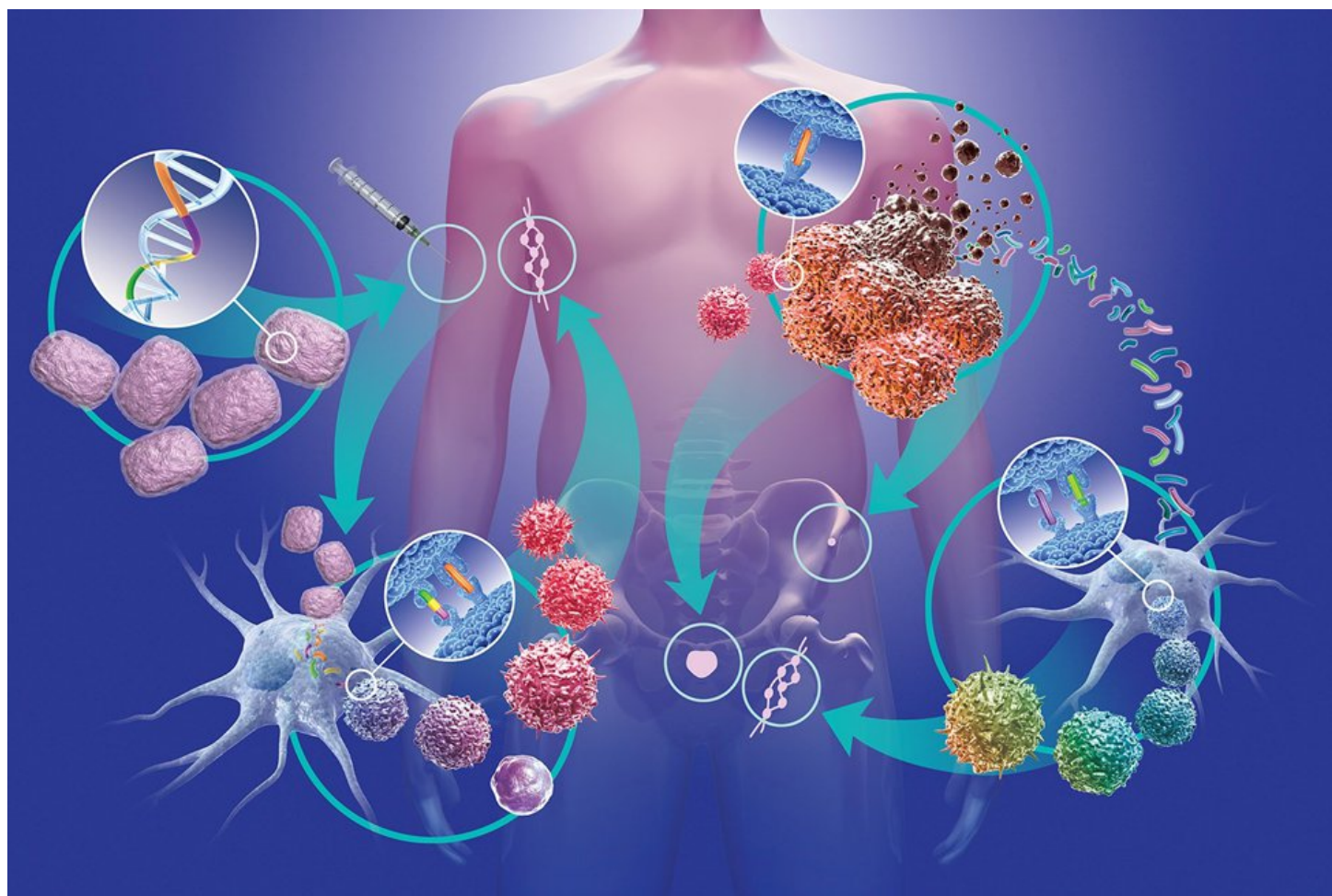


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра кожных и венерических болезней

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Учебное пособие



Москва 2025

УДК 616.311-006.6(075.8)

ББК 55.83я73+55.694.132+55.694.583

П 71

Рецензенты:

Кандалова О.В. к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МР

Терещенко А.В. к.м.н., старший научный сотрудник отдела прикладной науки ООСМП МНПЦДКДЗМ.

Составитель:

Задюченко Е.В. к.м.н. ассистент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МР

Под общей редакцией профессора кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МР **Перламутрова Ю.Н.**

В учебном пособии рассматривается эпидемиология предраковых заболеваний слизистой полости рта и красной каймы губ, описываются процессы, приводящие к злокачественной трансформации. Систематизированы методы диагностики преинвазивных поражений слизистых оболочек, позволяющих своевременно подтвердить или опровергнуть диагноз рака слизистой оболочки полости рта. Пособие раскрывает особенности клинических проявлений основных групп предраков, приведен дифференциальный диагноз с другими патологическими состояниями полости рта и губ, а также приведены подходы к лечению и профилактике предраков.

Учебное пособие предназначено для широкого спектра специалистов обучающихся по программам высшего профессионального образования в том числе для студентов стоматологического, лечебного факультетов, ординаторов медицинских ВУЗов.

Рекомендовано к изданию Учебно-методическим Советом «Российского университета медицины» (протокол № 11 от 26.11.2025 г.)

© МГМСУ, 2025

© Е.В. Задюченко, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ИСТОРИЯ И АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА.....	5
1.ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.....	6
1.1. Этиология.....	7
1.2. Патогенез опухолевого процесса.....	9
1.3. Классификация предраковых заболеваний.....	11
1.4. Диагностика.....	12
2. ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ.....	19
2.1. Болезнь Боуэна.....	19
2.2. Бородавчатый предрак.....	23
2.3. Ограниченный предраковый гиперкератоз.....	26
2.4. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.....	32
3. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКИ.....	38
3.1. Лейкоплакия.....	38
3.2. Новообразования СОПР И ККГ проявляющиеся папулезными элементами.....	54
3.3. Хроническая трещина губы.....	60
3.4. Лучевой стоматит/хейлит.....	61
3.5. Гиперкератотическая форма КПЛ.....	69
КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	71
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	73

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СОПР- слизистая оболочка полости рта

ККГ- красная кайма губ

КТ- компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОКТ- оптическая когерентная томография

ВПЧ-вирус папилломы человека

НРИФ – непрямая реакция иммунофлюоресценции

ПРИФ- прямая реакция иммунофлюоресценции

ВЭБ – вирус Эпштейн-Барра

Э-Я форма – эрозивно-язвенная форма

ВВЕДЕНИЕ

Подготовка студентов стоматологических факультетов не всегда и везде соответствует современным задачам онкостоматологии – у большинства обучающихся отсутствует онконастороженность и размытое понимание проблемы хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ (ККГ).

Несмотря на распространенность и относительную доступность стоматологических клиник и кабинетов, возможность легко осматривать данную область число заболеваний раком не снижается. Особое внимание врачей стоматологов должно быть уделено не только профилактике предраков, но и их ранней диагностике.

ИСТОРИЯ И АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА

Согласно современным данным, злокачественные образования головы и шеи являются седьмым по распространенности видом рака в мире, а рак слизистой оболочки полости рта занимает 16 место от всех случаев рака в мире. По данным ВОЗ и Global Cancer Observatory за 2020 г. средняя мировая заболеваемость раком СОПР составляет – 4 случая на 100000 населения в год. В России заболеваемость раком СОПР находится на уровне 6,63 случаев на 100000 населения. По России в 2023 году абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов рака полости рта (C01-09 по МКБ-10С) составляло 6346 случаев у мужчин и 3473 – у женщин. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака СОПР – 60,6 лет. Ежегодно отмечается прирост числа пациентов с злокачественными заболеваниями головы шея, в среднем на 0,7% в год. Последние годы регистрируется все больше молодых (35-50 лет) пациентов с ВПЧ-ассоциированным раком слизистых оболочек.

Динамика показателей смертности остается не утешительной. Во многих регионах России отмечается рост летальных исходов пациентов, страдающих раком СОПР. За 2023 год умерло 7051 мужчин (средний возраст 61 год) и 2024 женщин (средний возраст 64 года). Наиболее частой гистологической формой рака СОПР и ККГ является плоскоклеточный рак, отличающийся быстрым прогрессированием и ранним метастазированием.

Возникновение злокачественных процессов в полости рта, как правило происходит в результате влияния триггерных факторов или же на фоне хронических воспалительных или пердраковых заболеваний.

Врачи многих специальностей руководствуются такими терминами как «онкологическая грамотность» и «онкологическая настороженность», введенными в практику Савицким А.И.О. 1948 и Петерсоном Б.Е. в 1979 г., что включает в себя ряд последовательных действий со стороны врача и пациента, выполнение которых будет приводить к снижению тяжелых форм рака и смертности от него.

«Онкологическая настороженность» и «онкологическая грамотность»

- Знание клинических признаков злокачественных новообразований;
- Знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение;
- Знание организации онкологической помощи и своевременная маршрутизация пациента;
- Плотное взаимодействие всех специалистов, участвующих в курации пациентов;
- Знание атипичного или осложненного течения злокачественных опухолей;
- Необходимость в максимально короткий срок поставить клинический диагноз, подтвержденный данными гистологического исследования, и раннее начало рационального лечения.

1. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.

В 1896 году V. Dubreil был введен термин «**предрак**» для обозначения состояния, предшествующего злокачественным изменениям кожных покровов и слизистой оболочки полости рта. Наблюдения и исследования за пациентами показали, что в 86–98 % случаев рак слизистой оболочки полости рта и губ может возникать на фоне ряда хронических заболеваний. Несмотря на прогресс в изучении этиологии и патогенеза рака СОПР, выживаемость таких пациентов достаточно низкая из-за поздней диагностики.

Определение

Предраковые заболевания (ПЗ) – это такие патологические процессы, которые возникают ранее опухолевого процесса (хронические воспалительные заболевания, травма и др.), но не всегда имеющие злокачественную природу.

Развитие злокачественного процесса может быть обусловлено иммунобиологическим состоянием организма, временем и интенсивностью воздействия внешних и внутренних триггерных факторов (канцерогенов).

По своей сути, предрак – представляет собой динамическое состояние, зависящее от скорости и характера изменения клеток и клеточных взаимодействий, в том числе и изменений свойств самих клеток.

1. 1. Этиология, причины предраков

Триггерные факторы (канцерогены) можно разделить на экзогенные и эндогенные. Они могут обоюдно оказывать отрицательное воздействие, что встречается гораздо чаще, так и воздействовать по одиночке, в зависимости от ситуации. (табл.№ 1).

Особенностью ККГ и СОПР является не только их анатомическое строение, но и постоянное воздействие, как внешней среды (экзогенные факторы), так и эндогенных факторов: работа эндокринной, пищеварительной, нервной и др. систем.

К экзогенным факторам относят:

- 1) механические (состояние зубного ряда, вредные привычки; плохо подогнанные конструкции);
- 2) физические (термические воздействия, гальванизм, особенности профессий);
- 3) химические (неправильное использование концентрированных лечебных средств, острые специи, особенности питания);
- 4) одновременное воздействие на ткани физических, химических и механических факторов;
- 5) биологические (наличие хронических, часто рецидивирующих вирусных, грибковых заболеваний (кандидоз, простой пузырьковый лишай).

