

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Н. А. Лукашевич, Л. И. Тесевич

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.31.617.25-006(075.8)

ББК 56.6я73

Л84

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.10.2022 г., протокол № 8

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования Д. А. Гричанюк; каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета

Лукашевич, Н. А.

Л84 Предраковые заболевания челюстно-лицевой области : учебно-методическое пособие / Н. А. Лукашевич, Л. И. Тесевич. – Минск : БГМУ, 2023. – 56 с.

ISBN 978-985-21-1219-2.

Содержит план изучения темы и блок современной информации о клинических проявлениях, диагностике и лечении предраковых заболеваний кожи лица и слизистой оболочки полости рта, принципах онконастороженности.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического, лечебного, военно-медицинского факультетов, клинических ординаторов.

УДК 616.31.617.25-006(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Лукашевич Наталья Александровна

Тесевич Леонид Иванович

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Ластовка

Редактор О. В. Лавникович

Подписано в печать 31.01.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,71. Тираж 80 экз. Заказ 70.

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

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1219-2

© Лукашевич Н. А., Тесевич Л. И., 2023

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 7 ч.

Своевременное выявление и диагностика предраковых процессов слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области является одним из важнейших условий профилактики злокачественных опухолей. Знание клинических признаков малигнизации предраковых процессов слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области и дальнейшей тактики ведения таких пациентов способствует формированию соответствующего клинического мышления у будущих врачей-стоматологов и соблюдению принципов онконастороженности.

Цель занятия: на основании изучения клинических проявлений, определения показаний к проведению морфологических и специальных методов обследования научиться диагностировать предраковые процессы слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица, проводить их дифференциальную диагностику, составлять план дальнейшего обследования и лечения пациентов с указанной патологией.

Задачи занятия:

1. Научиться собирать жалобы, анамнез развития заболевания и выявлять клинические симптомы, характерные для предраковых процессов слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

2. Научиться составлять план дополнительного и специального обследования и лечения пациентов с предраковыми процессами слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

3. Ознакомиться с основными методами специальной диагностики и современными возможностями хирургического и неинвазивного методов лечения предраковых процессов слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

4. Отработать мануальные навыки при проведении морфологического исследования предраковых процессов слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

5. Научиться применять принципы онконастороженности при обследовании пациентов с предраковыми процессами слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

– из морфологии человека: кровоснабжение головы и шеи; пути регионарного лимфооттока от органов головы и шеи; гистологическое строение слизистой оболочки полости рта и кожи;

– челюстно-лицевой хирургии: обследование пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Каким эпителием выстлана слизистая оболочка органов полости рта?
2. Из каких слоев клеток состоит эпителий слизистой оболочки полости рта?
3. Чем отличается по своему строению слизистая оболочка языка от слизистой оболочки полости рта?
4. Назовите пути лимфооттока от областей слизистой оболочки полости рта и языка.
5. Какие клинические методы используются для обследования состояния слизистой оболочки полости рта?
6. Какие дополнительные и специальные методы обследования используются для диагностики состояния слизистой оболочки полости рта?
7. Что относится к морфологическим методам диагностики патологических процессов?
8. Из каких слоев состоит кожа челюстно-лицевой области?
9. Назовите пути лимфооттока от областей кожных покровов челюстно-лицевой области.
10. Какие дополнительные и специальные методы обследования используются для диагностики состояния кожных покровов лица?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Дайте определение термина «предрак».
2. Назовите основные факторы и причины развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.
3. На какие группы разделяются предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области в зависимости от частоты озлокачествления?
4. Перечислите и охарактеризуйте облигатные предраки слизистой оболочки полости рта, губ.
5. Перечислите и охарактеризуйте факультативные предраки слизистой оболочки полости рта, губ.
6. Перечислите и охарактеризуйте облигатные предраки кожи челюстно-лицевой области.
7. Перечислите и охарактеризуйте факультативные предраки кожи челюстно-лицевой области.
8. Назовите признаки озлокачествления предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.
9. Укажите последовательность действий врача при заборе морфологического материала из полости рта на цитологическое и гистологическое исследование.

10. Укажите последовательность действий врача при заборе морфологического материала на коже лица на цитологическое и гистологическое исследование.

