

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. КАЗЕКО, М. И. ДЕГТЯРЁВА

**ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2026

УДК 616.311:616-006(075.8)
ББК 56.6+55.6я73
К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 17.12.2025 г., протокол № 4

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета И. О. Походенько-Чудакова; каф. терапевтической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Казеко, Л. А.

К14 **Облигатные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, М. И. Дегтярёва. – Минск : БГМУ, 2026. – 26 с.**

ISBN 978-985-21-2195-8.

Отражены основы современных представлений об облигатных предраковых заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.

Предназначено для студентов стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся по специальности «Стоматология», по учебной дисциплине «Оральная мукология».

УДК 616.311:616-006(075.8)

ББК 56.6+55.6я73

ISBN 978-985-21-2195-8

© Казеко Л. А., Дегтярёва М. И., 2026
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2026

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия — 275 мин.

План занятия:

1. Введение — 5 мин.
2. Организация занятия — 5 мин.
3. Инструктаж преподавателями студентов — 5 мин.
4. Ответы преподавателей на вопросы студентов — 5 мин.
5. Подготовка к клиническому приему пациентов — 5 мин.
6. Клинический разбор и прием пациентов — 145 мин.
7. Контроль результатов усвоения темы — 10 мин.
8. Перерыв — 35 мин.
9. Проверка исходного уровня знаний студентов — 60 мин.

В мире каждый год регистрируется более 600 000 случаев впервые установленного диагноза онкопатологии головы и шеи. Ежегодно от этих опухолей умирает более 250 000 человек. В Республике Беларусь в 2019 г. было выявлено 2530 новых случаев данной патологии, которые явились основной причиной летального исхода у 1334 человек. Ежегодный прирост онкологических заболеваний области головы и шеи составляет более 7 %. В общей структуре онкологических заболеваний органов и тканей челюстно-лицевой области на предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ приходится 4,2–16,4 %.

Предрак, или предопухоловое состояние, — это врожденное или приобретенное заболевание тканей, способствующее возникновению злокачественного новообразования. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет предрак как группу нарушений различной этиологии, характеризующихся мутаген-ассоциированными, спонтанными или наследственными изменениями или мутациями в генетическом материале эпителиальных клеток с клиническими и гистоморфологическими изменениями или без них, которые могут приводить к развитию карциномы (1965).

Понятие «предрак» возникло в 1896 г. на Международном конгрессе дерматологов благодаря М. В. Дюбрейлю, который поставил вопрос о кератозах как предшественниках злокачественных опухолей кожи. Применялся данный термин только к наиболее доступному для клинического наблюдения раку кожи. В дальнейшем удалось установить, какие еще органы человека подвержены развитию злокачественных опухолей. С тех пор этот термин широко применяется в клинической практике.

Злокачественные опухоли слизистой оболочки рта и ротоглотки составляют около 2 % от всех опухолей человека. На протяжении последних лет в Республике Беларусь ежегодно регистрируется примерно одинаковое количество случаев злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

Структура локализаций злокачественных новообразований челюстно-лицевой области по Республике Беларусь: язык — 27,2 %, дно полости рта — 24,7 %, миндалины — 9,4 %, другие локализации (губа, кожа головы, шеи, ротоглотка) — 9,4 %, слюнные железы — 7,4 %, слизистая оболочка рта — 6,4 %, мягкое небо — 5,8 %.

Несмотря на то, что опухоли указанной локализации относятся к визуальным формам новообразований, опухолевый процесс в 66,5 % случаев выявляется на III–IV стадии заболевания. Актуальность проблемы подтверждается быстрым ростом летальности от опухолей данной локализации. Причины выявления опухолевых процессов на поздних стадиях разные. Главная — бессимптомность течения и, как следствие, несвоевременное обращение пациента к врачу.

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистой оболочки рта и красной каймы губ принадлежит предраковым состояниям.

Различают два типа предрака: факультативный и облигатный. Такие патологические процессы сопровождаются дистрофией и атрофией тканей, а также нарушением процессов клеточной регенерации с образованием участков гиперплазии и метаплазии клеток, которые в последующем могут стать источником злокачественной опухоли. Облигатный предрак рассматривается как патологическое состояние, которое при отсутствии лечения рано или поздно трансформируется в рак. Особенностью облигатного предрака является дисплазия, характеризующаяся изменением формы и внешнего вида клеток — клеточной атипией, нарушением процесса дифференцировки клеток — образованием клеток различного уровня зрелости с преобладанием менее специализированных форм, а также изменением нормальной структуры, появлением участков асимметрии, нетипичного взаиморасположения клеток. Облигатный предрак переходит в рак в 20–30 % случаев, большинство из них обусловлено наследственными факторами. Общее состояние организма, наличие тяжелой сопутствующей патологии, состояние полости рта, местные травматические факторы, имеющиеся вредные привычки, безусловно, влияют на усугубление патологического процесса при любом типе предрака.

Цель занятия — овладеть методами оказания медицинской помощи пациентам с облигатными предраковыми заболеваниями слизистой оболочки рта и губ.