К эндогенным:

- 1) иммунитет
- 2) возраст(старение)
- 3) гормональные колебания
- 4) особенности рациона

5) генетическая предрасположенность

6) наличие сопутствующих заболеваний, проводимая терапия

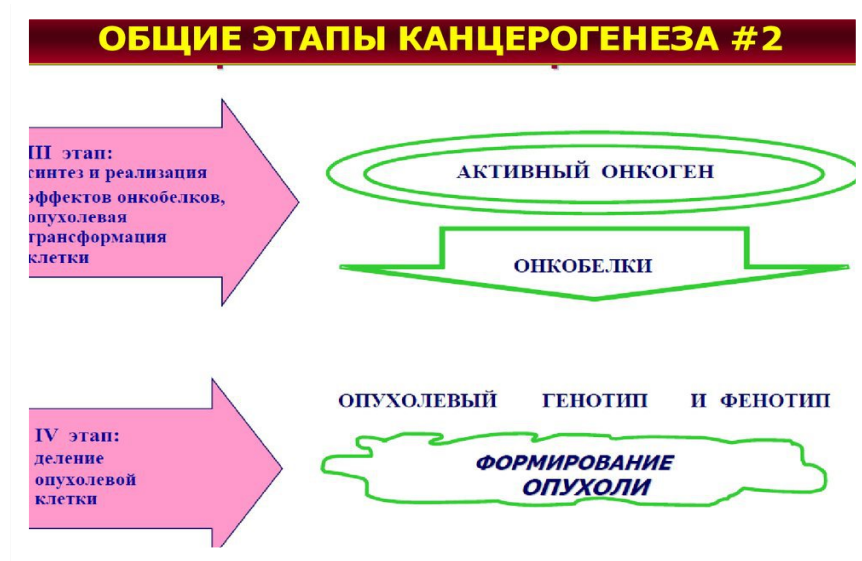
Таблица №1 Факторы, провоцирующие возникновение предраков.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ			
<i>механические</i>	<i>физические</i>	<i>химические</i>	<i>биологические</i>
Острые края зубов, пломб, аномалии прикуса, грубая пища, неправильно изготовленные ортопедические конструкции и нарушения нормального анатомического положения зубов, вредные привычки (удерживание во рту острых грубых предметов.), проф-вредности (силикатная пыль).	Гальванизм, ультрафиолетовое облучение, радиация, тепловое воздействие (курение).	Высококонцентрированные растворы этилового спирта, табак (курение, жевание), пряности, негашеная известь (бетель), мышьяк, производственные раздражители (пары и аэрозоли щелочей, кислот).	Дрожжеподобные грибы Candida Albicans (хр. кандидоз; Virus Herpes 1,2. (рецидивирующий и лабиальный герпес, герпетический стоматит), Tr. Pallidum (эрозивные папулы II сифилис) палочка Коха (туберкулез).
ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ			
Генетическая предрасположенность к определенным онкологическим заболеваниям. Дефекты иммунитета, нарушения системы апоптоза, наличие онкогенных вирусов (ВПЧ, Эпштейн-Барр), старение (вследствие дегидратации клеток и гормональных изменений (особенно у женщин) усиливается склонность слизистой полости рта к ороговению. На процессы ороговения оказывают влияние: анемия, диабет, болезни желудочно-кишечного тракта. С возрастом эпителиальный покров становится тоньше и более подвержен травме.			

1.2 Патогенез опухолевого процесса.

Механизмы перехода предраковых состояний в рак достаточно сложны и многообразны. Особую роль отводят клеточным взаимодействиям и особенностям поведения клеток в условиях воздействия канцерогенов: выработке провоспалительных цитокинов, нарушениям регуляции в системе апоптоза, мутациям в ДНК вследствие воздействия ионизирующего излучения, онкогенных вирусов, возрастных дефектов в генных структурах и др.

Более подробно процессы канцерогенеза можно разобрать в представленных далее схемах-этапах физического, химического канцерогенеза (рис.№1,2,3,4,5).



ЭТАПЫ ФИЗИЧЕСКОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА



ЭТАПЫ ВИРУСНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА





Рисунки №. 1-5. Этапы канцерогенеза. [<https://ppt-online.org/79356>]

Процесс перехода доброкачественного состояния в злокачественное проходит ряд стадий:

1. **ТРАНСФОРМАЦИЯ** – приобретение потенциальной способности клеток к неустанному делению и роста. (В этом состоянии клетки могут находиться длительное время не размножаясь)
2. **ПРОМОЦИЯ** (активизация) - трансформированные клетки, под влиянием промоторов (этиологических факторов, запускающих деление клетки), начинают размножаться, давая начало клону (семейству) дочерних клеток. (Возникает первичная опухолевая ткань, состоящая из одинаковых клеток)
3. **ОПУХОЛЕВАЯ ПРОГРЕССИЯ** – постоянные качественные изменения свойств опухолевых клеток происходящие в процессе ее эволюции в организме. (Происходит естественный отбор в делящихся опухолевых клетках).

1.3 Классификация предраковых заболеваний

ПРЕДРАКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные):

1. Бородавчатый предрак.

2. Ограниченный предраковый гиперкератоз.
3. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные):

1. Лейкоплакия (веррукозная, эрозивно-язвенная).
2. Кератоакантома.
3. Кожный рог.
4. Ороговевающая папиллома.
5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки.
6. Постлучевой хейлит.
7. Хроническая трещина губы с гиперкератозом.
8. Метеорологический, актинический хейлит с локализованным дискератозом.

1.4 Диагностика.

Для работы с пациентами, у которых врач подозревает предраковое состояние или рак важно учитывать не только клиническую картину и особенности возникновения патологического очага, но ориентироваться и уметь визуально, пальпаторно определять ранние симптомы озлокачествления, а также знать какие скрининговые и подтверждающие методы обследования целесообразно проводить пациенту.

На текущем этапе для скрининга и диагностики предраковых состояний стоматологи и дерматологи используют следующие методы диагностики (табл.№2):

1. Осмотр.
2. Пальпация.
3. Проба Шиллер–Писарева с 2 % раствором Люголя.
4. Люминесценция, флюоресценция, аутофлюоресценция.
5. Стоматоскопия (хейлоскопия).
6. Биопсия (пункционная, инцизионная, щеточная)
7. УЗ-сканер.

8. Молекулярная иммуноцитохимия (МИЦХ) и/или прямая флуоресцентная иммуноцитохимия (ФИЦХ).
9. Биомаркеры слюны, скрининг тест системы с искусственным интеллектом.

Таблица № 2. Методы исследования СОПР.

Клинические	Оптические	Морфо-логические	Иммунологические
Осмотр* Пальпация* Окрашивание (проба Шиллер –Писарева)	Люминесценция + краситель (толуидиновый синий) Стоматоскопия* Аутофлюоресценция УЗ-сканер Инфракрасная спектрометрия Оптическая когерентная томография	Цитология** Гистология**	Иммуногистохимия; * Флуоресцентная иммуноцитохимия; ПЦР (Определение ВПЧ, вир. Эпштейн-Барр) Биосенсорные системы (в стадии разработки) Маркеры малигнизации: P63, P16, P53 и Ki67, Fas/FasL, подопланин, ABCG2, MMP-9 (в стадии изучения чувствительности)

* Стандарт исследования при подозрении на предрак.

** Методы, на основании которых ставиться окончательный диагноз.

Золотым стандартом остается осмотр, пальпация и взятие патоморфологического материала с последующей цитологией и гистологией. Если при осмотре и пальпации существуют общие для всех предраков признаки озлокачествления, то при патоморфологическом исследовании каждый опухолевый или предопухолевый процесс имеет свою особую клеточную и тканевую специфичность. При люминесцентных методах исследования и при окрашивании такую специфичность не всегда можно уловить. Несомненно, будущее ранней диагностики рака стоит за специфическими опухолевыми маркерами и биосенсорными системами, которые смогут улавливать биологически активные вещества, вырабатываемые злокачественными клетками.

В таблице 3 приведены наиболее часто регистрируемые изменения, характерные для озлокачествления патологического очага.

Таблица. 3. Интерпретация результатов исследований СОПР.

Метод исследования	Результат
Осмотр*	Изменение рельефа поверхности пат. очага. (усиление гиперкератоза, появление сосочковидных разрастаний, вегетаций, перетяжек, углублений, выпячиваний); Экзофитный рост (плюс ткань); Эрозирование или изъязвление очага;
Пальпация*	Уплотнение в основании очага (хрящевидная плотность), повышенная кровоточивость, разнородность консистенции образования;
Стоматоскопия / Хейлоскопия*	Сильное увеличение позволяет более точно видеть изменения структур патологического очага, визуализировать особенности сосудистого рисунка, обнаруживать вкрапления гиперкератоза и др.
Проба Шиллер–Писарева с 2 % раствором Люголя (ф.№1)	Участки ороговения, лишенные гликогена, окрашиваются в светло-желтые тона. Чем сильнее кератоз, тем светлее окраска. (можно выявлять скрытые очаги ороговения. Темно-коричневое окрашивание при хроническом воспалении СОПР.
Аутофлюоресценция (АФС-400, VELScope, Identafi 3000 Ultra, ОЛДД-01)	Очаги гиперкератоза в свете АФС-400 дают более яркое по сравнению с окружающими тканями свечение. Неизменная СОПР обладает зеленоватым свечением. Красное свечение характерно для очагов воспаления, вследствие наличия эндогенных порфиринов. Очаги веррукозной лейкоплакии и КПЛ визуализируются в виде темных участков без видимого свечения. Красновато-коричневое или розовое свечение указывает на злокачественность процесса.
Люминесция /+ краситель (толуидиновый синий) (система VISILITE PLUSE)	О степени поражения слизистой оболочки можно судить по наличию свечения, характеру изменения цвета свечения очагов, его интенсивности. (ярко-голубое соответствует плоской лейкоплакии; беловато-желтое – наблюдалось при типичной форме КПЛ). Считается, что отсутствие свечения говорит об отсутствии атипии.

(ф.№2,3)	
Гистология** Цитология** (Тест по Папаниколау)	Анализ наличия дисплазии и ее степени (спектр архитектурных и цитологических изменений эпителия, обусловленных накоплением генетических изменений, ассоциированных с повышенным риском трансформации в плоскоклеточный рак») Определение корреляции между степенью анеуплодии и дисплазией клеток СОПР. Некоторые считают статус плоидности (т.е. уровня тяжелых хромосомных изменений), важнейшим критерием оценки риска малигнизации предраковых заболеваний.
Иммуногистохимия	Выявление качественных изменений в клетках, предшествующих и сопровождающих процесс малигнизации. Позволяет определять: уровень экспрессии синтеза фактора некроза опухоли α (ФНО- α); уровень экспрессии синтеза интерлейкина 6,8; белок Ki-67– универсальный маркер пролиферирующих клеток (важный прогностический показатель при разной степени дисплазии); клаудин-1 (при гиперплазии высокая степень клеточной пролиферации проявляется снижением уровня экспрессии клаудин-1, а выраженная неоплазия – полным отсутствием данного белка на поверхности клеток); выявление антигенов HPV16 и белков, ассоциированных с HPV-P16INK4a в эпителиальных клетках при различных видах лейкоплакии, раке. (повышенная экспрессия P16INK4a является непрямым показателем HPV и тем самым отражает нарушение механизмов, отвечающих за клеточную пролиферацию); белок P53 (при увеличении степени дисплазии во всех слоях эпителия происходит рост количества клеток с данным белком, максимальное их число обнаруживают при плоскоклеточном раке.)



Фото №1. Проба Шиллер-Писарева положительная (для выявления хронических заболеваний слизистой полости рта). Окраска интенсивным коричневым, за счет большого количества гликогена, выработавшегося в результате воспалительного процесса.

