний Машкілейсоном в 1965 р. Частіше зустрічається у чоловіків середнього віку – до 50 років. Причинами можуть бути куріння, робота на відкритому повітрі, вплив метеорологічних і професійних шкідливостей. Часто поєднується з актинічним, метеорологічним і гландулярним хейлітом.

Клініка. Червона кайма губ набрякла, вкрита лусочками. На червоній облямівці губ, спостерігають вузол напівкулястої форми діаметром від 4 мм до 1 см. Вузол виступає над рівнем незміненої в кольорі червоної кайми губ. Забарвлення вузла від нормального до синюшно-червоного, поверхня його вкрита щільно розміщеними сірими лусочками – роговими масами. Елемент нагадує бородавку або зроговілу папілому, пальпація його безболісна. Регіонарні лімфовузли не збільшені і безболісні.

Перебіг захворювання швидкий, злоякісне переродження відбувається через 1-2 міс. після початку захворювання. При малігнізації вузол збільшується в розмірі, посилюється зроговіння, з'являється ущільнення в основі і виразка.

Гістологічно: проліферація клітин шипуватого шару, гіпер-, паракератоз, поліморфізм клітин шипуватого шару, базальна мембрана не порушена. У стромі – круглоклітинна інфільтрація.

Диференційну діагностику проводять із: папіломою, кератоакантомою та піогенною грануломою.

Лікування. Хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної кайми губ.

Вперше описаний Машкілейсоном в 1965 р. Хворіють чоловіки середнього віку. Причинами можуть бути куріння, робота на відкритому повітрі, вплив метеорологічних і професійних шкідливостей (нафтопродукти). Процес локалізується на червоній каймі нижньої губи, збоку від центру. Тривалість течії – від 1 до 5 років.

Клініка. Вогнище гіперкератозу сіро-білого кольору полігональної форми, розміром до 5 мм. Не підноситься над рівнем червоної кайми, частіше западає. Поверхня вогнища вкрита щільно прикріпленими лусочками. Запалення відсутнє, пальпація безболісна, дає відчуття щільної поверхневої пластинки. Регіонарні лімфовузли не збільшені і безболісні.

Гістологічно: проліферація клітин шипуватого шару, гіпер-, паракератоз, дисконкомплексация і поліморфізм клітин шипуватого шару, базальна мембрана не порушена. У стромі – поліморфно-клітинна інфільтрація.

Диференційну діагностику проводять із: лейкоплакією і червоним плоским лишаєм.

Лікування. Хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Абразивний преанцеровний хейліт Манганотті.

Описаний італійським вченим Манганотті в 1933 р. Зустрічається переважно у чоловіків старше 50 років. Локалізується на червоній каймі нижньої губи. Причинами можуть бути паління, робота на відкритому повітрі, вплив метеорологічних чинників, вікові зміни слизової, в патогенезі – порушення обміну речовин, захворювання ШКТ, гіповітаміноз, особливо А і С.

Клініка. На червоній каймі губ в бічній частині є одна, рідше дві ерозії яскраво-червоного кольору з гладкою полірованою поверхнею. Поверхня ерозії вкрита кірками або стоншеним епітелієм, після зняття, яких спостерігається незначна кровоточивість. Слизова навколо ерозії не ущільнена. При пальпації ерозії безболісні, існують тривалий час, погано піддаються лікуванню, часто рецидивують, іноді можуть спонтанно епітелізуватись. Регіонарні лімфовузли не збільшені і безболісні. Злоякісне переродження відбувається протягом 1,5 року після початку захворювання.

Гістологічно: Дефект епітелію. У епітелії чергуються ділянки акантозу і стоншення, дисконкомплексация клітин шипуватого і базального шару. У стромі – запальна інфільтрація лімфоїдними і плазматичними клітинами.

Диференційну діагностику проводять із: ерозивною формою червоного вовчака, червоного плоского лишаю, лейкоплакії, пухирчатки, ерозії при хронічному рецидивному герпесі.

Лікування: усунення причини захворювання

Загальне: вітамінотерапія (А, В₁, В₂, В₆, Р, РР), нерабол, протималярійні препарати

Місцеве: усунення місцевих подразнюючих чинників, кератопластики (вітамін А, масло обліпихи, шипшини, аевит, солкосерилова мазь, метилурацилова мазь).

Не можна використовувати: кортикостероїди, антибіотики, припікаючі засоби.

Якщо при консервативному лікуванні протягом 2 тижнів немає позитивної динаміки рекомендовано проводити хірургічне лікування.

Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань.

Завдання № 1.

За класифікацією Машкилейсона Л.М. факультативні передракові захворювання з високим ризиком озлоякиснення поділяються :

1. Лейкоплакія ерозійна і веррукозна
2. Папілома і папіломатоз піднебіння
3. Шкірний ріг
4. Кератоакантома

Еталон відповіді:

Так.

Завдання № 2.

За класифікацією Машкилейсона Л.М. до облігатних передракових захворювань належать:

- а. Хвороба Боуена і еритроплазія Кейра
- б. Папілома і папіломатоз піднебіння
- в. Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті
- г. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної кайми

Еталон відповіді:

вірно а, б, г

Завдання № 3.

За класифікацією Машкилейсона Л.М. до факультативних передракових захворювань з невеликим ризиком переродження належать:

- а. Лейкоплакія плоска
- б. Хронічні виразки СОПР
- в. Ерозійні і гіперкератотичні форми червоного вовчаку і червоного плоского лишая червоної кайми губ
- г. Хронічні тріщини губ
- д. Рентгенівський хейліт і стоматит
- е. Метеорологічний і актинічний хейліти.

Еталон відповіді:

всі відповіді вірні

Завдання для самостійної роботи.

Реферат на тему: « Значення додаткових методів обстеження в діагностиці передракових захворювань».