Задачи занятия:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинико-морфологические элементы облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.
2. Изучить клинические методы обследования пациента при облигатных предраковых заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.
3. Изучить лабораторные методы обследования пациента при облигатных предраковых заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.

4. Изучить клинические проявления облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

5. Изучить дифференциальную диагностику облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

6. Изучить принципы и методы лечения облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомические области ротовой полости.

2. Гистологическое строение слизистой оболочки рта во всех анатомо-топографических областях.

3. Физиологические особенности слизистой оболочки рта.

4. Механизмы развития и клинические проявления различных групп клинко-морфологических элементов поражения слизистой оболочки рта.

5. Факторы риска развития патологии слизистой оболочки рта.

6. Взаимосвязь состояния слизистой оболочки рта с соматическим и стоматологическим здоровьем пациента.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация облигатных и факультативных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта.

2. Болезнь Боуэна. Механизмы развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

3. Эритроплазия Кейра. Механизмы развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

4. Бородавчатый предрак. Механизмы развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

5. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Механизмы развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

6. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Механизмы развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

7. Факторы, способствующие малигнизации. Клинические признаки малигнизации.

8. Принципы и методы лечения пациентов с облигатными предраковыми заболеваниями слизистой оболочки рта. Лекарственные средства для местного применения, особенности их использования. Возможности фотодинамической и лазерной терапии в комплексном лечении.

9. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта. Профилактика облигатных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта. Онконастороженность.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Развитие рака представляет собой многоступенчатый, порой длительный, но всегда последовательный процесс, в котором каждая следующая фаза имеет количественное и качественное отличие от предыдущей, причем на стадии предраковых изменений не хватает одного или нескольких признаков, чтобы процесс был расценен как злокачественный. Так, в патоморфологической картине предрака признаком, не дающим право диагностировать рак, является отсутствие инвазии, то есть выхода пролиферативных разрастаний атипичного эпителия за пределы базальной мембраны (рис. 1).

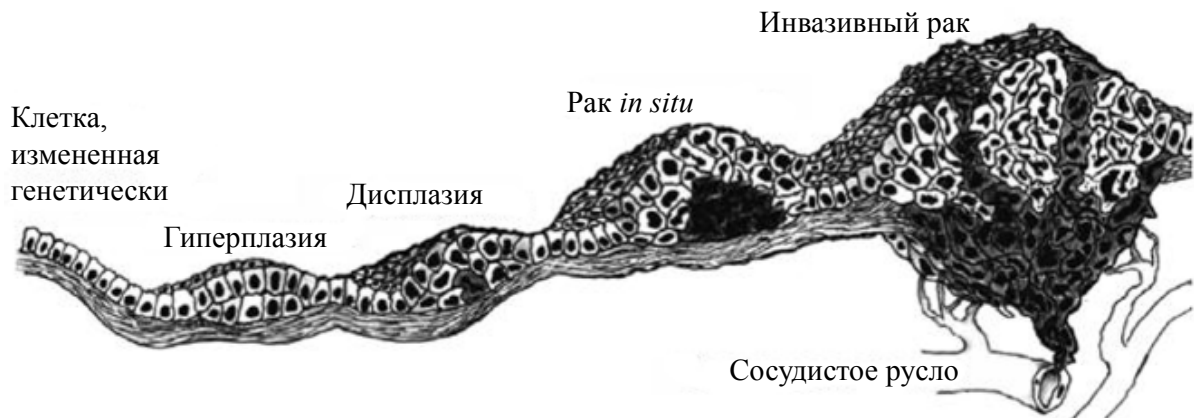


Рис. 1. Морфогенез рака

Схема морфогенеза рака дает возможность проследить патоморфологические фазы предраковых изменений, степень выраженности которых от фазы к фазе возрастает и отражается на клиническом проявлении патологического процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Предраковые заболевания слизистой оболочки рта:

1. *Облигатные* (с высокой частотой озлокачествления):

- болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- бородавчатый предрак;
- ограниченный предраковый гиперкератоз;
- абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

2. *Факультативные* (с малой частотой озлокачествления):

- лейкоплакия (веррукозная и эрозивная);
- папилломатоз;

- эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая;
- постлучевые хейлит и стоматит;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома с ороговением;
- эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая;
- метеорологический хейлит.

В МКБ-10 (2019) предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ размещены в трех разделах:

- новообразования (класс II);
- болезни органов пищеварения (класс XI);
- болезни кожи и подкожной клетчатки (класс XII).

Фрагменты классификации МКБ-С представлены в приложении.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Классификация потенциально злокачественных заболеваний, представленная в международном междисциплинарном журнале «Oral Oncology» в 2011 г.:

Группа I. Морфологически измененная ткань, злокачественная трансформация происходит из-за внешних факторов.

Группа II. Морфологически измененная ткань, хроническое воспаление является причиной злокачественной трансформации (канцерогенез, опосредованный хроническим воспалением).