11. Перечислите основные принципы онконастороженности в работе врача-стоматолога при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

12. Как осуществляется диспансеризация пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области?

13. Назовите основные особенности хирургических методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области.

14. Назовите современные специальные методы диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области, укажите их принципиальную сущность.

15. Назовите современные специальные методы лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области с использованием лазерных технологий, укажите их принципиальную сущность.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И КОЖИ ЛИЦА

Многочисленный опыт изучения злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица показал, что у большинства пациентов они развиваются на патологически измененных тканях. Чаще всего это **длительно протекающие воспалительные процессы** различной этиологии, **дискератозы**, которые относятся к **предраку**, а также **фоновые заболевания** (заболевания, на почве которых возникает рак). Они могут влиять на клинические проявления рака, маскируя картину опухолевого заболевания.

Термин «предрак» появился в 1896 г. после Международного конгресса дерматологов в Лондоне, где в докладе М. В. Дюбрейля был поставлен вопрос о кератозах как предшественниках, предраках кожи. В 1933 г. S. C. Weeks предложил деление предраковых состояний на обязательные и факультативные. Основоположник отечественной школы онкологии Н. Н. Петров оценивал процессы, обозначаемые термином «предрак», как дистрофические изменения эпителия, которые в одних случаях при соответствующих условиях могут принять обратное развитие и закончиться выздоровлением, в других — переходят в рак, что, как правило, связано с продолжающимся дей-

ствием канцерогенного фактора. Существенный вклад в изучение аспектов диагностики и лечения предраковых заболеваний челюстно-лицевой области внес отечественный исследователь А. Л. Машкиллейсон.

Предрак — это динамическое состояние, которое переходит в рак в результате прогрессии — постоянного изменения свойств клеток в сторону злокачественности. Предрак переходит в рак в результате не столько количественных изменений (время, масса), сколько качественного изменения биологической сущности клеток, накопления ими свойств, присущих злокачественной клетке. Динамика предракового состояния может быть разной. В одном случае отмечается прогрессия и развитие рака, в другом — образование доброкачественной опухоли.

Все **факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица**, подразделяются на две большие группы: экзогенные (неблагоприятные воздействия внешней среды) и эндогенные (нарушение состояния всего организма).

Экзогенными факторами являются:

1. Механические раздражители, травмирующие слизистую оболочку полости рта и губ: аномалии прикуса, неправильное положение отдельных зубов, некачественно изготовленные протезы, пломбы, патологическое стирание зубов, вредные привычки (удерживание во рту карандаша, ручки, гвоздей) и др.

2. Бытовые химические раздражители: пряности, высококонцентрированные растворы этилового спирта, табак (курение, жевание), негашеная известь (бетель). Табак оказывает сильное раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта. Никотин в табаке составляет от 2 до 9 %. В организм при курении попадает примерно 20 % табачного дыма, в котором содержится ряд продуктов, крайне сильных по раздражающему действию: пиридиновые основания (переход никотина в пиридин — наиболее вредный фактор), синильная кислота, цианистые соединения, жирные кислоты, фенол и дегтярный осадок. В табачном дыму, помимо полициклических углеводородов, содержится 3,4-бензпирен и мышьяк. Одним из раздражающих моментов курения является термический фактор.

3. Биологические факторы — целый ряд микроорганизмов, факультативно или облигатно патогенных для человека: дрожжеподобные грибы, вызывающие усиление ороговения слизистой оболочки языка, бледная спирохета, палочка Коха (туберкулезные язвы на слизистой оболочке полости рта и др.).

4. Ионизирующее излучение. Этот фактор следует учитывать у пациентов, получавших лучевую терапию по поводу опухолей той или иной локализации, во время проведения которой в зону облучения попадает окружающая слизистая оболочка полости рта.

Эндогенными факторами являются:

1. Анатомо-физиологические предпосылки — склонность слизистой оболочки полости рта к повышенному ороговению, что объясняется ее происхождением из эктодермы. Тенденция к ороговению усиливается с возрастом в связи с дегидратационным фактором клеток.
2. Стрессовые состояния. Роль острой психической травмы в возникновении дискератозов прослеживается на примере красного плоского лишая.
3. Заболевания желудочно-кишечного тракта. При хронических гастритах, энтеритах, колитах развиваются пара- или гиперкератозы.
4. Лихорадочные состояния.
5. Ксеростомия слизистой оболочки полости рта различной этиологии.
6. Красная волчанка, псориаз, ихтиоз.

ПРЕДРАКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1350 от 21.12.2010 г., основанном на статистических данных канцер-регистра Республики Беларусь, в настоящее время выделяют обязательные и факультативные предраки. К **облигатным предракам** относят дисплазию, которая всегда возникает в результате дисрегенераторного процесса и сопровождается недостаточной и неполной дифференцировкой стволовых элементов ткани, нарушениями координации между процессами пролиферации и созревания клеток. Малигнизация наблюдается не менее чем в *95 % случаев*. К **факультативным предракам** относятся различные хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими и атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов, дисрегенераторных процессов и метаплазий, приводящих к возникновению очагов пролиферации клеток, среди которых может возникнуть очаг опухолевого роста. Малигнизация наблюдается в *0,1–5 % случаев*. После устранения канцерогенного воздействия может наблюдаться обратное развитие патологического процесса.

Предопухолевые изменения могут существовать долгое время без заметной динамики или демонстрировать рост без признаков прогрессирования, когда наблюдается количественное увеличение без усиления явлений анаплазии, обуславливающей в итоге озлокачествление. Прекращение действия канцерогена может предотвратить процесс озлокачествления, даже когда данному заболеванию по пути к раковому перерождению осталось претерпеть незначительную трансформацию. Чем интенсивнее пролиферация, выходящая за рамки функционально детерминированных гиперпластических

процессов, сопровождающихся патологическими изменениями клеточных структур, и чем больше выражены повреждения процессов деления, тем выше вероятность развития рака.

ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ

В настоящее время к облигатным предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта и губ с высокой степенью озлокачествления относятся следующие патологические процессы:

- дискератоз Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- бородавчатый предрак;
- абразивный преинвазивный хейлит Манганотти;
- кожный рог;
- ограниченный гиперкератоз;
- кератоакантома.

Дискератоз Боуэна

Дискератоз Боуэна впервые описал J. T. Bowen в 1912 г. Данное заболевание чаще локализуется в отделах ротоглотки (небные дужки, мягкое небо, корень языка). Возможно поражение ретромолярных областей и красной каймы губ. Элементы поражения проявляются в виде эритем, папул, эрозий. Вначале возникает пятнисто-узелковое поражение диаметром 1,0 см и более. Поверхность участка гиперемированная, гладкая или бархатистая, с мелкими сосочковыми разрастаниями. Возможны незначительное шелушение и зуд. Затем очаг слегка западает, на его поверхности появляются эрозии (рис. 1).



Рис. 1. Дискератоз Боуэна на нижней поверхности языка

Лечение во многом зависит от расположения патологического процесса и его величины. При небольших размерах очага его хирургически иссекают, или проводят абляцию с помощью углекислого лазера, или используют криодеструкцию. При больших размерах очага поражения проводят близкофокусную рентгенотерапию. Имеются сообщения о благоприятных результатах лечения дискератоза Боуэна ароматическими ретиноидами. В частности, тигазон рекомендуется назначать в течение 1–2 месяцев в дозе 1 мг/кг в сутки.

Эритроплазия Кейра

Заболевание описано L. Queirat в 1911 г. При эритроплазии Кейра на слизистой оболочке губ и щек появляются резко очерченные ярко-красные очаги с малозаметным уплотнением в основании. Участки поражения слегка возвышаются над слизистой. Их поверхность гиперемированная, гладкая или бархатистая (рис. 2). Постепенно на поверхности очага появляются изъязвления и в 100 % случаев происходит перерождение в рак с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.



Рис. 2. Эритроплазия Кейра слизистой оболочки щечной области

Лечение во многом зависит от размеров патологического процесса, выраженности инфильтрации и наличия изъязвления. При небольших размерах целесообразно хирургическое иссечение очага поражения, или проведение абляции с помощью углекислого лазера, или использование криодеструкции под местной анестезией. При инвазивной форме болезни Кейра назначают блеомицин или другие цитостатические препараты по схеме лечения плоскоклеточного рака в сочетании с близкофокусной рентгенотерапией.