[<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A>]

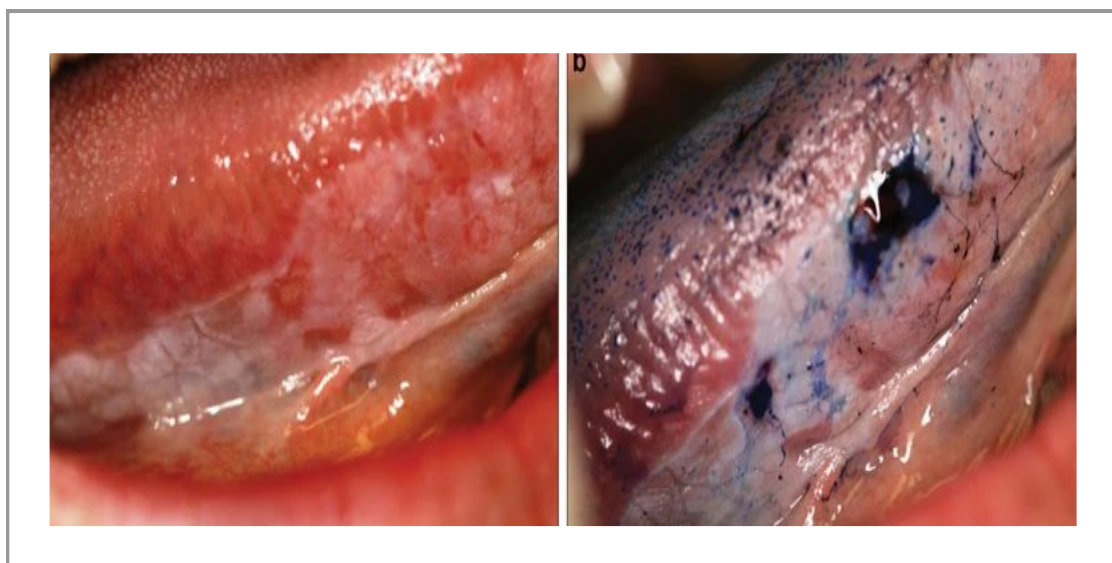


Фото №2. Окраска толуидиновым синим патологического очага с эритроплакией. (Темно-синее окрашивание отдельных зон выявило потенциально подозрительные очаги на атипию. Из них была взята прицельная биопсия, по результатам которой у пациентки была диагностирована плоскоклеточная карцинома).

[<https://www.nature.com/articles/ijos>]

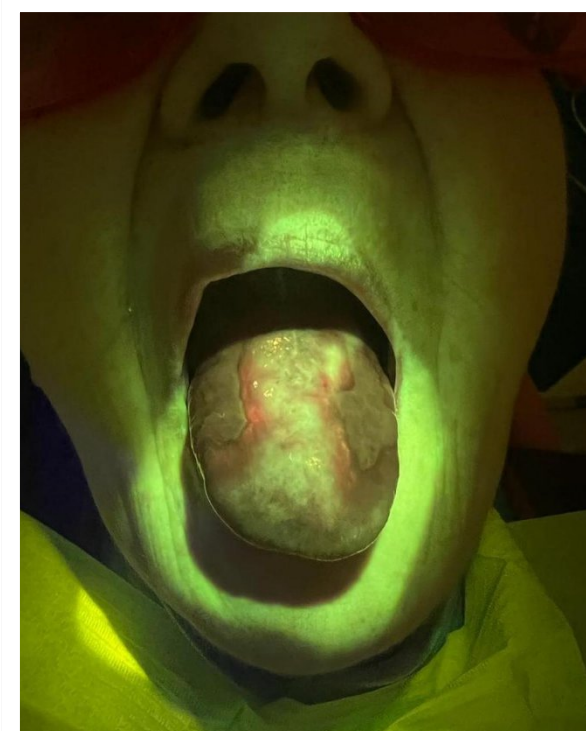
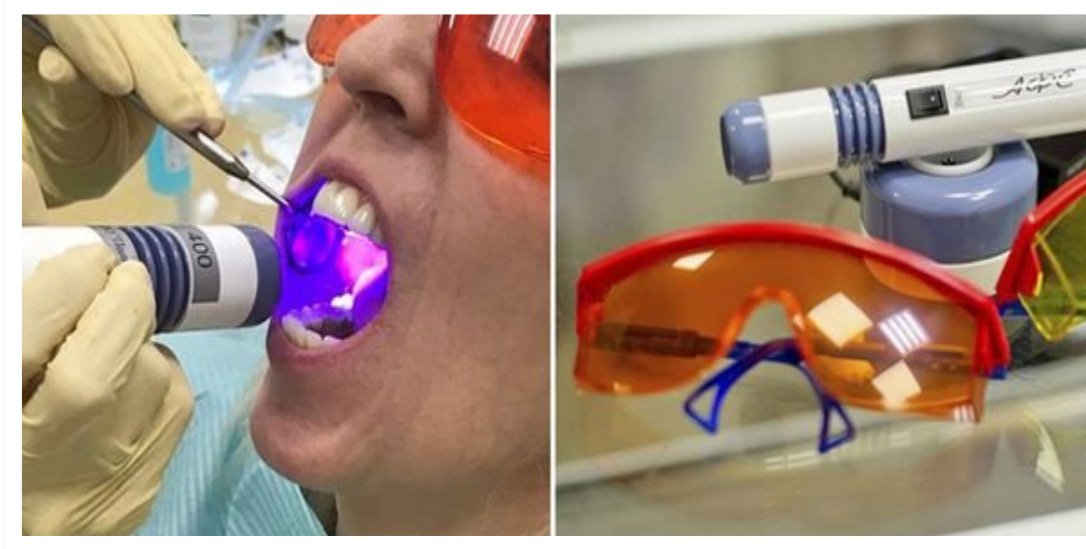


Фото №3. Процедура аутофлуоресцентной стоматоскопии.

[<https://new.nmicr.ru/pacientam/metody-diagnostiki->]

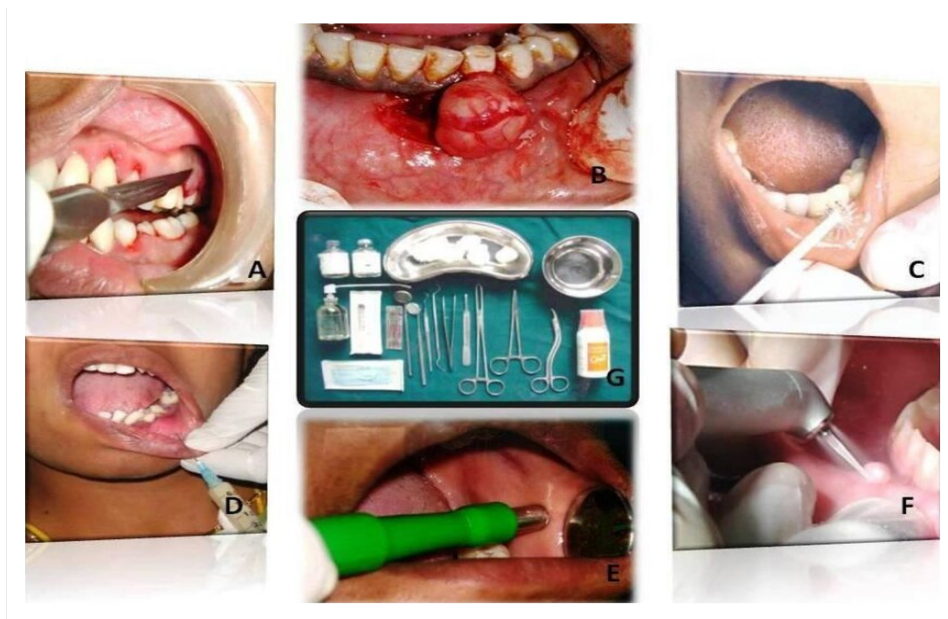


Фото №4. Набор для проведения биопсии СОПР. (пункционной, инсизионной, брашинг).

[<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%>]

2. ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ

2.1. Болезнь Боуэна.

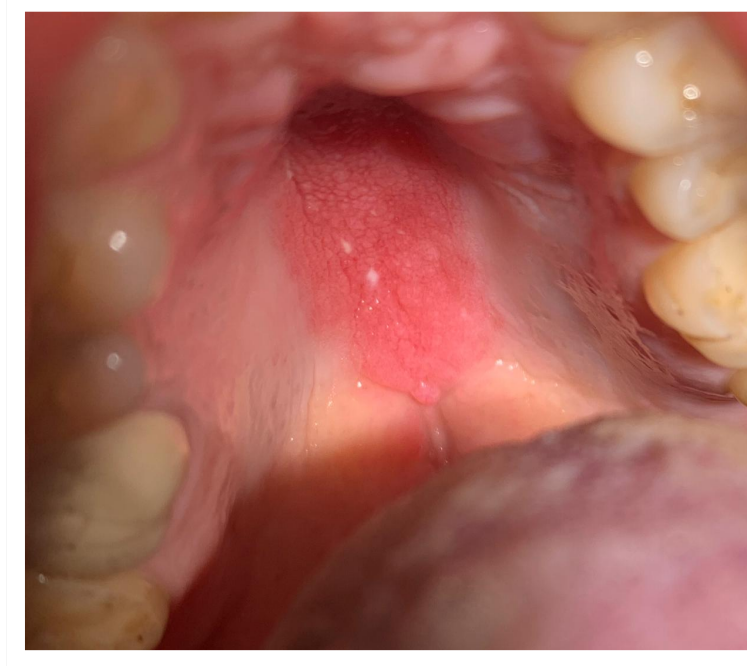


Фото №5. Болезнь Боуэна. [фото Л.И. Глебовой]

Клиническая картина: весьма разнообразна, патологический очаг как правило представлен пятном (иногда узелком), различной формы и размера. Цвет слизистой варьирует от яркой бордовой или красной окраски с сосочковидными мелкими разрастаниями, напоминающие бархат или велюр. Поверхность очага может слегка западать или чуть возвышаться. Иногда на этом фоне можно увидеть белесоватые вкрапления (ф.№5).

Субъективно: неприятные ощущения отсутствуют, уплотнений в них нет.

Локализация: задние отделы полости рта: на языке, дно языка, твердое или мягкое небо. Красная кайма губы поражается исключительно редко.

Гистологически: внутриэпителиальный спиноцеллюлярный рак. (cancer in situ) с сохранением целостности базальной мембраны.

Степень и риск озлокачествления: 100 %.

Биопсия: метод может не выявить атипию, так как инвазия может произойти в любом месте патологического очага. Поэтому рекомендуется либо мультифокальная биопсия, либо сразу тотальное удаление с последующим тщательным исследованием патоморфологического материала.

Стоматоскопия: застойно-красного цвета очаг, резко отграниченный от нормальной ткани. Рельеф ровный и мелкобугристый. Ороговение отсутствует или отдельными краплениями. Сосудистая архитектура разнообразна: точки и полосы, петлевидные и атипичные сосуды. Измененный сосудистый рисунок виден за границами поражения.

Дифференциальная диагностика: эритроплакия (ф.6), лейкоплакия, КПЛ. (табл.№ 4)

Лечение: хирургическое, при невозможности – близкофокусная рентгенотерапия.

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

Прогноз: неблагоприятный.

Таблица № 4. Дифференциальная диагностика Блезни Боуэна

	Блезнь Боуэна	Красный плоский лишай	Лейкоплакия	Эритроплакия
Осмотр	Очаг представлен пятном (иногда узелком), различной формы и размера. Цвет варьирует от бордовой или красной окраски с сосочковидными мелкими разрастаниями, напоминающие бархат или велюр.	При типичной форме на не изменённой слизистой видны белесоватые узелки в виде точек полосок, формирующие рисунок кружева сетки. При экссудативно-гиперемической форме на фоне отека и эритемы, белесоватый рисунок.	Сплошной очаг ороговения без признаков воспалительной реакции серо-белого цвета, напоминающий полупрозрачную пленку. Не снимается шпателем.	Очаг представлен длительно существующим ярко красным пятном. На поверхности иногда могут наблюдаться белесоватые включения.
Жалобы	Отсутствуют на ранних стадиях болезни	В зависимости от клинической формы возможно ощущение сухости, шероховатости, жжения, болезненности	На шероховатость слизистой.	Жжение, сухость слизистых.
Гистология	Cancer in situ	Явления гиперкератоза паракератоза, акантоза. В сосочковом слое полосовидный воспалительный диффузный инфильтрат	Гиперкератоз, слабо выраженный акантоз.	Гипер- васкуляризация субэпителиальной соединительной ткани без выраженного гиперкератоза. Высокая степень дисплазии.