Группа III. Наследственные расстройства, которые не обязательно изменяют клинический внешний вид ткани, но связаны с более высоким, чем обычно, риском дисплазии или малигнизации.

Группа IV. Нет клинически выраженного поражения, но полость рта восприимчива к плоскоклеточному раку.

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ

По данным ВОЗ, заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире возрастает. Соответственно возрастает и необходимость совершенствования методов диагностики и профилактики, повышения уровня «онкологической настороженности» как врачей-стоматологов, так и самих пациентов.

Выявление злокачественных опухолей челюстно-лицевой области должно быть обязательной частью терапевтических и стоматологических осмотров, поскольку ранняя диагностика заболевания исключительно важна.

Существенным и неотъемлемым является междисциплинарный подход как к диагностике, так и к лечению. При положительном результате морфологического исследования показано лечение согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь после консультации онколога.

Успех лечения онкологического пациента находится в прямой зависимости от раннего распознавания болезни. Врачи-стоматологи обязаны осматривать слизистую оболочку рта пациента, исследовать кожные покровы, регионарные лимфатические узлы с целью раннего выявления опухолевого или предопухолевого процесса, независимо от заболевания, с которым обратился пациент.

За всеми пациентами с предраковыми заболеваниями должно вестись динамическое наблюдение. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование тканей, которые удаляют при операциях по поводу хронических воспалительных процессов, доброкачественных опухолей, ограниченных или диффузных дискератозов и других заболеваний, входящих в группу предраковых.

При подозрении на злокачественное образование пациента следует направить к врачу-онкологу в специализированное учреждение.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА

Болезнь Боуэна (J. T. Bowen) представляет собой облигатный предрак, который обладает наибольшей потенциальной злокачественностью среди предраковых заболеваний и входит в понятие «рак *in situ*» (самая ранняя стадия рака). Она чаще поражает мужчин, преимущественно от 40 до 70 лет, однако в последнее время наблюдается рост данного заболевания среди женщин.

Этиология. До конца неизвестна. Наибольшую роль в развитии играют вредные привычки, хроническая травма, инфицирование вирусом папилломы человека, преимущественно 16-го типа. Болезнь Боуэна появляется чаще на участках кожи, подвергающихся солнечному облучению. Также одним из факторов риска является пожилой возраст.

Клинические проявления. Болезнь Боуэна чаще всего имеет проявления на коже туловища и реже — на слизистой оболочке рта. Клиническая картина на слизистой оболочке рта довольно разнообразна. Преимущественно обнаруживают один очаг поражения, иногда — два и более. Представляет

собой ограниченное безболезненное пятнисто-узелковое поражение красного цвета, гладкое или с бархатистой поверхностью из-за мелких сосочковых разрастаний, которое слегка западает (атрофия слизистой). Иногда поверхность очага эрозируется. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Чаще всего очаг поражения локализуется в задних отделах рта на мягком небе, языке, в ретромолярной области, на дне полости рта, боковой поверхности языка (рис. 2). Спонтанная регрессия не наблюдается. Для подтверждения диагноза необходима биопсия. Поражение в течение нескольких месяцев может трансформироваться в рак.



Рис. 2. Болезнь Боуэна

Гистологическая картина. Характеризуется резко ограниченной пролиферацией эпителия с явлениями дискератоза, выраженным полиморфизмом и атипичными митозами.

Дифференциальная диагностика. Необходимо дифференцировать с плоским лишаем, лейкоплакией (табл. 1), красной волчанкой, сифилитическими папулами.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика болезни Боуэна

Критерий оценки	Болезнь Боуэна	Лейкоплакия	Плоский лишай
Элементы поражения	Пятнисто-узелковое поражение	Пятно (единичное)	Мелкие папулы
Цвет	Белый/красный	Белый	Белый
Границы/форма	Неправильные	Четкие/овальная	Четкие, неровные / в виде сетки

Критерий оценки	Болезнь Боуэна	Лейкоплакия	Плоский лишай
Локализация	Задние отделы рта, мягкое небо, язычок, ретромолярная область, дно полости рта, боковая поверхность языка	Передние отделы слизистой, углы рта, дно полости рта, реже — язык, десна	Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхности языка, реже — десна, переходная складка, губы
Поражение кожи	Да	Нет	Да
Течение	Хроническое	Хроническое	Хроническое с обострениями
Микробиологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Иммунологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Морфологическое исследование	Резко ограниченная пролиферация эпителия с явлениями дискератоза, выраженным полиморфизмом и атипичными митозами	Пара- и гиперкератоз в эпителии, базальная мембрана истончена	В эпителии — гиперкератоз, в сосочковом слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна

Лечение. Применяется хирургическое удаление, лазерная абляция, криодеструкция, электрокоагуляция, криотерапия, фотодинамическая терапия с последующим гистологическим исследованием. Может применяться близкофокусная рентгенотерапия. Прогноз неблагоприятный.