Бородавчатый предрак губ

Заболевание чаще всего наблюдается у мужчин в возрасте 40–50 лет. Ведущая роль в развитии данного предракового процесса принадлежит воздействию солнечной радиации. Бородавчатый предрак слизистой оболочки полости рта или губы — экзофитное образование, после соскабливания чешуек с которого обнажается крупнобугристая поверхность со значительным или умеренным ороговением, могут наблюдаться петлевидные и атипичные сосуды (рис. 3).



Рис. 3. Бородавчатый предрак слизистой оболочки нижней губы

Заболевание отличается быстрым развитием, малигнизация может произойти в течение 1–2 месяцев после начала. Уловить начало озлокачествления клинически очень трудно, при этом принимают во внимание внезапное увеличение очага в размерах, усиление ороговения, появление уплотнения в основании и изъязвление.

Лечение проводится хирургически. Участок поражения удаляют в пределах здоровых тканей или проводят абляцию с помощью углекислого лазера с обязательным гистологическим исследованием. При обнаружении озлокачествления проводят комбинированную терапию по методикам лечения плоскоклеточного рака.

Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

Заболевание чаще наблюдается у мужчин старше 60 лет, характеризуется хроническим длительным течением и частым озлокачествлением. Способствующими факторами являются трофические изменения в области нижней губы, возникающие вследствие разрушения и выпадения зубов.

Имеют значение также фоновые заболевания, такие как метеорологический и актинический хейлиты, патология желудочно-кишечного тракта и др.

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти представляет собой очаги эрозий округлой или неправильной формы, размерами от 0,5 до 1,5 см, с «отполированным» дном розовато-красного цвета, незначительно кровоточащие, особенно после снятия корочек (рис. 4). Эпителий по краям эрозии гиперплазирован.



Рис. 4. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти

При назначении лечения принимают во внимание факторы, способствующие развитию заболевания, проводят тщательную санацию полости рта, качественное протезирование зубов, ликвидацию активных проявлений хейлитов. Положительный эффект отмечается от назначения внутрь и наружно витамина А, кортикостероидов, солкосерила и др. Наиболее рациональным и надежным является хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием. При признаках озлокачествления проводится терапия по схемам лечения плоскоклеточного рака.

Кожный рог красной каймы губ

Кожный рог красной каймы губ — ограниченный участок гиперплазии с сильно выраженным гиперкератозом в виде конусообразного напластования роговых чешуек и масс (рис. 5).

При локализации на слизистой оболочке губ заболевание относится к облигатным предракам.

Лечение заключается в удалении очага в пределах здоровых тканей методом иссечения, электрокоагуляции или лазерной абляции.



Рис. 5. Кожный рог красной каймы нижней губы

Ограниченный предраковый гиперкератоз слизистой оболочки полости рта или губы

Ограниченный предраковый гиперкератоз слизистой оболочки полости рта или губы — серо-белый очаг в виде мозоли с мелкими блестящими чешуйками. Рельеф поражения мелкобугристый, ороговение выраженное, вследствие чего сосудистая сеть не видна (рис. 6).

Лечение заключается в удалении очага в пределах здоровых тканей методом иссечения, электрокоагуляции или лазерной абляции.



Рис. 6. Ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы, покрытый корочками

Кератоакантома красной каймы губ

Кератоакантома красной каймы губ — плотный на ощупь узелок овальной или округлой формы, центр которого кратерообразно углублен и содержит роговые массы (рис. 7).



Рис. 7. Кератоакантома нижней губы

Лечение заключается в удалении очага в пределах здоровых тканей методом иссечения, электрокоагуляции или лазерной абляции.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

Различные формы лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и губ. Наиболее часто встречаются: плоская (простая), веррукозная, эрозивно-язвенная формы.

Плоская форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и губ — белая, с ровной поверхностью и умеренным ороговением бляшка, напоминающая белый налет, который не снимается даже при интенсивном поскабливании. Очаг поражения не возвышается над окружающей слизистой оболочкой, может иметь различную форму и протяженность, но четкие границы. Сосудистый рисунок проявляется в виде крапа и полос (рис. 8).