Тактика	Своевременная быстрая диагностика, удаление с последующей гистологией, лучевая терапия.	Лечение согласно протоколам. (витамин А наружно внутрь, ТГКС, устранение триггерных факторов.	Витамин А внутрь, полоскания масляными растворами вит. А. Устранение триггерных факторов.	Наблюдение и противовоспалительная терапия 2 недели, при неэффективности удаление с гистологией.
----------------	---	---	---	--



Фото № 6. Очаг эритроплакии на слизистой щеки. [www.google.com/urlBordeaux_fig5]

2.2.Бородавчатый предрак.

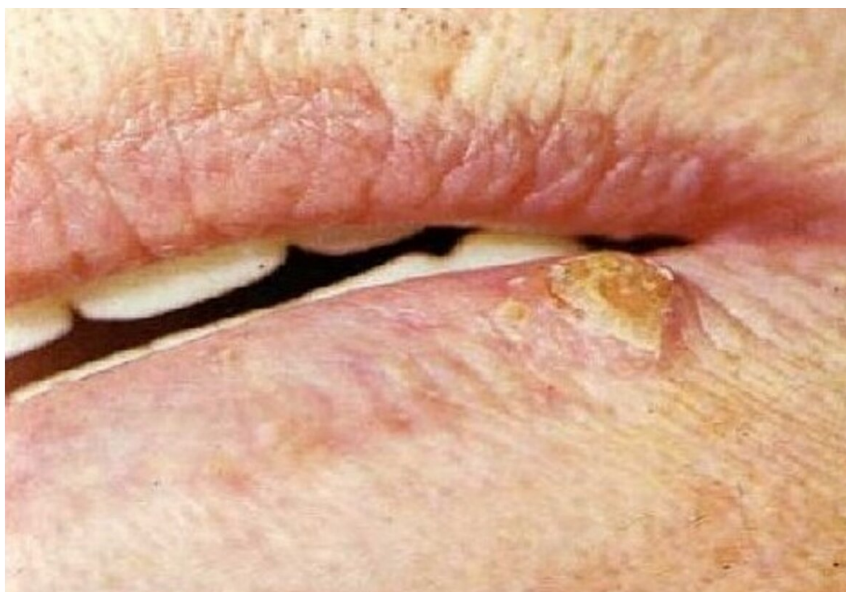


Фото № 7 Бородавчатый предрак. [https://avatars.dzeninfra.ru/get-zen_doc/1881575/]

Клиническая картина: представляет собой узелок (в последующем может перерасти в узел) плотный наощупь, полушаровидной формы диаметром до 1 см. Поверхность элемента покрыта плотно сидящими серыми чешуйками (ф. №7).

Субъективно: безболезненно на ранних стадиях, чувство сухости ККГ.

Локализация: ККГ (чаще нижняя губа), иногда на СОПР.

Гистологически: пролиферация плоского эпителия с явлениями полиморфизма вверх и вниз в виде широких сосочковых выростов, на поверхности гипер- и паракератоз.

Степень и риск озлокачествления: перерождение может произойти в течение нескольких месяцев (1-4 мес).

Биопсия: рекомендована инцизионная.

Хейлоскопия: после удалении чешуек видна крупнобугристая поверхность образования со значительным и местами умеренным ороговением, изредка можно наблюдать петлевидные и атипичные сосуды.

Лечение: хирургическое с полным иссечением очага поражения и гистологическим исследованием тканей.

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

Дифференциальная диагностика: кожный рог, кератоакантома, папиллома, остроконечная кондилома. (табл. №5)

Прогноз: относительно благоприятный.

Таблица № 5. Дифференциальный диагноз бородавчатого предрака.

	Осмотр	Гистология	Тактика
Бородавчатый предрак	Узелок (в последующем может перерасти в узел) плотный на ощупь, полушаровидной формы. На поверхности имеются плотно сидящие серые чешуйками.	Пролиферация плоского эпителия с явлениями полиморфизма вверх и вниз в виде широких сосочковых выростов, на поверхности гипер- и паракератоз.	Удаление с последующей гистологией. Лучевая терапия по показаниям.
Кожный рог	Узелок удлиненной формы, подвижный, с роговыми чешуйками на вершине.	Ограниченная гиперплазия эпителия, в состоянии гиперкератоза без разрыхления. Эпителий в состоянии акантоза, в строме – диффузный плазмноклеточный инфильтрат.	Своевременное удаление во избежание излишней травматизации.
Кератоакантома	Узелок (при запущенном процессе узел) округлой формы с	Псевдокарциноматозная гиперплазия с выраженным гиперкератозом в центре	Своевременное удаление из-за склонности к быстрому

	вдавлением посередине, заполненным роговыми массами, напоминающими пробку.	(«роговая чаша»).	разрастанию.
Папиллома с ороговением (ф.№9)	Узелок светло розового или фиолетового цвета овально-округлой формы, мягкой консистенции. На поверхности роговые чешуйки	Соединительно-тканная основа, имеющая вид разросшихся сосочков, и выстилающего поверхность этих сосочков эпителиального покрова, верхние слои которого находятся в состоянии пара- и гиперкератоза	Желательно своевременное удаление, для предотвращения излишней травматизации
Остроконечная кондилома (ф.№8)	Узелок белесоватого либо розового цвета с шиповатой поверхностью, мелко дольчатого, сосочкового строения.	Фиброэпителиальные разрастания с признаками акантоза, койлоцитоза, а также возможной дисплазией, которая может свидетельствовать о риске малигнизации.	Удаление. Иммуномодулирующая терапия при высоко онкогенных типах (16,18, 31,33 и др.).



Фото №8 Остроконечная кандилома.



Фото № 9. Папиллома с ороговением.

[[https://www.springer.com%2Fchapter%](https://www.springer.com%2Fchapter%2F)]

2.3.Ограниченный предраковый гиперкератоз.



Фото №10 Ограниченный предраковый гиперкератоз.



Фото №11.Ограниченный предраковый гиперкератоз.

[фото Л.И. Глебовой, Задионченко Е.В.]

Клиническая картина: ограниченный участок ороговения (чешуйка) на губе полигональной формы, особо не возвышающийся над уровнем красной каймы, желто-

серого цвета (ф.№ 10,11). Элемент может длительное время оставаться без изменений, становиться больше, слоистее, иногда изъязвляться.

Субъективно: очаговая шершавость ККГ, сухость, безболезненно.

Локализация: преимущественно нижняя губа, чуть сбоку.

Степень и риск озлокачествления: не очень высокий риск, у 30% больных малигнизация может наступать в ближайшие месяцы.

Биопсия: предпочтительнее пункционная или инцизионная (несмотря на травматичность).

Гистологически: очаговая пролиферация акантотических эпителиальных тяжей, проникающих в глубь за физиологическую границу эпидермиса. Выраженный клеточный полиморфизм. Поверхность очага представлена гиперкератозом.

Хейлоскопия: серо-желтый очаг ороговения с мелкими блестящими чешуйками. Рельеф мелкобугристый, ороговение значительное, вследствие чего сосудистая сеть не видна.

Дифференциальная диагностика: Красная волчанка (ф.№12) ККГ, актинический хейлит (ф.№13), лейкоплакия (ф.№14), КПЛ, эксфолиативный хейлит сухая форма, метеорологический хейлит. (табл.№6)

Профилактика: защита и ограничение УФ облучения, термического воздействия, избегать травматизации (навязчивое желание отодрать чешуйку, прикусывание).

Лечение: хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей, целесообразно – клиновидное иссечение.

Прогноз: относительно благоприятный.

Таблица № 6. Дифференциальный диагноз ограниченного предракового гиперкератоза.

	Осмотр	Гистология	Тактика
Ограниченный предраковый гиперкератоз (ф.№11)	На нижней губе чуть сбоку, имеет место фиксированная	Очаговая пролиферация акантотических эпителиальных	Консервативная терапия оживляющими мазями, помадами 2

	чешуйка/чешуе- корка.	тяжей, проникающих в глубь за физиологическую границу эпидермиса. Выраженный клеточный полиморфизм. Поверхность очага представлена гиперкератозом.	недели. При отсутствии положительного эффекта и при наличии признаков озлокачествления - биопсия и удаление в пределах здоровых тканей.
Красная волчанка ККГ типичная форма (ф.12)	Чаще на нижней губе имеется очаг овальной ли округлой формы, где на фоне эритемы, имеются плотно сидящие чешуйки, а также очаги атрофии ККГ. Могут быть видны сосудистые звездочки.	Атрофия эпидермиса, утолщение рогового слоя, отек дермы и периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат. Гиалиновые отложения и разрушение коллагеновых волокон в дерме.	Определение поскабливанием симптомов «дамского каблука» и пальпацией Бенъе- Мещерского. Лечение ТГКС, фотозащитными кремами. При необходимости системная терапия противомаларийными препаратами, СГКС, витаминами С, В.
Актинический хейлит сухая форма (ф.13)	На нижней губе, реже на верхней на фоне эритемы имеются сероватые тонкие чешуйки, прикрепленные своей центральной	Гиперкератоз, признаки солнечного эластоа и эпителиальной дисплазии. Дегенерация коллагеновых волокон разной	Ограничение УФ воздействия. Лечение ТГКС, фотозащитными кремами. При необходимости системная терапия противомаларийными

	частью к губе.	степени выраженности. расширение сосудов. Воспалительный клеточный инфильтрат в подлежащей соединительной ткани.	препаратами, СГКС, витаминами С, В.
Лейкоплакия плоская	Локализация чаще на нижней губе. Очаговые признаки ороговения неправильной формы, белого цвета, без признаков воспалительной реакции.	Очаговая эпителиальная гиперплазия, Гиперкератоз чередуются с паракератозом. Акантоз. Выражен парабазальный слой эпителия.	Наблюдение за очагом, устранение триггерных факторов (отказ от курения), санация полости рта и др. Своевременное обнаружение очагов усиления гиперкератоза. Витамины группы А, В,С. Полоскания масляными растворами вит. А.
Эксфолиативный хейлит сухая форма (ф.№15)	Строго в центральной части ККГ имеются обильные плотные серые чешуйки, без признаков воспаления.	Гиперкератоз, паракератоз и акантоз эпидермиса, а также инфильтрации соединительной ткани лимфоцитами и плазматическими клетками.	Наблюдение и лечение у психоневролога и эндокригнолога (коррекция гипертиреоза), ожиряющие густые мази и помады.



Фото.№ 12. Красная волчанка ККГ типичная форма.