ЭРИТРОПЛАЗИЯ (ЭРИТРОПЛАКИЯ) КЕЙРА

Эритроплакию полости рта (болезнь Кейра, бархатная эпителиома) описал в 1911 г. французский дерматолог Луи Кейр (L. Queyrat). Это поражение слизистой оболочки рта, представляющее собой ярко-красные бархатистые бляшки (ВОЗ, 1978), которое невозможно определить как любое другое известное заболевание (как и лейкоплакия, это — диагноз исключения). Эритроплакия Кейра — редкое предраковое заболевание, которым страдают не только лица пожилого возраста. Она имеет более выраженную тенденцию к развитию плоскоклеточного рака кожи, чем болезнь Боуэна, и примерно в 30 % случаев трансформируется в инвазивный плоскоклеточный рак, причем у 20 % наблюдаются метастазы.

Этиология. До конца неизвестна. В развитии играют роль хроническая травма, инфекции, вирус папилломы человека 8-го и 16-го типов, иммуносупрессивные состояния, курение, хронические заболевания (например, пло-

ский лишай). Эритролейкоплакия — сочетание красных и белых поражений слизистой оболочки рта. Окончательный диагноз позволяет поставить биопсия.

Клинические проявления. При эритроплакии слизистой оболочки рта пациенты могут жаловаться на жжение слизистой в участке поражения, также заболевание может протекать бессимптомно. Характерно появление на слизистой оболочке рта пятна (бляшки) ярко-красного цвета с гладкой или бархатистой гранулярной поверхностью, с желтыми или белыми вкраплениями (эритролейкоплакия или лейкоэритроплакия), мягкого при пальпации (рис. 3).



Рис. 3. Эритроплакия Кейра

Наиболее часто поражение локализуется на мягком небе, дне полости рта, щеке, вентральной поверхности языка. Поверхность очагов гладкая, гиперемированная, бархатистая. Эритроплакия располагается часто ниже уровня окружающей слизистой оболочки. Вероятность малигнизации, по разным данным, от 10 до 100 %, с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Гистологическая картина. Красный цвет поражения определяется атрофией эпителия, выраженной васкуляризацией и воспалением в области очага поражения (при гистологическом исследовании следует внимательно оценивать состояние базальной мембраны на предмет микроинвазии рака). В 90–95 % случаев при гистологическом исследовании выявляют выраженную дисплазию эпителия, рак *in situ* или инвазивный плоскоклеточный рак.

Дифференциальная диагностика. Эритроплакию дифференцируют с плоским лишаем, неомогенной лейкоплакией, острым атрофическим кандидозом, красной волчанкой, рубцовым пемфигоидом, меланомой, плоскоклеточным раком, гемангиомой, протезным стоматитом.

Лечение. Проводятся хирургическое иссечение, фотодинамическая терапия, лазерная абляция в связи с высоким процентом малигнизации (примерно 50 %).

БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Бородавчатый (узелковый) предрак красной каймы губ описан в 1965 г. А. Л. Машкиллейсоном как самостоятельное заболевание. Частота встречаемости среди других предраков — 7 %. Бородавчатый предрак чаще наблюдается у мужчин старше 40 лет на красной кайме нижней губы. Течение его довольно быстрое, озлокачествление может произойти спустя 1–2 месяца после начала заболевания.

Этиология. Неизвестна. Курение (особенно большой стаж), термическая травма и инсоляция играют важную роль в развитии бородавчатого предрака. Есть данные о связи развития заболевания с вирусом папилломы человека.

Клинические проявления. На красной кайме губы определяется поражение в виде ограниченного полушаровидного плотного узелка размером до 1 см, поверхность которого физиологической окраски или серо-красного цвета, покрыта чешуйками (рис. 4). Очаг похож на папиллому или бородавку, может сопровождаться венчиком гиперемии. Пальпация безболезненная.



Рис. 4. Бородавчатый предрак

Особое внимание следует обращать на внезапное увеличение области поражения, усиление ороговения, появление уплотнения в основании, эрозивное или изъязвленное элемента. Данные признаки могут указывать на озлокачествление процесса.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования. Прогноз без лечения крайне неблагоприятный.

Гистологическая картина. Характерны гиперкератоз, паракератоз, пролиферация плоского покровного эпителия, полиморфизм шиповатых клеток, в соединительнотканном слое — круглоклеточная инфильтрация

с большим количеством лимфоцитов, плазматических клеток и лаброцитов. Эластические волокна местами гомогенизированы.

Дифференциальная диагностика. Проводят с обыкновенной бородавкой (для обыкновенной бородавки характерно наличие нитевидных сосочковых разрастаний и гипертрофированного рогового слоя по периферии), папилломой (отличается мягкой консистенцией, наличием ножки), кератоакантомой (характерно наличие красноватого валика, окружающего центральный кратер, заполненный роговыми массами, после отделения которых образуется воронкообразное углубление), пиогенной гранулемой (мягкая консистенция, ярко-красный цвет образования, наличие ножки).

