

ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

Л.З. Вельшер, Т.К. Дудицкая, Д.Н. Решетов

В зависимости от степени вероятности озлокачествления различают процессы, требующие различных подходов в лечении и динамическом наблюдении. Облигатные процессы без лечения обязательно рано или поздно приводят к развитию рака. Факультативные предопухолевые заболевания приводят к раку далеко не всегда. К фоновым процессам относятся такие редко озлокачествляющиеся 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. Нами представлены наиболее употребительные варианты лечения фоновых и предопухолевых патологий.

Классификация

(разработана проф. А.Л. Машикеллейсоном, 1977)

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

- Болезнь Боуэна (рис. 1).

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные).

- Лейкоплакия абразивная и веррукозная.
- Папилломатоз.
- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая (рис. 2).
- Постлучевой стоматит.



Рис.1. Болезнь Боуэна.

Предраковые заболевания красной каймы губ.

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

- Болезнь Боуэна.
- Бородавчатый предрак красной каймы (рис. 3).
- Абразивный хейлит Манганотти.
- Предраковый гиперкератоз.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные).

- Лейкоплакия веррукозная.
- Кератоакантома.
- Кожный рог.
- Папиллома с ороговением.

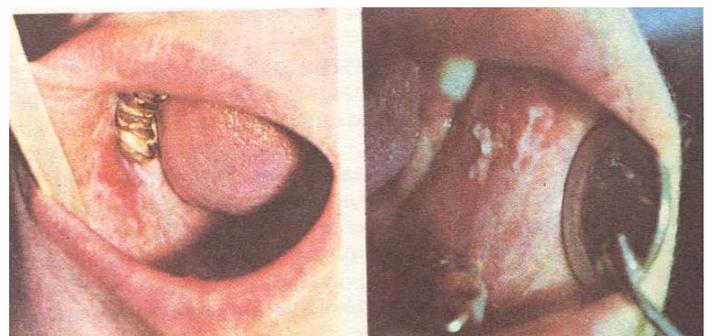
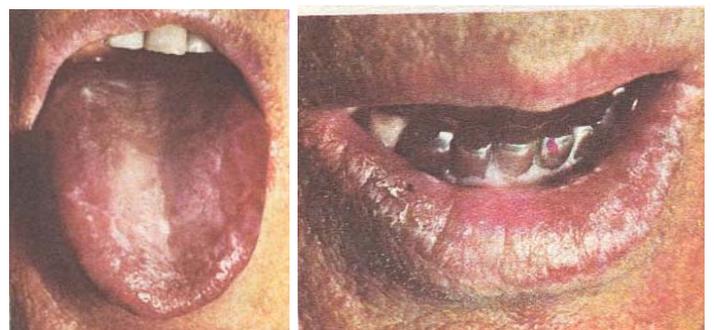


Рис.2. Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.

- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит.

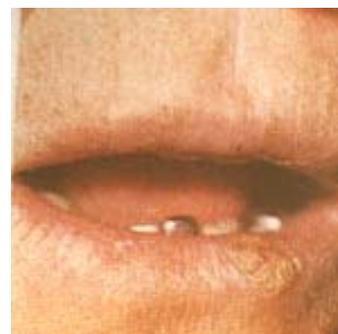


Рис.3. Бородавчатый предрак красной каймы.

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

Базальная мембрана, состоящая из волокнистых структур, разграничивает эпителиальный слой и собственную пластинку слизистой оболочки. На границе с эпителием собственная пластинка слизистой оболочки образует многочисленные сосочки, вдающиеся в эпителиальный слой. Собственная пластинка слизистой оболочки без резкой границы переходит в подслизистую основу, образованную более рыхлой соединительной тканью. В ней располагаются мелкие сосуды, залегают малые слюнные железы. Выраженность подслизистой основы определяет степень подвижности слизистой оболочки рта.

Красная кайма губ покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием, а со стороны преддверия полости рта – многослойным плоским неороговевающим.

Альтеративные и экссудативные изменения преобладают при остром течении воспалительного процесса, при хронических – пролиферативные. Означенные 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 сопровождается старением. Злокачественный дискератоз характерен для болезни Боуэна, плоскоклеточного рака.

Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия в результате избыточного образования кератина или вследствие задержки слущивания эпителия. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина (рис. 4).

Папилломатоз – разрастание сосочкового слоя собственной пластинки слизистой оболочки и вращение его в эпителий. Наблюдается при хронической травматизации слизистой.