Рис. 8. Плоская лейкоплакия щечной области

Веррукозная форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и губ — неравномерно возвышающийся мелкобугристый очаг серебристо-белого цвета со значительным ороговением. Участки поражения могут быть различной формы и протяженности. Сосудистая сеть не просвечивает (рис. 9, 10).



Рис. 9. Веррукозная форма лейкоплакии слизистой оболочки языка



Рис. 10. Веррукозная форма лейкоплакии слизистой оболочки щеки

Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и губ — поверхность лейкокератоза с изъязвлением, вокруг которого отмечается воспалительная реакция различной степени выраженности. Рельеф очага поражения мелкобугристый, с различной степенью ороговения, сосудистая архитектоника разнообразна (рис. 11).

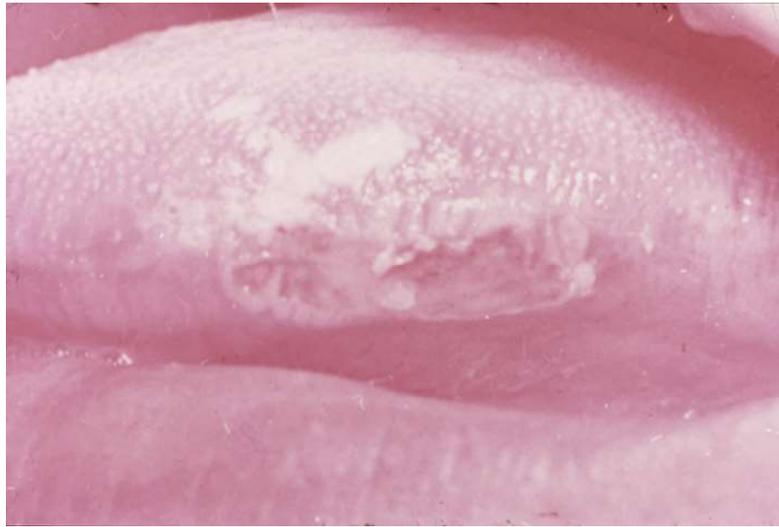


Рис. 11. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии слизистой оболочки языка

Лейкоплакия курильщиков Таппейнера локализуется в области твердого неба.

Различные формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ. Наиболее часто встречаются: плоская (типичная), веррукозная, эрозивно-язвенная формы.

Плоская форма красного плоского лишая — папулы беловато-серого цвета, полигональной формы, образующиеся на визуально неизменной слизистой оболочке. При слиянии они образуют бляшки и рисунок в виде кружева, кругов или сетки (рис. 12).



Рис. 12. Типичная форма красного плоского лишая слизистой оболочки щечной области

Веррукозная форма красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ — неравномерно возвышающийся мелкобугристый очаг серебристо-белого цвета со значительным ороговением и характерным расположением папул вокруг. Сосудистая сеть не просвечивает (рис. 13).



Рис. 13. Веррукозная форма красного плоского лишая языка

Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ — участки эрозии или изъязвления с различной степенью ороговения, появляющиеся на поверхности очага поражения красным плоским лишаем (рис. 14).



Рис. 14. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая языка

Может встречаться и *атрофическая форма красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ* (рис. 15).



Рис. 15. Атрофическая форма красного плоского лишая слизистой оболочки щечной области

Постлучевой стоматит и хейлит — атрофический рубец с ровным или мелкобугристым рельефом. На красной кайме губы имеется умеренное ороговение, которого нет на слизистой оболочке полости рта. Сосудистая архитектоника весьма разнообразна: она представлена в виде крапа и полос, петлевидных и атипичных сосудов (рис. 16).



Рис. 16. Постлучевой хейлит слизистой оболочки нижней губы

Хроническая трещина губы с гиперкератозом или без него — углубление с ровным рельефом и умеренным ороговением по дну и краям. Сосудистый рисунок проявляется в виде полос, идущих от дна по стенкам трещины (рис. 17).



Рис. 17. Хроническая трещина нижней губы без гиперкератоза

Хроническая декубитальная язва слизистой оболочки полости рта и губ — глубокий дефект слизистой оболочки, покрытый фибрином. Рельеф дна мелко- или крупнобугристый, без ороговения, с наличием петлевидных и атипичных сосудов (рис. 18).