Лечение. Показано только хирургическое иссечение очага в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

АБРАЗИВНЫЙ ПРЕКАНЦЕРОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ

В 1933 г. Манганотти (Manganotti) описал своеобразное эрозивное изменение красной каймы нижней губы, которое имело тенденцию трансформироваться в плоскоклеточный рак. Хейлит Манганотти — это особая форма хронического актинического (солнечного) хейлита, чаще встречается у мужчин старше 60 лет, только на нижней губе, в виде эрозивного процесса. Течение хейлита Манганотти торпидное, хроническое. Трансформация в рак при сохранении причинного фактора — от 3 месяцев до 30 лет (вероятность озлокачествления 25 %).

Этиология. Развитие заболевания связывают с возрастными трофическими изменениями тканей, особенно нижней губы, а наиболее выраженные изменения отмечаются у лиц со вторичной адентией и при разрушении передних нижних зубов. В ответ возникает деструктивная реакция со стороны нижней губы. Немаловажную роль в развитии хейлита Манганотти играют курение, инсоляция, метеорологический фактор, гиповитаминоз А и патология ЖКТ.

Клинические проявления. Клиническая картина достаточно многообразна. Характеризуется длительным (от нескольких месяцев до 5 и более лет) существованием на красной кайме нижней губы (чаще в боковых отделах) овальной или неправильной формы одиночной эрозии (реже 2–3 эрозии) размером от 0,5 до 1 см. Поверхность ее гладкая, будто отполированная, насыщенно-красного цвета, иногда покрыта прозрачным истонченным эпителием или коркой, при снятии которой может возникнуть небольшое кровотечение. При этом травматизация эрозий без корок не вызывает кровотечений.

Как правило, эрозии располагаются на гиперемированном основании, редко уплотненном, воспалительная реакция распространяется от края повреждения на расстояние до 1,5 см (рис. 5).



Рис. 5. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

Особенностью хейлита Манганотти является способность эрозии спонтанно эпителизоваться и вновь рецидивировать через какое-то время (наиболее часто рецидивы происходят весной, что связано с метеорологическим фактором). Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования.

Гистологическая картина. Характерны дистрофические изменения коллагеновых и эластических волокон, в эпителии — дефект с сопутствующей гиперплазией клеток шиповатого и базального слоев, акантоз с наличием эпителиальных выростов в субэпителиальной зоне, с явлениями дезинтеграции базальной мембраны и базального слоя. Кровеносные сосуды резко расширены.

Дифференциальная диагностика. Хейлит Манганотти следует дифференцировать с эрозивно-язвенной формой красной волчанки, при которой, кроме эрозии, наблюдаются выраженная эритема, гиперкератоз и рубцовая атрофия. Эрозивно-язвенную форму плоского лишая отличают обязательные мелкие папулы белесовато-серого, перламутрового цвета, образующие кружевной рисунок (сетка Уикхема). Для пузырчатки, в отличие от хейлита Манганотти, характерны положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, поражение не только красной каймы губ, но и слизистой оболочки рта. Острым началом, ярко-красной эритемой с отеком красной каймы губ и слизистой оболочки рта, выраженной болезненностью от хейлита Манганотти отличается экссудативная многоформная эритема. Также дифференцировать хейлит Манганотти следует

с герпетической эрозией. В последнем случае эрозия имеет полициклические очертания, располагающиеся на гиперемированном и отечном основании. Эпителизируется в течение 7–10 дней. В соскобе при цитологическом исследовании определяются гигантские клетки.

Лечение. Лечение хейлита Манганотти направлено на устранение раздражающих факторов, таких как патология ЖКТ, лечение метеорологического и glandулярного хейлита. Применение эпителизирующих средств является основным в лечении хейлита Манганотти. Применяются местно аппликации с ретинолом, мази с глюкокортикостероидами, мазь на основе депротеинизированного диализата из крови телят (Солкосерил).

Хирургическое лечение хейлита Манганотти проводится только в случае подозрения на озлокачествление процесса.

ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Данное поражение чаще локализуется на нижней губе и встречается в основном у мужчин в возрасте старше 30 лет. Течение ограниченного гиперкератоза не столь быстрое, как у бородавчатого предрака, однако его озлокачествление может произойти спустя 6 месяцев после начала заболевания. Впервые заболевание было описано А. Л. Машкиллейсоном в 1965 г.

Этиология. Причина развития ограниченного гиперкератоза неизвестна. Основное значение имеют внешние факторы, такие как ультрафиолетовое излучение и хроническая травма. Существуют данные о развитии ограниченного гиперкератоза на месте локализации постоянно рецидивирующего герпеса.

Клинические проявления. Характеризуется наличием на красной кайме губ (преимущественно нижняя губа) ограниченного безболезненного невозвышающегося уплотненного участка полигональной формы, размером до 1,5 см, без признаков воспаления. Поверхность очага покрыта плотными чешуйками, имеет серовато-белый цвет (рис. 6). У некоторых пациентов очаг может слегка западать. Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования.