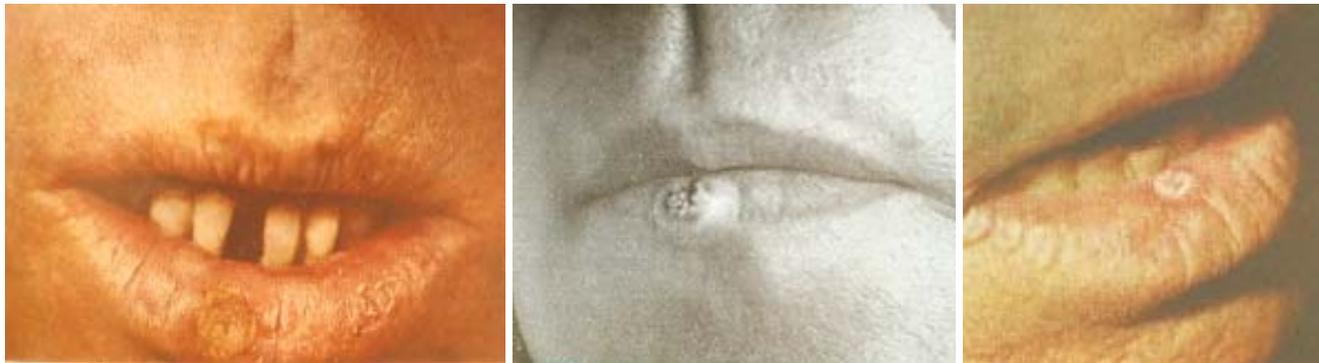


Рис.4. Ограниченный предраковый гиперкератоз.

Следует различать морфологические и нозологические понятия «папилломатоз» и «гиперкератоз».

При выраженном гиперпластическом процессе слизистой оболочки и красной каймы губ, не поддающемся консервативной терапии длительностью более 2-3 недель, необходимо морфологическое исследование. Для этого выполняется глубокий соскоб с изменённого участка слизистой или биопсия.

Клиническая картина и лечение



Рис.5. Болезнь Боуэна.

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 (*cancer in situ*) (рис. 5).

Лечение хирургическое, при невозможности – близко-фокусная рентгенотерапия.

Профилактика: отказ от курения, устранение травматизации слизистой полости рта, исключение раздражающей пищи и алкоголя, протезирование однородным металлом.

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы нижней губы. Различают лейкоплакию *плоскую* и *веррукозную*, выделяется также *эрозивная* (рис. 6) 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 (рис. 7) – резко очерченные, возвышающиеся, молочно-белые бляшки с гладкой или шероховатой поверхностью. В 20-25% случаев бородавчатой и эрозивной лейкоплакии происходит озлокачествление. (рис. 8).

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.



Рис.6. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии щеки.



Рис.7. Бляшечная форма веррукозной лейкоплакии языка.

Выделяют плоскую лейкоплакию курильщиков с локализацией на твердом нёбе – **лейкоплакия Таппейнера** (рис. 9). 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.

Папиллома – 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.



Рис.8. Озлокачествление лейкоплакии.



Рис.9. Лейкоплакия Таппейнера.

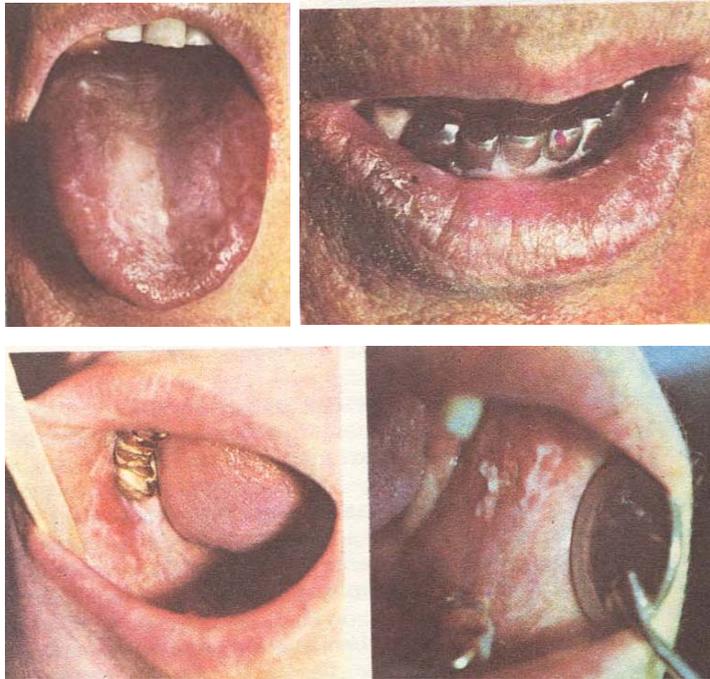


Рис.10. Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.

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, резко выражен гиперкератоз. При гиперкератотической форме красной волчанки типичен располагающийся на фоне четко ограниченного эритематозного пятна, значительно возвышающийся над уровнем красной каймы гиперкератоз (рис. 10).