[<https://www.google.com/url?sa=i&jaadcasereports.org%2Farticle2352&us9>]



Фото №13. Актинический хейлит сухая форма [<https://basicmedicalkey.com/actinic-cheilitis/>]



Фото №14. Лейкоплакия ККГ. [<https://dermnetnz.org/imagetotali>]

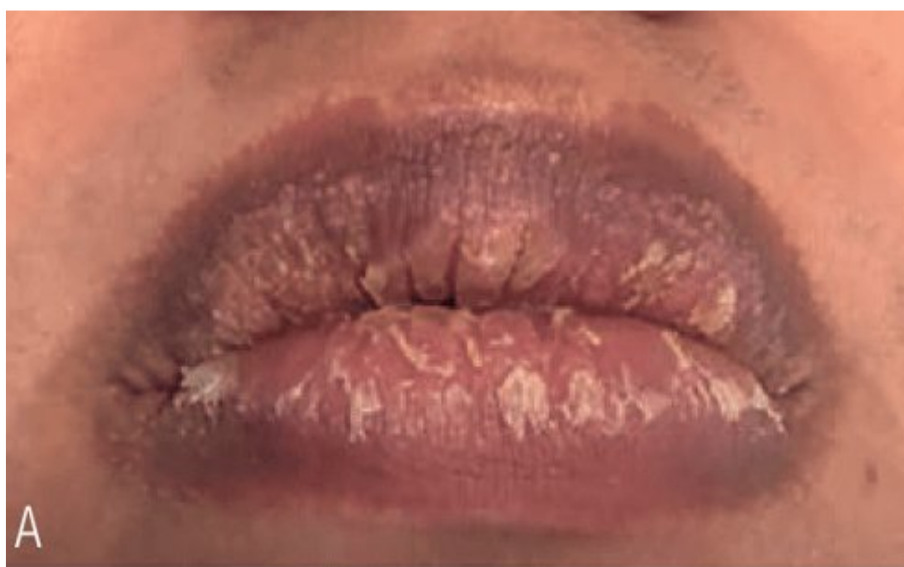


Фото №15. Эксфолиативный хейлит сухая форма.

[<https://www.semanticscholar.org/paper/Exfoliative-Cheilitis>]

2.4.Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.



Фото №15. Преканкрозный абразивный Хейлит Манганотти.

[<https://studfile.net/preview/1671568/page:3/>]

Клиническая картина: для заболевания характерно длительное течение, со склонностью к ремиссиям и повторному появлению и развитию. Патологический очаг представлен одиночной или двумя неглубокими эрозиями овальной или неправильной формы ярко-красного цвета (поверхность выглядит полированной), которые могут иногда эпителизироваться, а затем вновь появляться на том же самом месте. Дефект может быть покрыт тонким слоем эпителия (чешуе-коркой). На ранних стадиях кровоточивость эрозии не свойственна. С течением времени, вокруг дефекта может появляться валик уплотнения, с белесоватым оттенком, что может указывать на озлокачествление. Иногда вокруг может наблюдаться застойная гиперемия, инфильтрация, однако воспаление при хейлите Манганотти нестойкое. (ф.№15)

Степень и риск озлокачествления: Малигнизация наступает сравнительно поздно, через 1–1,5 лет у 50 % больных в зависимости от воздействия триггерных факторов.

Субъективно: жжение, болезненность в области эрозии.

Локализация: преимущественно на нижней губе чуть сбоку.

Биопсия: пункционная, соскоб.

Гистологически: Эпителий по краям эрозии в состоянии акантоза, в подлежащей строме глубоко лежащие широкие эпителиальные выросты. Клетки шиповатого слоя в состоянии различной степени атипии. В строме диффузный инфильтрат из лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов. Кровеносные сосуды резко расширены.

Хейлоскопия: Эрозия с ровным блестящим рельефом. Ороговения нет, сосудистый рисунок представлен точками и полосами. При длительно существующем очаге – рельеф приобретает бугристый неравномерный характер, появляется умеренное ороговение и петлевидные сосуды, что свидетельствует о прогрессировании процесса.

Дифференциальная диагностика: герпес, твердый шанкр, эрозивно-язвенные формы КПЛ, КВ, пузырьчатка. (табл.№7)

Профилактика: своевременная постановка диагноза, ограничение механических, особенно прижигающих термических и химических триггерных воздействий, коррекция уровня витамина А, лечение заболеваний ЖКТ.

Лечение: в течение 1-3 недель (при свежем процессе) паллиативное лечение эпителизирующими средствами (масляный раствор витаминов А, Д, Е, гели с гиалуроновой кислотой). При наличии признаков малигнизации удаление.

Прогноз: благоприятный при ранней диагностике и своевременном правильном лечении, без прижигающих средств.

Таблица № 7. Дифференциальная диагностика Абразивного хейлита Манганотти.

	Осмотр	Гистология	Тактика
Хейлит Манганотти (ф.№15)	Одина или две неглубокие эрозии овальной или неправильной формы ярко-красного цвета с полированной поверхностью. Иногда эрозии заживают, но затем появляются вновь	По краям эрозий акантоз, в глубине подлежащей стромы широкие эпителиальные выросты. Диффузный инфильтрат из лимфоцитов, плазматических клеток,	Наблюдение и лечение наружными эпителизирующими средствами. В случае отсутствия положительного эффекта, удаление, с последующей биопсией.

	на том же месте.	гистиоцитов. Кровеносные сосуды резко расширены. Различная степень атипии клеток шиповатого слоя.	
Герпес (лабиальный, simplex) (ф.№17)	На ККГ очаг сгруппированных пузырьков- полициклических эрозий с серозно- геморрагическими корочками, расположенных на отечном гиперемированном фоне.	Признаки баллонной дистрофии клеток шиповатого слоя.	Лечение инфекционного процесса наружными средствами, содержащими ацикловир/валцикловир. По необходимости системная терапия противовирусными препаратами, иммуномодуляторами.
Пузырчатка (ф.№19)	Эрозии разного размера и формы, без признаков воспаления без тенденции к эпителизации.	Признаки разрушения связей между клетками шиповатого слоя (акантолиз)	Определение положительного симптома Никольского. Взятие мазка отпечатка на акантолитические клетки. Исследование ПРИФ, НПРИФ. Лечение высокими дозами системных ГКС с титрованием дозы до поддерживающей.
Эрозивно- язвенная форма КПЛ (ф.№16)	На ККК на фоне эритемы, умеренного отека,		Наблюдение, биопсия при наличии признаков озлокачествления. Лечение наружными

			эпителизирующими средствами, ТГКС. По необходимости пероральными цитостатиками и противомалерийными препаратами.
Твердый шанкр (ф.№18)	Очаг представлен одиночной эрозией\язвой без признаков воспаления. При пальпации под дном элемента ощущается плотно эластический инфильтрат, безболезненный.	Инфильтрация тканей спирохетами. Плотный воспалительный инфильтрат в дерме с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток, а также характерной сосудистой реакцией.	Мазок со дна эрозии на выявление tr. Pallidum. Серологические реакции (РИФ, РИБТ, РПГА и др.).



Фото.№ 16. Эрозивно-язвенная форма КПЛ.

[https://pub.mdpi-res.com/medicina/medicina-60-00987/article_deploy/html/images/m]



Фото №17. Лабиальный герпес.

[https://img.lb.wbmdstatic.com/vim/live=728px:*&output-quality=75]



Фото №18. Первичный сифилис. Шанкр нижней губы.

[<https://media.springernature.com/> png]



Фото№19. Вульгарная пузырчатка. Незаживающие эрозии с массивными серозно-геморрагическими орками. [<https://escholarship.org/content/qt0jc894bx/1.jpg>]

3. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКИ

3.1.Лейкоплакия

Термин «лейкоплакия» - «белое пятно» был впервые введен дерматологом Швиммером в 1877 году. в основе заболевания, лежит хроническое воспаление, сопровождающееся нарушением ороговения, в результате механической, химической травмы (патологический прикус, курение, острая пища, гальванизм, заболевания (ЖКТ), нарушение усвоения витамина А, повышение уровня рецепторов андрогенам, наличие ВПЧ 16 типов и др.).

Выделяют несколько клинических форм согласно классификации А.Л. Машкиллейсона, и две из них обладают потенциальной злокачественностью (*):

1. Плоская.
2. Веррукозная (бляшечная, бородавчатая) *.
3. Эрозивно-язвенная.*
4. Лейкоплакия Таппейнера (никотиновый стоматит).

5. Мягкая лейкоплакия (фрикционный стоматит).
6. Волосатая лейкоплакия.

В зарубежных источниках упоминаются 2 основных вида лейкоплакии: гомогенная (homogenous) и негомогенная (non-homogenous), которые по клиническому описанию, соответствуют плоской и веррукозной формам лейкоплакии.

Плоская форма лейкоплакии значительно чаще встречается в практике. Несмотря на ее характерный вид, все-таки бывает достаточно трудно определиться с диагнозом. Внешне патологический очаг напоминает белесоватую полупрозрачную пленочку разной формы, наклепленную на слизистую оболочку, которая при поскабливании не снимается шпателем со слизистой рта. (ф.№20)

Мягкая лейкоплакия (фрикционный стоматит), описанная Пашковым Б. М., является доброкачественным поражением эпителиальной поверхности ротовой полости (чаще всего в области губ и щек), связанным либо с наследственностью, либо с частым невропатическим прикусыванием пораженных участков. (ф.№ 21)



Фото №20. Плоская лейкоплакия.

[<https://opmdcare.com/wp-content/uploads/leukoplakia-image1-1024x683.jpeg>]



Фото №21. Мягкая лейкоплакия (фрикционный стоматит)[\[https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2Fwhite-lesions%2F&psig\]](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2Fwhite-lesions%2F&psig)

Волосатая лейкоплакия впервые была описана в 1984 году Д. Гриншпаном и соавторами у гомосексуалов, страдавших СПИДом. Считается одним из самых специфических проявлений инфекции, вызываемой ВИЧ. Пусковым моментом развития этой формы является активная репликация вируса Эпштейна–Барр (ВЭБ).

Клиническая картина: патологический очаг, в зависимости от формы лейкоплакии будет иметь свой размер, форму и характер поверхности. Но всегда будет характеризоваться белесоватым или серо-белым участком ороговения, налипленным на слизистую (чем-то напоминающий налет), не снимающийся шпателем с той или иной степенью выраженности шероховатости и плотности. (ф. №22)



Фото №22. Волосатая лейкоплакия

[https://xn7sbbdovaelcfd1agbm9av0qld.xnp1ai/sites/default/files/insleuklakia1_0.jpg]

Особенности внешнего вида различных форм лейкоплакии можно увидеть в представленной таблице №8.

Таблица №8 Клинические особенности различных форм лейкоплакии СОПР.

Форма лейкоплакии	Локализация	Клиническая картина	Результаты исследований
Плоская (ф.№20)	Язык, десневые отростки, дно языка, слизистая оболочка губ, щек, мягкого неба, ККГ,	Очаг гиперкератоза, практически не возвышающийся над уровнем слизистой, с ровной иногда чуть шероховатой поверхностью белесоватого (серовато-белого) цвета, четкими границами,	Гистология: гиперкератоз, слабо выраженный акантоз. Люминесцентное исследование: голубое свечение участка поражения. Стомато-хейлоскопия: бляшка белого цвета, не возвышающаяся над

		неправильной формы (может напоминать папиросную бумагу. При поскабливании не снимается.	уровнем здоровых тканей, неправильной формы с ровным рельефом, умеренным ороговением, сосудистый рисунок – точки и полосы. ОКТ: изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя.
Веррукозная (бляшечная, бородавчатая) (ф.№25)	Зоны наибольшей травматизации: слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, углы рта, слизистая нижней губы.	Очаг может быть представлен в виде в виде отдельных бляшек и/или бородавчатых разрастаний неправильной формы, существенно выступающих над здоровой слизистой, с грубой шероховатой поверхностью и четкими границами. Цвет насыщенно белый или бело-желтый (возможно серо-белый), мутный (специфического перламутровый блеск отсутствует), это может	Гистология: мощный гиперкератоз, иногда сочетающийся с паракератозом, гранулез, мощный акантоз с удлинением и утолщением эпителиальных отростков, иногда с явлениями дискомплексации клеток. В дерме и слизистой оболочке - лимфоцитарная и реже плазмочитарная инфильтрация. Люминесцентное исследование: мало интенсивное свечение с желтоватым оттенком с переходом в фиолетовый