Рис. 18. Декубитальная травматическая язва в области твердого неба

Эрозивно-язвенная форма системной красной волчанки — эрозия или язва с ровным и мелкобугристым рельефом, с возможным ороговением разной степени. Сосудистая сеть представлена в виде крапа, полос, петлевидных сосудов.

К факультативным предракам слизистой оболочки полости рта и губ также относятся: **протезные гранулемы** (рис. 19), **одиночные и множественные папилломы слизистой оболочки полости рта и губ** (рис. 20, 21), **пиогенные гранулемы слизистой оболочки полости рта и губ** (рис. 22, 23), **хронические воспалительные процессы (стоматиты, хейлиты) и другие хронические состояния слизистой оболочки полости рта и губ** (рис. 24).



Рис. 19. Протезная гранулема в области верхнего свода преддверия полости рта



Рис. 20. Одиночная папиллома слизистой оболочки в области твердого неба



Рис. 21. Папилломатоз слизистой оболочки в области твердого неба



Рис. 22. Пиогенная гранулема слизистой оболочки боковой поверхности языка



Рис. 23. Пиогенная гранулема слизистой оболочки красной каймы нижней губы



Рис. 24. Хронический кандидоз слизистой оболочки в области угла рта с формированием дефекта мягких тканей

В большинстве случаев лечение факультативных предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ заключается в удалении очага в пределах здоровых тканей методом иссечения, электрокоагуляции или лазерной абляции.

ПРЕДРАКИ КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Дискератоз Боуэна кожи лица и шеи

Дискератоз Боуэна кожи лица и шеи — бляшка красноватого цвета с неправильными очертаниями, поверхность которой покрыта чешуйками или корками (рис. 25). Лечение аналогично таковому при локализации дискерато-за Боуэна на слизистой оболочке полости рта и губ.



Рис. 25. Дискератоз Боуэна кожи околоушно-жевательной области

Пигментная ксеродерма

Заболевание впервые описано I. Karosi в 1870 г. под названием «melanosis lenticularis progressive». Пигментная ксеродерма — пятна красного цвета с атрофией, гиперкератозом, телеангиэктазиями, шелушением (рис. 26).



Рис. 26. Пигментная ксеродерма кожи лица

Пигментная ксеродерма является генодерматозом с аутосомно-рецессивным типом наследования. Заболевание встречается крайне редко, частота в популяции составляет 4 : 1 000 000. В основе патологии лежат врожденные дефекты ферментов эндонуклеаз, полимераз, приводящие к нарушению восстановления поврежденных ультрафиолетом участков ДНК. Данное обстоятельство обуславливает повышенную фоточувствительность пациентов к солнечным лучам.

В течении заболевания различают 3 стадии. 1-я стадия характеризуется появлением в раннем детском возрасте (1–3 года) в весенне-летний период воспалительных изменений кожи, локализующихся на открытых участках тела. Процесс сопровождается стойкой эритемой, наличием выраженного шелушения, а также гиперпигментацией по типу веснушек. При 2-й стадии помимо указанных изменений появляются участки атрофии кожи, напоминающие следы от ожогов, развивается множество телеангиэктазий. Во мно-

гих местах наблюдаются трещины, изъязвления и бородавчатые разрастания различной формы. Характерно истончение хрящей носа, ушных раковин, сужение ротового отверстия, эктропион век, помутнение роговицы, сопровождающееся светобоязнью и слезотечением. На 3-й стадии, развивающейся к периоду полового созревания, образуются множественные доброкачественные и злокачественные опухоли кожи.

Прогностически неблагоприятным является наличие на коже множественных бородавчатых образований, приводящих к раннему озлокачествлению и быстрому метастазированию во внутренние органы. Около $\frac{2}{3}$ пациентов погибают в возрасте до 15 лет.

Наиболее частой злокачественной опухолью является плоскоклеточный рак, реже базалиома, у 3 % пациентов развивается меланома. Описаны также случаи фибросарком и ангиосарком кожи, вызванных ультрафиолетовым облучением и являющихся облигатными предраками.

В настоящее время выделяют, по крайней мере, 8 клинических форм пигментной ксеродермы в зависимости от типа наследования и характера нарушения репарации ДНК. При некоторых из них (синдром Де Санктиса–Каккионе) наблюдаются другие врожденные аномалии: макроцефалия, идиотия, задержка физического развития и полового созревания, параличи и др. Некоторые формы (вариант Юнга) характеризуются более доброкачественным течением и большей продолжительностью жизни пациентов.