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

Хроническая трещина и язва губы часто встречается во всех возрастных группах у лиц обоего пола. В возникновении трещины значительная роль принадлежит различным метеорологическим факторам и гиповитаминозам. Предрасположены люди, имеющие глубокую складку по центру губы. При длительном существовании края трещины уплотняются и могут ороговеть, приобретая серовато-белый цвет (рис. 11).

Лечение: аппликации мазей, новокаиновые блокады (теплым раствором), при необходимости – иссечение в пределах здоровых тканей.



Рис.11. Травматические язвы нижней губы.

Кератоакантома – плотный узелок серовато-красного цвета до 1,0-1,5 см в диаметре, с уплотненным краем и с характерным воронкообразным углублением в центре. Центральная часть заполняется свободно удаляющимися роговыми массами.

Лечение хирургическое.



Рис.12. Кожный рог губы.

Кожный рог – серовато-грязный конусообразный отросток до 1.0 см, плотно спаянный с четко ограниченным основанием, диаметром 0.3-0.5 см (рис. 12).

Лечение хирургическое.

Воспалительные заболевания губ – **хейлиты**, также относятся к предраковым процессам. Нозологический список хейлитов, склонных к опухолевому перерождению, шире, чем внесено в вышеуказанную классификацию. Поэтому в клинике используется классификация А.Л. Машкиллейсона и С.А. Кутина.

Все *хейлиты* *разделяются* на две группы: собственно хейлиты и симптоматические хейлиты, являющиеся симптомом заболевания, и не рассматриваются в качестве предопухоловой патологии.

Собственно хейлиты: актинический, glandулярный, контактный (простой и аллергический), метеорологический, плазмноклеточный, эксфолиативный. Контактный и glandулярный хейлиты, лишь при возникновении на их фоне эрозии, переходят в разряд предопухоловой патологии.

Симптоматические хейлиты: atopический (рис. 13), гиповитаминозный, экзематозный, макрохейлит при саркоидозе или рожистом воспалении; хейлит при ихтиозе, при синдроме Мелькерсона-Розенталя (макрохейлит, складчатый язык, односторонний паралич лицевого нерва).

Атопический хейлит

Лечение хейлита зависит от тяжести проявления и включает различные сочетание ниже перечисленных местных манипуляций и общих процедур.

Местные:

1. Санация и гигиена полости рта.
2. Рациональное протезирование.
3. Аппликация кератопластических средств: масляные формы витаминов А и Е, каротолин, аекол, облепиховое масло, масло шиповника – 3 раза в день по 20 мин.
4. Защита от неблагоприятных факторов внешней среды: индифферентные кремы и мази, фотозащитные кремы.
5. Блокады 2% раствором новокаина – 2 мл с экстрактом алоэ 8-16 доз по переходной складке.
6. Ультрафонофорез с мазями, содержащими кортикостероиды.
7. Букки-терапия.

Системное воздействие:

1. Курс седативных средств и транквилизаторов (3-4 недели). Антидепрессанты (мелипрамин).
2. Поливитамины с микроэлементами внутрь.
3. Курс лечения Пирогеналом от 50 до 100-150 минимальных пирогенных доз 7-10 дней.
4. Гамма-глобулин или гистаглобулин по 2 мл 2 раза в неделю, 5-7 доз.
5. Противомаларийные препараты.
6. Кортикостероиды.
7. Иглорефлексотерапия.

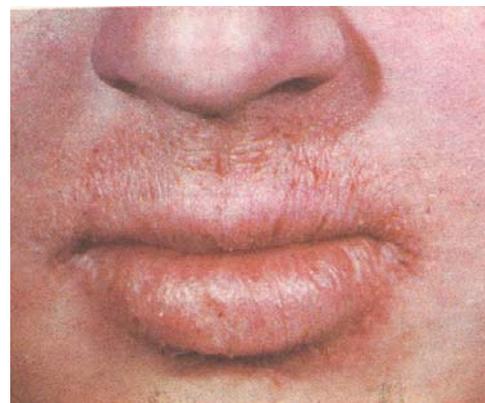


Рис.13. Атопический хейлит.

Собственно хейлиты

Актинический хейлит возникает при повышенной чувствительности красной каймы к солнечному свету. В патогенезе существенную роль играет аллергическая реакция замедленного типа на ультрафиолетовые лучи.

Лечение: в первую очередь, устранение внешних неблагоприятных воздействий и местно-фотозащитные кремы, гормоносодержащие мази.