		свидетельствовать о чрезмерном усилении кератоза. При пальпации плотный, слизистая в складку не собирается.	(усиление фиолетового свечения при нарастании выраженности гиперкератоза) Стомато-хейлоскопия: неравномерно возвышающийся бляшка с мелкобугристым рельефом, серебристо-белого цвета, с выраженным ороговением, сосудистая сеть не видна. ОКТ – исследование: слоистое изображение, видны три горизонтально ориентированных слоя. ИГХ исследовании: могут обнаруживаться клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации. Электронно-микроскопическое исследование: истончение базальной мембраны и признаки значительного омоложения клеток
--	--	--	---

			шиповатого и базального слоев эпителиального пласта.
Эрозивно-язвенная (возникает на фоне плоской или веррукозной лейкоплакии (ф.№24)	Язык, десневые отростки, дно языка, слизистая оболочка губ, щек, мягкого неба, ККТ	Патологический очаг представлен участком ороговения белесовато-серого цвета в виде пленки. Либо бляшка мутно-белого цвета с неровной поверхностью внутри которой формируется небольшая эрозия или несколько эрозий/язв размерами 2–3 мм, без выраженной воспалительной реакции. В некоторых случаях отмечается кровоточивость)	Гистология: выраженный гиперкератоз и паракератоз, нарушение целостности СОР в виде поражения базальной мембраны (ее прорыв) и признаки клеточной воспалительной реакции. Выраженная инфильтрация стромы Явления дискомплексации клеток. Люминесцентное исследование: коричневое свечение участка поражения. Стомато-хейлоскопия: поверхность с эрозиями и/или изъязвлением, мелкобугристый с различной степенью ороговения рельеф и разнообразная сосудистая архитектура. Проба Шиллера-Писарева позволяет распознать скрытые очаги ороговения и определить истинные границы очага

			поражения. ИГХ: могут выявляться клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации.
Лейкоплакия Таппейнера (никотиновый стоматит) (ф.№23)	Наиболее часто поражается слизистая твердого неба, у злостных курильщиков спинка языка, дно рта, иногда процесс повышенной кератинизации распространяется на слизистую оболочку щек и альвеолярного отростка в виде треугольника	На слизистой твердого неба белесоватый или серо-белый «налет», с наличием мелких красных точек (зияющие устья выводных протоков малых слюнных желез в задней части твердого неба и примыкающего к нему мягкого неба). Вокруг устьев желез визуализируется более выраженное помутнение эпителия (в виде муфты), дающее пестрый рисунок патологическому очагу. Поверхность гладкая не блестящая (в ранних стадиях) и	Гистология: паракератоз с незначительным гиперкератозом.

		шероховатая при злостном длительном курении.	
Мягкая (ф. №21)	Слизистая щек в зоне смыкания зубов и около преддверия рта, нижняя губа.	Белого цвета, выстоящий над уровнем нормальной слизистой очаг ороговения, мягко- эластичной консистенции.	Гистология: эпителиальная гиперплазия; акантоз; баллонная дистрофия клеток шиповатого слоя; Признаки дисплазии отсутствуют.
Волосатая (ф. №22)	Чаще всего локализуется на боковой поверхности языка.	Нитевидные (похожие на «штрихи», «волоски») узкой формы размером до 2- 3 см в длину элементы, больше похожие на бляшки, серовато- белого цвета, при усилении ороговения приобретают опалово- белый цвет, признаков воспаления нет. Границы очага поражения не всегда четкие.	Гистология: паракератоз, акантоз; баллонная и вакуольная дегенерация кератиноцитов в верхних слоях эпидермиса с окаймлением ядерного хроматина и тельцами включения типа Каудри; слабый воспалительный инфильтрат (могут присутствовать кандидозные гифы и бактериальные колонии; Для окончательного диагноза необходимо ИГХ исследование и обнаружение в. Эпштейна-Барра в поверхностных эпителиальных клетках;



Фото№ 23. Лейкоплакия Таппейнера.

[https://medicalfairway.net/MEDpic.png/med_444a.png]

Субъективно: при плоской, мягкой и волосатой лейкоплакии пациенты не предъявляют субъективных жалоб, кроме ощущения шероховатости или неровности рельефа слизистой оболочки. Эрозивно-язвенная форма может сопровождаться болью, жжением, болезненностью при приеме пищи, причиной этих ощущений является наличие не только гиперкератотических изменений, но и наличие раневого дефекта слизистой оболочки.
(ф.№24)



Фото №24. Эрозивная лейкоплакия

[<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftopdantist.ru%2Fbolez2Fbo>]

При веррукозной форме пациенты отмечают выраженную, дискомфортную шероховатость во рту, сухость, при жевании или артикуляции, возможна травматизация сильно выступающего участка слизистой. (ф.№25)



Фото №25. Веррукозная лейкоплакия

[<https://assets.cureus.com/uploads/figure/file/2d11ebaa88296a7b41ffdc-Figure-1.png>]

Локализация: в зависимости от формы, однако чаще в местах воздействия триггерного фактора (слизистая щек, губ, неба, языка.)

Гистологически: гипер-, паракератоз, акантоз, утолщение рогового и зернистого слоев. В подлежащей соединительной ткани – хроническое воспаление, гиперемия, межклеточная инфильтрация, отек. В местах полной потери эпителиального слоя формируются эрозивные поверхности.

Степень и риск озлокачествления: отличаются из всех форм лейкоплакии наибольшей склонностью к малигнизации эрозивно-язвенная и веррукозная, особенно если не устранены триггерные факторы. Ежегодно в 1—3% случаев лейкоплакия трансформируются в плоскоклеточный рак. Однако имеются данные, что уровень злокачественной трансформации лейкоплакии варьирует от 0,13 до 17,5%.

Биопсия: пункционная - при плоской форме, инцизионная- при веррукозной, либо брашинг)

Дифференциальная диагностика. Проводится со всеми заболеваниями, для которых характерны белесоватые изменения слизистой оболочки: кандидоз, КПЛ, КВ, II сифилис, белый губчатый невус, лейкодема, лихеноидные реакции на амальгаму, болезнь Боуна. (табл.№9)

Таблица № 9. Дифференциальный диагноз плоской лейкоплакии с другими заболеваниями СОПР.

	Осмотр	Гистология	Тактика
Плоская лейкоплакия (ф.№20)	Локализация в местах повышенной травматизации (щеки, язык, десна, небо). Очаг гиперкератоза, белесоватого (серовато-белого) цвета, четкими границами, неправильной формы, напоминающий полупрозрачную пленку, без признаков воспаления. Интенсивных жалоб нет.	Гиперкератоз, слабо выраженный акантоз.	Наблюдение за очагом, своевременное обнаружение очагов усиления гиперкератоза (помутнение или молочно-белый густой цвет очага). Прием витаминов группы А, В, С. Полоскания масляными растворами вит. А., устранение триггерных факторов (отказ от курения), санация полости рта и др.

КПЛ (типичная форма) (ф.№29)	Локализация язык, десна, щеки. Множественные серо-белые гиперкератотические папулы в виде точек, полосок, бляшек. Могут формировать рисунок сетки, кружева. Воспалительная реакция при данной форме отсутствует. Ощущение шероховатости, иногда жжения после приема горячей острой пищи.	Явления гиперкератоза паракератоза, акантоза. В сосочковом слое полосовидный воспалительный диффузный инфильтрат, в котором преобладают лимфоциты, удлинение межсосочковых отростков эпителия.	
Красная волчанка ККГ (типичная форма)	Локализация чаще на слизистой щек, неба. Наличие эритемы, атрофии и гиперкератотических проявлений, напоминающих «лучи пламени» или «частокол» по периферии очага или внутри него. Ощущение жжения. Наличие высыпаний на коже лица.	Гиперкератоз, акантоз, вакуольная дегенерация клеток базального слоя и коллагеновых волокон. Инфильтрация сосочкового слоя, резко расширенные сосуды, периваскулярная инфильтрация	Наружно аппликации ТГКС, внутрь противомаларийные препараты, малые дозы СГКС.

II-сифилис слизистых (ф.№26)	Возможна любая локализация (небо, губы, десна). Процесс представлен папулами разного размера округлой овальной формы, белесого цвета, иногда окруженными узким гиперемизированным инфильтративным венчиком. Белесоватый налет (фибриноидный налет) с поверхности узелков снимается, обнажая ярко красную эрозивную поверхность. Интенсивных жалоб нет.	Воспалительный инфильтрат из плазматических клеток, лимфоцитов и гистиоцитов, располагающихся диффузно под эпителием в сосочковом слое собственной слизистой оболочки. Сосуды расширены, эндотелий гиперплазирован.	Проведение исследований на выявление возбудителя (tr. Pallidum: темнопольная микроскопия, серологические реакции (РМП, РИФ, РПГА, РИБТ и др.). Лечение необходимыми курсовыми дозами антибиотиков пенициллинового ряда.
Кандидоз (ф.№27)	Может поражаться любой отдел СОПР. Обнаруживается серо- белый налет разной степени выраженности, снимающийся при поскабливании. После его снятия обнажается гиперемизированная	Могут обнаруживаться скопления нейтрофилов в верхних эпидермиса. При поражении слизистых оболочек может наблюдаться нарушение процесса	Мазки с последующей микроскопией для обнаружения дрожжевого гриба Candida Albicans, посев. Лечение противогрибковыми препаратами наружно или системно.

	или эрозированная поверхность. Отмечаются жалобы на сухость, жжение и болезненность слизистой.	кератинизации эпителия.	Коррекция фоновых нарушений (СД, метаболический синдром, анемия). Соблюдение диеты с ограничением углеводов и дрожжевого теста.
--	---	-------------------------	--



Фото №26. Сифилитические бляшки при II-ом периоде сифилиса.

[<https://www.google.com/url?sa=i& %2F%2Fwww.oooojournal.net%2Farticle449>]



Фото №27 Кандидозный глоссит.

[https://www.google.com/%2FOral_candidiasis&psigopi=89978449]



Фото №29 Красный плоский лишай типичная форма.

[<https://www.google.com/url?sa=i&ust&source=images&opi=89978449>]

Профилактика: ограничение воздействия травмирующих факторов на красную кайму губ и СОР, вызванного дефектами в зубных рядах, острыми краями разрушенных зубов и

зубными протезами, курением, а также защита от действия неблагоприятных метеорологических факторов;

Лечение: Тактика наблюдения и лечебных мероприятий у больных лейкоплакией зависит от клинической формы заболевания, настоящего статуса и наличия признаков малигнизации процесса. Чаще всего специалисты придерживаются следующих терапевтических направлений:

1. Санация полости рта.
2. Отказ от курения.
3. Лечение желудочно-кишечной патологии.
4. Витамины группы В. (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.);,
5. Витамин А : Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), Тыквеолом. Для лучшей эпителизации при эрозивной форме лейкоплакии метилурациловая мазь.

Удаление сомнительных на предмет малигнизации участков гиперкератоза диатермокоагуляцией, криодеструкцией, лазерной абляцией.

Очаги веррукозной и эрозивной лейкоплакии иссекают хирургически с обязательным гистологическим исследованием.

Волосатая лейкоплакия требует лечения ВИЧ-инфекции.

Для лечения мягкой лейкоплакии, в схемы лечения вводят успокаивающие средства, так как чаще всего она развивается на фоне невротических состояний.

Прогноз: при плоской, мягкой и лейкоплакии Тапейнера – благоприятный (при своевременном устранении провоцирующих факторов). Следует помнить, что плоская лейкоплакия при неблагоприятных обстоятельствах может переходить в эрозивно-язвенную форму. При веррукозной и эрозивно-язвенной лейкоплакии – прогноз относительно благоприятный, он напрямую зависит от стадии и выраженности патологического процесса и степени соматической отягощенности.

3.2. Новообразования узелкового характера СОПР и ККТ

К факультативным предракам, сопровождающимся образованием плюс ткани и/или появлением узелков, которые при активном росте могут трансформироваться в узлы

относятся: кератоакантома (ф.№30), кожный рог (ф.№31), папиллома с ороговением (ф.№32,33), папилломатоз (ф.№34). Клиническая и гистологическая картины представлены в таблице №10.