Гистологическая картина. Гистологически характерны очаговая пролиферация эпителия в соединительную ткань за счет увеличения шиповидного слоя, клетки базального слоя различной величины и формы, имеет место гиперкератоз. Также характерны формирование эпителиальных тяжей, проникающих в нижележащие слои, и расщепление базальной мембраны.



Рис. 6. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать ограниченный гиперкератоз следует с лейкоплакией, красной волчанкой, плоским лишаем, эксфолиативным хейлитом (табл. 2). К признакам малигнизации можно отнести усиление процесса ороговения и появление уплотнения в основании элемента.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ

Критерий оценки	Ограниченный гиперкератоз	Лейкоплакия	Плоский лишай	Красная волчанка
Элементы поражения	Ограниченный участок ороговения	Пятно (единичное)	Мелкие папулы	Эритема, чешуйки
Цвет	Белый	Белый	Белый	Белый/красный
Границы/форма	Четкие/полигональная	Четкие/овальная	Четкие, неровные / в виде сетки	Четкие / по типу частокола
Локализация	Нижняя губа	Передние отделы слизистой, углы рта, дно полости рта, реже — язык, десна	Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхности языка, реже — десна, переходная складка, губы	Слизистая щек, ретромолярная область, губы
Поражение кожи и других слизистых	Нет	Нет	Да	Да
Течение	Хроническое	Хроническое	Хроническое с обострениями	Хроническое

Критерий оценки	Ограниченный гиперкератоз	Лейкоплакия	Плоский лишай	Красная волчанка
Микробиологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Иммунологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Морфологическое исследование	Очаговая пролиферация эпителия в соединительную ткань	Пара- и гиперкератоз в эпителии, базальная мембрана истончена	В эпителии — гиперкератоз, в сосочковом слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна	Пара- и гиперкератотические зоны в эпителии, вакуолярная дегенерация клеток базального слоя эпителия, дегенерация коллагеновых волокон

Лечение. Хирургическое иссечение очага в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. К облигатным предракам слизистой оболочки рта относятся:

- а) папиллома и папилломатоз;
- б) кератоакантома;
- в) эритроплазия Кейра;
- г) болезнь Педжета;
- д) старческая кератома.

2. Причина возникновения предопухолевых состояний:

- а) воздействие химических соединений;
- б) лекарственные средства, обладающие прижигающим действием;
- в) электрохимическое воздействие;
- г) хроническая, механическая, термическая травма;
- д) вредные привычки (курение, алкоголь);
- е) все вышеперечисленное.

3. Дифференциальную диагностику болезни Боуэна проводят:

- а) с красной волчанкой;
- б) лейкоплакией;
- в) сифилитическими папулами;
- г) болезнью Кейра;
- д) ксеростомией.

4. Дифференциальную диагностику бородавчатого (узелкового) предрака красной каймы губ проводят:

- а) с кератоакантомой;
- б) кожным рогом;
- в) пиогенной гранулемой;
- г) лейкоплакией;
- д) болезнью Кейра.

5. Дифференциальную диагностику абразивного преканцерозного хейлита Манганотти проводят:

- а) с лейкоплакией (эрозивная форма на красной кайме губ);
- б) эрозивной формой плоского лишая;
- в) эрозивной формой красной волчанки;
- г) терапевтической эрозией;
- д) актиническим хейлитом.

6. Клинические признаки малигнизации предраковых заболеваний:

- а) длительное, вялое течение процесса;
- б) появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- в) безуспешное консервативное лечение;
- г) отсутствие кровоточивости;
- д) уменьшение размеров очага поражения по площади.

7. Облигатные предраки без лечения приводят к развитию рака:

- а) в 100 % случаев;
- б) 80 % случаев;
- в) 50 % случаев;
- г) 10–20 % случаев.

8. Клиническая картина при болезни Боуэна представляет собой:

- а) ограниченное застойно-красное пятно с гладкой или бархатистой поверхностью, с мелкими сосочковыми разрастаниями;
- б) множественные очаги в виде бляшек;
- в) сосочковое разрастание диаметром от 1–2 до 10–20 мм, которое выступает над поверхностью окружающего эпителия;
- г) разнообразное сочетание симптомов эритемы, гиперкератоза, атрофии и инфильтрации.

9. Лечение бородавчатого предрака красной каймы губ:

- а) медикаментозное;
- б) тактика наблюдения;
- в) хирургическое с последующим гистологическим исследованием;
- г) обработка очагов поражения обезболивающими и антисептическими средствами, мазями с кортикостероидами.

10. Факторы, способствующие развитию предраковых изменений на слизистой полости рта, принято называть _____.