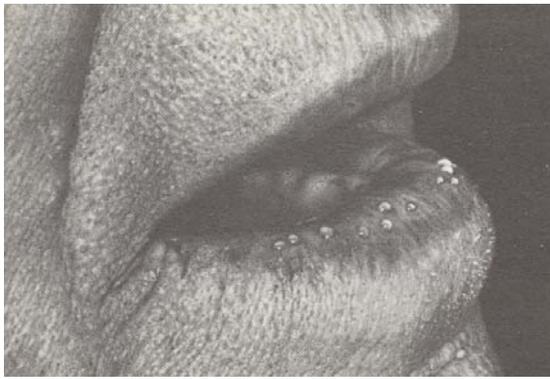


Рис.14. Гландулярный хейлит.

Гландулярный хейлит развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции и, нередко, гетеротопии слюнных желез (рис. 14). Клинические проявления: в области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, с выделяющимися капельками слюны.

Лечение: противовоспалительные мази (преднизолоновая, нафталанная и др.), электрокоагуляция гипертрофированных слюнных желез или вылушивание их хирургическим путем.

Причина **метеорологического хейлита** – неблагоприятные метеорологические факторы: высокая влажность, пыль, ветер, солнечная инсоляция, кислотные дожди, высокая и низкая температура и др. Клинически отмечаются гиперемия, сухость, мелкие чешуйки. На его фоне могут возникать облигатные формы предрака (бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз), значительно отягощающие прогноз.

Лечение: устранение внешних неблагоприятных воздействий, аппликации витаминов А и Е в масле.

Плазмоклеточный хейлит – темно-красная эритема с «лакированной» поверхностью, на которой возможно образование петехий и эрозий. Локализуется на нижней губе. Иногда часть красной каймы покрыта коркой до 10 мм толщиной, как фартук, свисающей с губы. Под коркой обнаруживается болезненная эрозия или опухолевидное образование мягкой консистенции. Плазмоклеточный хейлит протекает хронически, без ремиссий. Возможно озлокачествление.

Гистологически: акантоз с удлинёнными отростками, умеренным спонгиозом, пара- и гиперкератозом, экзоцитозом, лимфоцитами и полиморфно-ядерными лейкоцитами. Дерма отечна и густо гомогенно инфильтрирована плазмócитами.

Эксфолиативный хейлит – нейрогенное заболевание, сопровождается депрессивные реакции, невротические состояния с тенденцией к психопатизации личности. Нередко сочетается с легким тиреотоксикозом. Грязно-желтые чешуйки и корки покрывают пластом красную кайму губы от угла до угла рта от переходной зоны до середины красной каймы нижней губы (рис. 15). Часть красной каймы, прилежащая к коже, и комиссуры рта остаются непораженными. Болеют чаще женщины.

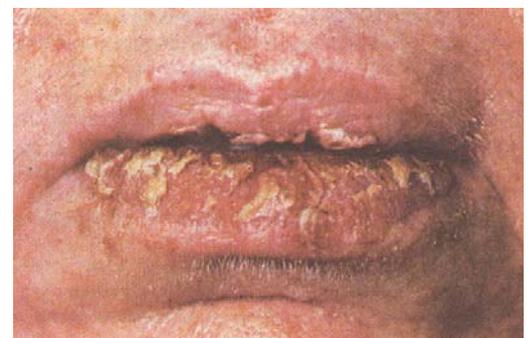


Рис.15. Эксфолиативный хейлит.

Лечение хирургическое и терапия преднизолоном 15-20 мг в сутки, поливитамины с микроэле-ментами, гистаглобулин по 2 мл 2 раза в неделю подкожно, седативные средства и транквилизаторы, десенсибилизирующая терапия.



Рис.16. Хейлит Манганотти.

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. 16).

Лечение: аппликации витаминов А и D₂ (масляная форма), мази с кортикостероидами, витаминные мази. При неэффективности консервативного лечения следует выполнить операцию.

При всём разнообразии глосситов, с онкологической точки зрения представляет интерес **десквамативный глоссит** (географический язык, эксфолиативный глоссит, доброкачественный мигрирующий глоссит) – воспалительно-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка.

Этиология и патогенез неясны. Происходит отторжение поверхностных слоев эпителия, обнажая подлежащие ткани. Нитевидные сосочки слущиваются, грибовидные сосочки сохраняются. Участок десквамации окружен серым ободком из нитевидных сосочков, покрытых неотторгнувшимися слоями эпителия. Постепенно на периферии участка происходит дальнейшее отслоение, а в центральной зоне эпителий регенерирует. Зона десквамации может быть разной формы и величины и представляет собой пятна красного цвета, иногда в форме колец или полуколец.

Субъективные ощущения минимальны – легкое жжение при приеме раздражающей пищи.

Лечение: нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта. При болях, ощущении жжения рекомендуются санация полости рта, антисептические полоскания, кератопластические средства (концентрат витамина А, облепиховое масло, 1% цитраль).