Лечение пигментной ксеродермы малоэффективно. Назначают курсы поливитаминотерапии с обязательным включением никотиновой кислоты, наружных фотозащитных средств. В последнее время появились сообщения о благоприятном эффекте при данном заболевании ароматических ретиноидов. Пациентам рекомендуют избегать пребывания в весенне-летнее время под прямыми солнечными лучами, при выходе на улицу пользоваться широкополыми шляпами, зонтами и др. При развитии злокачественных опухолей лечение проводится в онкологических учреждениях по схемам лечения плоскоклеточного рака, меланомы и др.

Профилактика заболевания не разработана. Генетические консультанты не рекомендуют браки между близкими кровными родственниками.

Болезнь Педжета

Заболевание впервые описано J. Paget в 1874 г. Болезнь Педжета — ограниченная эрозия с корками (мокнутие), напоминающая таковую при микробной экземе. Очаг часто имеет неровные очертания, мацерированную поверхность (рис. 27). Заболевание характеризуется медленным прогрессированием, субъективно беспокоит зуд. Наиболее часто патология встречается в пожилом и старческом возрасте, одинаково как у мужчин, так и у женщин.



Рис. 27. Болезнь Педжета кожи верхней губы

Лечение проводится по методикам лечения плоскоклеточного рака. Чаще всего применяют комбинированную терапию — широкое хирургическое иссечение с назначением цитостатических препаратов (блеомицин, проспидин), лучевой терапии. В начальных стадиях используют аппликации проспидиновой, фторурациловой или колхаминовой мази под компрессную повязку, а также лазерную абляцию или криодеструкцию.

Эритроплазия Кейра кожи лица и губ

Эритроплазия Кейра кожи лица и губ — ярко-красные пятна с бархатистой поверхностью, имеющие тенденцию к изъязвлению.

Лечение аналогично таковому при локализации на слизистой оболочке полости рта и губ.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКИ КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кератоакантома — солитарное узловое образование округлой формы с кратерообразным вдавлением в центре и кератозом. Возможно отторжение роговых масс. Бывает спонтанная регрессия (рис. 28).

Старческий кератоз (солнечный, актинический) — множественные пятна бледного, буроватого, желтоватого цвета с телеангиэктазиями, кератозом (рис. 29, 30).



Рис. 28. Кератоакантома в области крыла носа



Рис. 29. Старческий кератоз кожи височной области



Рис. 30. Множественные очаги себорейного и старческого кератозов кожи лица и головы

Себорейный кератоз — заболевание, чаще встречающееся в пожилом возрасте. Процесс развивается медленно и окончательно может сформироваться спустя многие годы и десятилетия. Вначале на коже появляются пятнистые элементы желтоватой или коричневой окраски, которые медленно увеличиваются в размерах, нередко достигая 4–6 см и более. Со временем очаги начинают возвышаться над кожей за счет наслаивания на поверхности жирных корок, которые относительно легко снимаются. Постепенно корки становятся более плотными, поверхность очагов поражения становится испещренной трещинами. Образования приобретают желто-коричневую, темно-коричневую или черную окраску (рис. 31). Для себорейного кератоза характерна локализация на закрытых участках кожи, богатых сальными железами, хотя не исключено расположение на лице и волосистой части головы.



Рис. 31. Себорейный кератоз (экзофитный рост) кожи скуловой области

Очаги при себорейном кератозе чаще множественные. Заболевание может длиться неопределенно долго, озлокачествление наблюдается редко. При злокачественной трансформации чаще развиваются базалиомы.

Кожный рог — экзофитное плотное образование телесного цвета с выраженным кератозом (рис. 32). Чаще всего кожный рог локализуется на открытых участках кожи, а также в местах постоянного трения и давления. Вначале патологический процесс возникает как ограниченный гиперкератоз, который начинает развиваться в длину, не меняя ширину основания. Постепенно формируется конусообразная роговая масса, длина которой во много раз превышает диаметр основания. Описаны случаи кожного рога гигантских размеров. Различают первичный кожный рог, развивающийся на неизмененных участках кожи, и вторичный, возникающий на фоне каких-либо дерматозов (туберкулез кожи, красная волчанка, сенильная кератома и др.).