Ответы: 1 — в, г; 2 — е; 3 — а, б, в, г; 4 — а, б, в; 5 — а, б, в, г, д; 6 — а, б, в; 7 — а; 8 — а; 9 — в; 10 — канцерогенными.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аксамит, Л. А.* Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л. А. Аксамит, А. А. Цветкова. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2022. – 288 с.
2. *Аксель, Е. М.* Онкология: справочник практического врача / Е. М. Аксель ; под ред. И. В. Поддубной. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 767 с.
3. *Рутковская, А. С.* Алгоритм диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 103-1117 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 1 дек. 2017 г. / А. С. Рутковская, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова. – Минск : БГМУ, 2017. – 10 с.
4. *Боровский, Е. В.* Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский ; под ред. проф. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллеясона. – М. : МВДпресс, 2001. – 320 с.
5. *Голоусенко, И. Ю.* Дерматостоматология. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / И. Ю. Голоусенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 224 с.
6. *Здравоохранение* в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2014 г., 2015 г. – URL: http://med.by/content/stat/stat2015/2014_1.pdf (дата обращения: 20.05.2025).
7. *Измайлов, Т. Р.* Факторы риска и отдаленные результаты лечения при опухолях головного мозга 3–4-й степени злокачественности / Т. Р. Измайлов, Г. А. Панышин, П. В. Даценко // Вестник РНЦРР. – 2010. – № 10. – URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 20.05.2025).
8. *Казеко, Л. А.* Оральный мукозит: современные аспекты / Л. А. Казеко, М. И. Дегтярева // Здравоохранение. – 2019. – № 4. – С. 12–19.
9. *Карпук, Н. А.* Интраэпителиальные изменения слизистой оболочки рта при лейкоплакии / Н. А. Карпук, С. П. Рубникович, М. Н. Медведев. – DOI:10.34883/PI.2024.8.3.001.
10. *Карпук, Н. А.* Клинико-морфологический анализ лейкоплакии слизистой оболочки ротовой полости / Н. А. Карпук, С. П. Рубникович, М. Н. Медведев // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2022. – Т. 6, № 4. – С. 311–321.
11. *Ласкарис, Д.* Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта : руководство для врачей / Д. Ласкарис. – М. : Московское информационное агентство, 2006. – 304 с.
12. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. – М. : Медицинская литература, 2014. – 224 с.
13. Луцкая, И. К. Профилактика патологических состояний слизистой оболочки полости рта у пациентов с онкологическими заболеваниями на фоне химио- и лучевой терапии / И. К. Луцкая // Новое в стоматологии. – 2017. – № 1 (221). – С. 44–50.
14. *Луцкая, И. К.* Системное обследование слизистой оболочки полости рта (СОПР) — способ профилактики злокачественных новообразований / И. К. Луцкая, С. В. Латышева // Украинский стоматол. альманах. – 2017. – № 3. – С. 10–14.

15. *Машкиллейсон, А. Л.* Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта / А. Л. Машкиллейсон. – М., 1970. – 272 с.
16. *Минимальные* клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / пер. под ред. С. А. Тюляндина, Д. А. Носова, Н. И. Переводчикова. – М. : Изд. группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. – 436 с.
17. *Рутковская, А. С.* Плоский лишай слизистой оболочки полости рта: клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие / А. С. Рутковская, Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2020. – 40 с.
18. *Amarasinghe, H.* National Guideline for Management of Oral Potentially Malignant Disorders : A Guide for Dental and Medical Practitioners / H. Amarasinghe, M. A. M. Sitheeque, W. M. Tilakaratne. – Colombo : Department of Government Printing, 2019. – 45 p.
19. *Regezi, J. A.* Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations / J. A. Regezi, J. Sciubba, R. C. K. Jordan. – L. Elsevier, 2016. – 545 p.
20. *Laskaris, G.* Pocket Atlas of Oral Diseases / G. Laskaris. – London, 2006. – P. 370.
21. *Rui Albuquerque.* Oral Potentially Malignant Disorders: Healthcare Professional Training. – London, 2022. – URL: https://www.researchgate.net/publication/361763020_Oral_Potentially_Malignant_Disorders_Healthcare_Professional_Training (date of access: 17.05.2025).
22. *Sarode, G. S.* A new classification for potentially malignant disorders of the oral cavity» / G. S. Sarode, S. Karmarkar, J. V. Tupkari // Oral oncology. – 2011. – № 9. – P. 920–921. – DOI: 10.1016/j.oraloncology.2011.06.005.
23. *Schmidt, E.* Diseases of the Oral Mucosa: Study Guide and Review / E. Schmidt. – Springer, 2022. – 550 p.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10