Таблица №10. Клинико-гистологические особенности факультативных предраков, представленных узелковыми элементами.

Название	Клиническая картина	Гистология	Тактика
Кератоакантома (ф.№30)	Узелок полушаровидной формы, в центре которого имеется кратерообразное углубление, заполненное роговыми массами («роговая пробка»), а вокруг имеется своеобразный «воротничок» цвета окружающей ткани. Имеет тенденцию к быстрому росту.	Неравномерный акантоз, клеточный полиморфизм, иногда пара-, дискератоз, могут образоваться роговые «жемчужины». В соединительно-тканной основе воспалительные инфильтраты из плазматических и лимфатических клеток. Морфологически основой является псевдокарциноматозная гиперплазия с выраженным гиперкератозом в центре («роговая чаша»). Выделяют 3 типа кератоакантомы в зависимости от состояния эпителиальных клеток: тип А – с гиперплазией	Вследствие склонности к быстрому росту, рекомендовано удаление. хирургическое удаление участка поражения в пределах здоровых тканей. Иногда лучевая терапия. При множественных кератоакантомах назначают внутрь метотрексат.

		и нарушением ороговения; тип В – с присоединением атипии; тип С – с картиной интраэпителиального рака.	
Кожный рог (ф.№31)	Узелковый элемент, представленный плотным серо-коричневым конусообразным возвышением, высота которого может достигать от 1 до 3 см и более. Подвижный при пальпации. На поверхности могут быть плотные чешуйки.	Ограниченная гиперплазия эпителия, в состоянии гиперкератоза без разрыхления. Эпителий под роговой массой в состоянии акантоза, в строме – диффузный плазмноклеточный инфильтрат. Хейлоскопия: кожный рог представляется серо-коричневым роговым монолитом. Сосудистая сеть не видна.	В следствии быстрого роста, и повышенной склонности к травматизации рекомендовано своевременно удалять.
Папиллома с ороговением (ф.№32,33)	Разновидность обычной папилломы, доброкачественной эпителиальной опухоли, встречающейся на слизистой оболочке полости	Соединительно-тканная основа, имеющая вид разросшихся сосочков, Эпителиальный покров, выстилающий поверхность сосочков, верхние слои которого, находятся в состоянии пара- и гиперкератоза.	Новообразование иссекается вплоть до границ здоровых тканей. Такие методики, как электрокоагуляция, криохирургия, склерозирующая терапия и другие

	рта и красной кайме губ. Отличием является наличие кератоза на ее поверхности. Узелок мягко-эластичной консистенции, округлой формы, подвижное при пальпации, серо-коричневого цвета, выступающее над уровнем окружающей ткани.	Хейлоскопия: полушаровидная опухоль серо-коричневого цвета с бугристым рельефом и значительным ороговением. Сосудистая сеть не Видна.	используются редко, поскольку в результате их выполнения невозможно провести гистологический анализ удаленной до основания папилломы.
Папилломатоз (ф.№34)	Патологический очаг представлен множеством мелких величиной 1–2 мм тесно прилегающих узелков, формирующих неровную мелкобугристую поверхность серовато-белого или розового цвета.	Стоматоскопия: участок с мелкими папилломами серо-белого или застойно-красного цвета, рельеф мелкобугристый, ороговение отсутствует или умеренное, сосуды петлевидные.	Устранение триггерного фактора, укрепление иммунитета, санация полости рта, при подозрении на малигнизацию удаление.

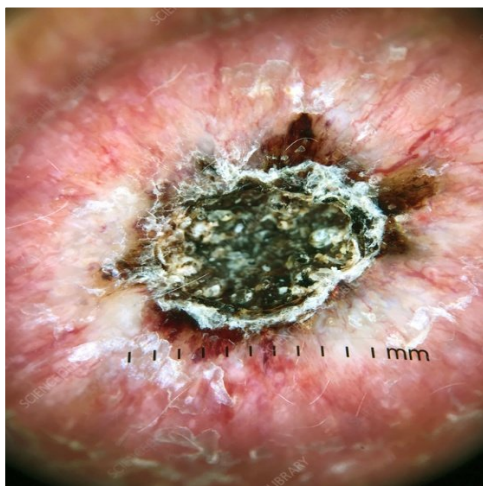


Фото №30 Кератоакантома

[<https://www.google.com/url?sa&source=images&opi=89978449>]



Фото № 31 Кожный рог.

[<https://www.semanticscholar.org/paper/Cutaneous-Horn>]



Фото №32 Папиллома с ороговением (внешне напоминающая лейкоплакию)

[https://medicalfairway.net/MEDpic.png/med_444a.png]



Фото.№ 33. Папиллома с ороговением. [<https://www.Fpediatric-dentistry-journal%2Ffulltext%>]



Фото №34. Папилломатоз СОПР, обусловленный вирусом папилломы человека на фоне ВИЧ инфекции. [<http://medicine-live.ru/uploads/images/01/27/53/2016/06/20/8c0926.jpg>]

3.3.Хроническая трещина губы



Фото №35 а,б,в. Хроническая трещина губы

[<https://media.sciencephoto.com/c0/10/32/83/c0103283-400px-wm.jpg>]

Встречается во всех возрастных группах у лиц обоего пола. Среди детей эта патология значительно чаще диагностируется у мальчиков. Трещины возникают впервые в возрасте 6—7 лет, достигая к 16-летнему возрасту максимальной распространенности. Они рецидивируют у школьников, особенно после 12—14 лет.

Причины: метеорологические факторы и гиповитаминозы, атопический хейлит, хейлит Мелькерсона-Розенталя, анатомические аномалии, гиперкоррекция филлерами.

Локализация: как правило, в центральной части нижней губы

Клиническая картина: хроническая трещина губы отличается длительным, упорным, рецидивирующим течением и болевым синдромом. Она рассекает красную кайму поперек, имеет слегка приподнятые орозовелые края и шероховатое, чаще кровоточащее дно, покрытое мокнущей или сухой коркой (ф.№35). Глубина достигает 0,3–0,5 см. Кратковременное заживление возможно только с образованием рубца, на месте которого опять образуется трещина.

Гистология: в трещине отмечаются воспалительный процесс и гиперпластическое разрастание эпителия с явлением ороговения поверхностных слоев. Наличие гиперкератоза в трещине увеличивает шанс ее малигнизации, который составляет около 5%.

Хейлоскопия: углубление в виде рва с ровным рельефом дна и краев и умеренным ороговением. Сосудистый рисунок в виде параллельных полос, идущих от дна по стенкам трещины.

Лечение: Коррекция фоновых нарушений, связанных с потерей эластичности и увлажненности ККГ, лечение фоновых заболеваний (хейлитов). Аппликации эпителизирующих и ожиряющих мазей, новокаиновые блокады (теплым раствором), при необходимости (отсутствие эпителизации, признаки озлокачествления) – иссечение в пределах здоровых тканей.

3.4. Лучевой хейлит и стоматит.



Фото №36. Лучевой стоматит.

[<https://dermnetnz.org/assets/Uploads/site-age-specific/radiation-stomatitis.jpg>]



Фото №37. Лучевой стоматит.

[<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.2170>]

При ряде заболеваний челюстно-лицевой области пациенты получают лучевую терапию. У части пациентов такое лечение проходит без последствий, но в других случаях возникают стойкие лучевые реакции и повреждения, которые рассматриваются как предраковые. Риск малигнизации послеожоговых поражений кожи составляет 5–6 %. Постлучевые повреждения развиваются из-за получения больным больших доз облучения. Постлучевые изменения появляются на 5–7й день после облучения в виде интенсивной гиперемии на слизистой оболочке полости рта или красной кайме губ с образованием пузырей. Они быстро лопаются, образуя эрозии с фибринозным налетом. После их заживления остается стойкая атрофия с изменением цвета ткани. Красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта приобретают пестрый вид: на фоне атрофии участки пигментации чередуются с участками депигментации, сквозь измененную ткань просвечивают телеангиэктазии. (ф.№36,37) Измененная слизистая оболочка и красная кайма губ становятся сухими, легко травмируемыми, на них появляются ссадины и трещины, на этом фоне возникают очаги гиперкератоза и бородавчатые разрастания.

На красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта могут образовываться глубокие язвы с неровными, подрытыми краями и сальным дном. Такая болезненная язва может не рубцеваться в течение очень длительного времени, а иногда вообще не заживает.

Гистология: наблюдаются неравномерная толщина эпителия, акантоз, гипер- и паракератоз. Иногда образуются «роговые жемчужины», увеличивается число митотических фигур. Базальный слой сохранен. Строма отечна, кровеносные и лимфатические сосуды расширены, инфильтрат в строме содержит большое количество плазматических клеток.

Стомато-хейлоскопия: атрофичный рубец с ровным и мелкобугристым рельефом. На красной кайме – умеренное ороговение, которого нет на слизистой оболочке, сосудистая архитектура весьма разнообразна: крап и полосы, петлевидные и атипичные сосуды.

Лечение: местное применение аппликаций кератопластических веществ, бальзама Шестаковского, мазей с кортикостероидами, антибиотиками, 0,5-1 % раствора хлорофилла. Бородавчатые, гиперкератотические изменения, длительно существующие язвы рекомендуется хирургически удалять.

2.5. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая и красной волчанки.

Красный плоский лишай (КПЛ) и красная волчанка (КВ) представляют собой сложные мультифакториальные заболевания, характеризующиеся поражением как кожных покровов, так и слизистых оболочек со множеством клинических форм. Однако, по гистологической картине они имеют некоторые похожие изменения, касающиеся рогового слоя, в котором наблюдаются явления гиперкератоза. Как при красной волчанке, так и при красном плоском лишае при поражении слизистой полости рта выделяют эрозивно-язвенную формы, которые отличаются упорным течением, весьма тяжелой клинической картиной и субъективными жалобами, а также тенденцией к трансформации в рак.

Для постановки диагноза КПЛ СОПР важно учитывать не только данные гистологического исследования, но и визуальную картину патологического очага. Он, как правило, представлен не снимающимся шпателем белесоватым налетом, формирующим рисунок сетки кружев, точек. В зависимости от формы будут в той или иной степени присутствовать признаки воспаления (эритема, отек) и эрозии, покрытые фибринозным налетом. (ф.№ 38 а, б).

Особенностью патологических проявлений КВ на СОПР является наличие эритемы, атрофии и проявлений гиперкератоза в виде белесовато-серого налета, напоминающего лучи пламени или частокола (тоненькие белые параллельно идущие друг за другом или расходящиеся полосы) вокруг очага эритемы и атрофии. Кроме этого, внутри очага могут формироваться эрозии или язвы, вокруг которых так же могут наблюдаться подобные проявления. (ф.№39).





Фото №38 а,б. Эрозивно-язвенная форма КПЛ.

[https://marianiumberto.it/wp-content/uploads/2020/01/lichen-planus_1077.jpg]



Фото №39. Красная волчанка СОПР эрозивно-язвенная форма [фото А.В. Терещенко]

Более подробные отличительные особенности этих двух заболеваний вы можете увидеть в таблице №11.

Таблица №11. Отличительные признаки клинической картины эрозивно-язвенных форм КВ и КПЛ на СОПР.

	Э-Я форма КПЛ	Э-Я форма КВ
Клиническая картина	На фоне явлений гиперкератоза в виде множественных папул или бляшек белого цвета, формирующих рисунок кружева или сетки, располагаются эрозии и язвы неправильной формы, покрытые фибринозным налетом, при снятии которого возникает кровоточивость. Вокруг выраженная воспалительная реакция и отек.	Патологический очаг с явлениями атрофии, несколько западающий по отношению к здоровой слизистой, с явлениями гиперемии, окруженный белесоватыми полосами, напоминающими рисунок пламени или частокола. В центре очага могут располагаться разнокалиберные эрозии или язвочки, вокруг которых имеется более выраженное воспаление.
Локализация	ККГ, СОПР (язык, щеки, десневые отростки).	ККГ, СОПР (твердое небо, щеки, реже язык).
Субъективные жалобы	Жжение, болезненность, кровоточивость, затруднение в артикуляции	Жжение, болезненность, кровоточивость, затруднение в артикуляции

Диагностика Гистология	Неравномерный акантоз, гранулез, гипер- и паракератоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя, пилообразное удлинение межсосочковых отростков эпителия. Под эпителием диффузный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток. Дефект эпителия, псевдоэпителиальная гиперплазия.	Гидропическая дистрофия базального слоя эпидермиса; дегенеративные изменения в дерме, характеризующиеся отеком, гиалинизацией и фибриноидными изменениями, локализующимися преимущественно непосредственно под эпидермисом; очаговый инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов и небольшого количества плазматических клеток и гистиоцитов, располагающийся в основном вокруг придатков кожи, которые могут быть атрофичными.
Стоматоскопическая и хейлоскопическая	Явления деструкции, мокнутия и гиперемии. Рельеф ровный и мелко бугристый, ороговение разной степени местами отсутствует. Ангиоархитектоника в виде крапа, полос и петлевидных сосудов.	
Лечение и профилактика	Щадящая диета (исключить горячую, острую пищу), отказ от курения, приема алкоголя, устранение механических факторов повреждения слизистой оболочки полости рта, рациональное	До начала медикаментозного лечения больной красной волчанкой нуждается в обследовании для исключения системности поражения, выявления очагов

	протезирование. В терапии применяются наружные и системные лекарственные препараты различных групп, направленные на подавление иммунного ответа, аллергических реакций, уменьшающие перекисное окисление липидов, а также противовоспалительные средства, антибиотики, седативные, антигистаминные, цитостатики, хинолины, системные и наружные глюкокортикостероиды (ГКС), ретиноиды, эпителизирующие, обезболивающие.	фокальной инфекции. Наиболее эффективными средствами лечения являются синтетические противомаларийные средства - хингамин (хлорохин, делагил, плаквенил); глюкокортикостероиды, эпителизирующие, обезболивающие
--	---	---

Важным моментом в наблюдении за больными Э-Я формами КВ и КПЛ является не допускать длительного активного воспаления в зоне патологического очага, и по возможности как можно быстрее добиваться эпителизации язв и эрозий, устранять триггерные факторы и сопутствующие заболевания, с регулярностью проводить диагностические осмотры и пальпацию, не реже чем 1 раз в 3 месяца, возможно и чаще.

3.5. Гиперкератотическая форма красного плоского лишая

Далеко не часто встречается в практике. Опасность этой формы заключается в усиленных процессах ороговения СОПР, чаще в области языка или щек. Гиперкератотические проявления приобретают вид достаточно крупного очага плотноватой консистенции матово-белого цвета. Рельеф поверхности может напоминать «булыжную мостовую», как бы состоять из тесно примыкающих друг к другу квадратиков белого цвета. (ф.№.40). При пальпации патологический очаг плотнее здоровых тканей. А при начинающемся озлокачествлении отмечается нарастание (утолщение) белого налета, который приобретает более матовый густой молочно-белый цвет (ф.№41). При отсутствии своевременного

лечения или не устранении триггерных факторов эта форма может трансформироваться в рак. (ф.№41).



Фото №40. Гиперкератотическая форма КПЛ на слизистой языка.(поверхность языка напоминает «булыжную мостовую»).



Фото №41. Рак языка, возникший на фоне гиперкератотической формы КПЛ. Экзофитный рост. [<https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/lichen>]

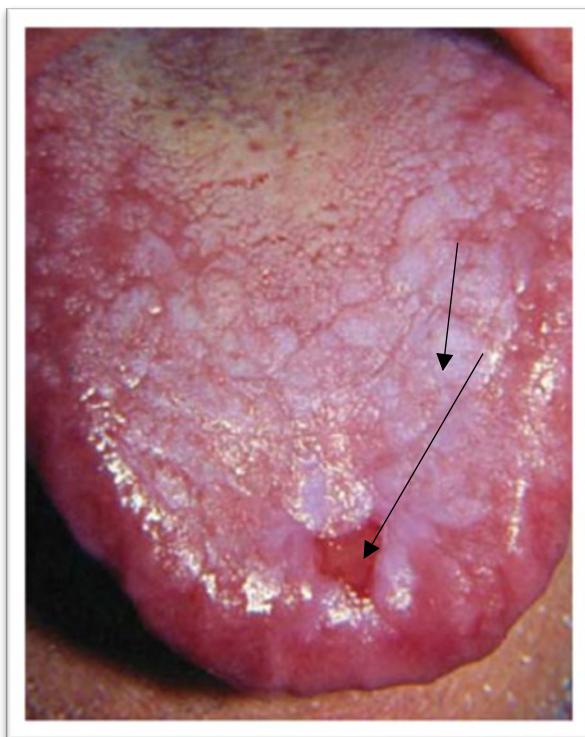


Фото № 42 . Гиперкератотическая форма КПЛ с признаками озлокачествления (появление эрозии) [<https://www.google.com/url?sa=i& &source=images&opi=89978449>]

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Дайте определение термину «предрак».
2. Опишите механизмы канцерогенеза.
3. Перечислите признаки озлокачествления.
4. Приведите классификацию предраковых заболеваний ККГ и СОПР.
5. Приведите заболевания напоминающие хейлит Манганотти?
6. Опишите клиническую картину ограниченного предракового гиперкератоза.
7. Укажите триггерные факторы для возникновения предракового, ракового очага.
8. Опишите, чем отличаются клинические формы лейкоплакии плоская от бородавчатой, лейкоплакия Тапейнера от волосатой.
9. Какие методы исследования используются для скрининга и для диагностики предраков?
10. Чем кератоакантома отличается от кожного рога?

Задача №1

На прием обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на появление около 2 месяцев назад на слизистой твердого неба налета белого цвета и плотных шаровидных образований красноватого цвета, безболезненных.

У пациентки хронический гастрит, гайморит. Она много курит.

Объективно: на твердом небе, в его центральной части видны плотные, маленькие 2-4мм, возвышающиеся над слизистой шаровидные узелки застойно-красного цвета. На отдельных участках элементы очень близко расположены друг к другу и окружены белесоватым налетом, что создает пестрый рисунок. При пальпации очага – ощущается плотная консистенция и шероховатая поверхность.

1. О каком диагнозе можно думать?
2. К какой группе заболеваний относится данное высыпание?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Другое название этой патологии?
5. Назовите основные факторы, способствующие возникновению предрака СОПР.

Задача №2

К дерматологу обратился мужчина, 68 лет, у которого 1,5 месяца назад появилась одиночная опухоль округлой формы на границе кожи левой верхней губы и красной каймы. Объективно: Образование диаметром 1,2 см серовато-розовой окраски, плотной консистенции, безболезненное. Центральная часть образования представлена плотными роговыми массами, которые выступают над поверхностью.

- 1. О каком диагнозе можно думать?**
- 2. Какие стадии различают в развитии этого образования?**
- 3. С каким видом рака следует дифференцировать это заболевание?**
- 4. Часто ли происходит трансформация?**
- 5. Перечислите любимые места локализации этого заболевания?**

Задача №3

К дерматологу направлен на консультацию больной 60 лет с жалобами на появление на слизистой полости рта, под языком, в области уздечки очага поражения белого цвета в виде пленки.

Очаг был обнаружен 3 месяца назад во время протезирования у стоматолога. Очаг безболезненный, не мешает при приеме пищи. Лечился аппликациями витамина А, без эффекта. Курит с молодых лет по 1 пачке в день, любит острые блюда, диету не соблюдает.

При осмотре: на слизистой полости рта, под языком, в области уздечки очаг поражения в виде белой пленки, как бы наклепленный на слизистую оболочку, не снимающийся при поскабливании шпателем. Очаг неправильной формы 0,5х1,0 см с чуть шероховатой поверхностью. При пальпации уплотнение в основании очага отсутствует.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся поражение у пациента.
3. Назовите факторы риска, способствующие развитию данного заболевания.
4. Является ли лейкоплакия предраком?
5. Какова длительность течения лейкоплакии до трансформации в рак?

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Машкиллейсон, А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта / А. Л. Машкиллейсон. - Москва, 1970. - 272 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. проф. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. - Москва: МВДпресс, 2001. - 320 с.
3. Ласкарис, Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: руководство для врачей / Д. Ласкарис. - Москва: Московское информационное агентство, 2006. - 304 с.
4. Оптимизация терапии эрозивно- язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л. А. Седова, Ю. Н. Перламутров, А. В. Терещенко, К. Б. Ольховская // Вестник дерматологии и венерологии. - 2012. - № 6. - С. 56-59.
5. Pathogenesis of oral lichen planus-a review / M. R. Roopashree, R. V. Gondhalekar, M. C. Shashikanth, J. George, S. H. Thippeswamy, A. Shukla // J. Oral Pathol. Med. - 2010. - Vol. 39. - P. 729-734.
6. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / О. Д. Байдик, М. Д. Филюрин, П. Г. Сысолятин, М. А. Титаренко. – Томск : Изд-во СибГМУ, 2018. – 43 с
7. Урсанова А. Е. Совершенствование стратегии и тактики ранней диагностики и лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки рта.,2022г. Н.Новгород.
8. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилева, Т.В. Либик, А.А. Позднякова, Л.Я. Сатюкова //Проблемы стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 3-9.
9. Предраковые заболевания и злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта / Д. Мамаюкпуулу, А. Джумабаев, М. Арстанбеков [и др // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № S2. – С. 46-47.
10. Разнообразные методологические подходы к классифицированию лейкоплакии / О.Ф. Рабинович, В.Д. Вагнер, И.М. Рабинович [и др.] // Институт стоматологии. – 2013. – № 1 (58). – С. 14-17.
11. Редуто, К.В. Оптические методы исследований в стоматологии / К.В. Редуто, Л.А. Казеко // Современная стоматология. – 2013. – № 1 (56). – С. 13-16.

12. Смирнова Ю.В. Изучение распространенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта на основании использования скрининговых методов диагностики / Ю.В. Смирнова // Кафедра. – 2013. – № 46. – С. 37-38.
13. Костина И. Н. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов / Костина И. Н., Епишова А. А., Григорьев С. С., Чернышева Н. Д., Сорокоумова Д. В. – Издательский Дом «ТИРАЖ», 2019. – 84 с.
14. Особенности диагностики кератозов слизистой оболочки рта в поликлинических условиях / Л.П. Герасимова [и др.] // Практическая медицина. – 2013. – Т. 04, № 72.– С. 42-43.
15. Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. Head Neck. December 5, 2019. Epub ahead of print.
16. Голубь, А.А. Оценка эффективности метода определения ядерных аномалий в эпителиальных клетках для ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта / А.А. Голубь, Т.С. Чемикосова, О.А. Гуляева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – № 3. – С. 79-81.
17. Гринин, В.М. Клиническая симптоматика проявлений системной красной волчанки на кожных и слизистых покровах челюстно-лицевой области / В.М.Гринин, В.Ю. Сундуков // Клиническая стоматология. – 2011. – № 1 (57). – С.40-42.
18. Данилина, Т.Ф. Гальваноз как фактор возникновения и развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта / Т.Ф. Данилина, А.В. Жидовинов // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – №3 (35). – С. 37-39.
19. Доманин, А.А. Диагностика предрака слизистой оболочки полости рта /А.А. Доманин, А.Ф. Солнышкина // Поволжский онкологический вестник. –2011. – Т. 1, № 1. – С. 45-46.