Класс II Новообразования

D00–D09 Новообразования in situ

D00 Карцинома in situ полости рта, пищевода и желудка

D00.0 Губы, полости рта и глотки

D00.00 Слизистой оболочки и красной каймы губы

D00.01 Слизистой оболочки щеки

D00.02 Десны и альвеолярного гребня при адентии

D00.03 Неба

D00.04 Дна полости рта

D00.05 Нижней поверхности языка

D00.06 Других участков языка, кроме нижней его поверхности

D00.07 Ротоглотки

D00.08 Другая уточненная карцинома in situ ротовой полости, пищевода и желудка

D00.09 Неуточненная карцинома in situ ротовой полости, пищевода и желудка

D01 Карцинома in situ других и неуточненных органов пищеварения

D02 Карцинома in situ среднего уха и органов дыхания

D03 Меланома in situ

D03.0 Меланома in situ губы

D04 Карцинома in situ кожи

D04.0 Кожи губы

D04.1 Кожи века, включая спайку век

D04.2 Кожи уха и наружного слухового прохода

D04.3 Кожи других и неуточненных частей лица

D04.4 Кожи волосистой части головы и шеи

D04.5 Кожи туловища

D04.6 Кожи верхней конечности, включая область плечевого пояса

D04.7 Кожи нижней конечности, включая тазобедренную область

D04.8 Кожи других локализаций

D04.9 Кожи неуточненной локализации

D05 Карцинома in situ молочной железы

D06 Карцинома in situ шейки матки

D07 Карцинома in situ других и неуточненных половых органов

D09 Карцинома in situ других и неуточненных локализаций

D10–D036 Доброкачественные новообразования

D10 Доброкачественное новообразование рта и глотки

D10.0 Губы

D10.00 Красной каймы верхней губы

D10.01 Слизистой оболочки верхней губы

D10.02 Красной каймы со слизистой оболочкой верхней губы

D10.03 Красной каймы нижней губы

D10.04 Слизистой оболочки нижней губы

D10.05 Красной каймы со слизистой оболочкой нижней губы

D10.06 Красной каймы обеих губ

D10.1 Языка

D10.2 Дна полости рта

D10.3 Других и неуточненных частей рта

D10.4 Миндалины

D10.5 Других частей ротоглотки

D11 Доброкачественное новообразование больших слюнных желез

D23 Другие доброкачественные новообразования кожи

D037–D048 Новообразования неопределенного или неизвестного характера

D37 Новообразования неопределенного или неизвестного характера полости рта и органов пищеварения

D38 Новообразования неопределенного или неизвестного характера среднего уха, органов дыхания и грудной клетки

Класс XI Болезни органов пищеварения

K00–K14 Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей

K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта

K13.0 Болезни губ

Исключены:

арибофлавиноз (E53.0)

трещина спайки губ (заеда) вследствие:

кандидоза (B37.8)

недостаточности рибофлавина (E53.0)

хейлит, связанный с излучением (L55–L59)

K13.00 Ангулярный хейлит

K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный

K13.02 Хейлит эксфолиативный

K13.03 Хейлит БДУ (без дополнительных уточнений)

K13.04 Хейлодиния

K13.08 Другие уточненные болезни губ

K13.09 Болезни губ неуточненные

K13.1 Прикусывание щеки и губ

К13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык

К13.20 Лейкоплакия идиопатическая

К13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака

К13.22 Эритроплакия

К13.23 Лейкедема

К13.24 Небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба] [никотиновый стоматит]

К13.28 Другие изменения эпителия

К13.29 Неуточненные изменения эпителия

К13.3 Волосатая лейкоплакия

К13.4 Гранулема и гранулемоподобные поражения слизистой оболочки полости рта

К13.5 Подслизистый фиброз полости рта

К13.6 Гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения

К13.7 Другие и неуточненные поражения слизистой оболочки полости рта

Класс XII Болезни кожи и подкожной клетчатки

L40–L45 Папулосквамозные нарушения

L43 Лишай красный плоский

Исключен: лишай плоский волосистой (L66.1)

L43.0 Лишай гипертрофический красный плоский

L43.1 Лишай красный плоский буллезный

L43.2 Лишаевидная реакция на лекарственное средство

При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

L43.3 Лишай красный плоский подострый (активный)

L43.8 Другой красный плоский лишай

L43.80 Проявления красного плоского лишая папулезные в полости рта

L43.81 Проявления красного плоского лишая ретикулярные в полости рта

L43.82 Проявления красного плоского лишая атрофические в полости рта

L43.83 Проявления красного плоского лишая (типичные бляшки) в полости рта

L43.88 Проявления красного плоского лишая уточненные в полости рта

L43.89 Проявления красного плоского лишая неуточненные в полости рта

L80–L99 Другие болезни кожи и подкожной клетчатки

L93 Красная волчанка

Исключены:

волчанка:

язвенная (A18.4)

обыкновенная (A18.4)

склеродермия (M34.-)

системная красная волчанка (M32.-)

L93.0 Дискоидная красная волчанка

L93.0X Проявления в полости рта

L93.1 Подострая кожная красная волчанка

L93.2 Другая ограниченная красная волчанка

Волчанка красная глубокая

Волчаночный панникулит.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Морфологические аспекты	6
Классификация	6
Современная классификация потенциально злокачественных заболеваний	7
Онконастороженность	7
Болезнь Боуэна	8
Эритроплазия (эритроплакия) Кейра	10
Бородавчатый предрак красной каймы губ.....	12
Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти	13
Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ	15
Самоконтроль усвоения темы.....	17
Список использованной литературы.....	19
Приложение	21

Учебное издание

Казеко Людмила Анатольевна
Дегтярёва Марина Игоревна

ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 18.03.26. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,09. Тираж 34 экз. Заказ 151.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