Рис. 32. Кожный рог подглазничной области и нижнего века

К факультативным предракам кожи челюстно-лицевой области относятся также все доброкачественные опухоли эпидермиса и заболевания с трофическими расстройствами: **одиночные и множественные папилломы** (рис. 33, 34), старческая атрофия кожи, свищи, **хронические язвы и раны**, рубцы, **поздние лучевые язвы**, **трофические язвы**, **мышьяковистые кератозы**, поражения кожи при **туберкулезе**, **системной красной волчанке** (рис. 35), **сифилисе**, **хронические дерматиты и экземы** и др.



Рис. 33. Одиночная папиллома кожи височной области



Рис. 34. Одиночная кератопапиллома кожи подглазничной области



Рис. 35. Эрозивно-язвенная форма системной красной волчанки с поражением тканей нижней губы и кожи лица

В большинстве случаев лечение факультативных предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области заключается в удалении очага в пределах здоровых тканей методом иссечения, электрокоагуляции или лазерной абляции.

ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И КОЖИ ЛИЦА, ТАКТИКА В ИХ ОТНОШЕНИИ. ПРИНЦИПЫ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ

Основной задачей врача (в том числе врача-стоматолога любого профиля) в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Выявление, диагностика и лечение пациентов с предраками слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области осуществляется врачами-стоматологами различного профиля и челюстно-лицевыми хирургами. Объем диагностических и лечебных мероприятий при такой патологии определяется: *Инструкцией* по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения (приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1350 от 21.12.2010 г.); *Инструкцией* о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28.04.2022 г. № 572; *клиническим протоколом* «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с отдельными нозологическими формами предраковых заболеваний челюстно-лицевой области», утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь; *Инструкцией* о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 12.08.2016 г. № 96. В этих документах акцентируется внимание на том, что «при проведении морфологического (цитологического или гистологического) исследования опухолей и опухолеподобных образований в случае получения неинформативных данных или при малых размерах образования без признаков малигнизации проводится эксцизионная биопсия (удаление образования в пределах видимо здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием)».

Одним из основных методов хирургического лечения предраков слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области является иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей с последующим его морфологическим исследованием (эксцизионная биопсия) и установлением окончательного диагноза.

Проведение мероприятий по раннему выявлению предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи возлагается на медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы).

При диагностике **предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица** могут использоваться следующие методы обследования:

1. **Опрос**, включающий сбор:

- жалоб;
- анамнеза.

Медицинский работник амбулаторно-поликлинической организации проводит анкетирование пациентов с помощью анкеты-опросника (форма 1-к) по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи (приложение 1 к Инструкции о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи), в которой отмечает жалобы и симптомы, характерные для опухолевых заболеваний головы и шеи.

2. **Осмотр (визуальный и инструментальный, в том числе с применением оптики):**

- кожи лица и шеи;
- слизистой оболочки щек и губ;
- преддверия полости рта (исследуют функцию околоушных слюнных желез);
- полости рта (исследуют функцию подчелюстных слюнных желез, язык, зев).

Осмотр полости рта с использованием источника внешнего освещения начинается с наружного осмотра губ, слизистой оболочки рта, щек, дна полости рта, десен, языка, небных миндалин (необходимо использовать шпатель). Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Особое внимание необходимо обращать на наличие белых, красных пятен слизистой оболочки, трещин, изъязвлений, очагов ороговения.

3. **Пальпация:**

- очагов поражения на коже лица и шеи, слизистой оболочке щек, губ, десен, языка, преддверия полости рта, дна полости рта;
- периферических лимфатических узлов (всех групп!): шейных, надключичных, подмышечных.

4. **Стоматоскопия (оптическая и люминесцентная)**, широко используемая в стоматологии для оценки состояния слизистой оболочки полости рта. Этот метод проводят с помощью кольпоскопа, фотодиагностоскопа или операционного микроскопа. При исследовании обращают внимание на цвет, сосудистый рисунок слизистой оболочки. При выявлении патологических изменений (пятно, узелок, бугорок и т. д.) определяют их отношение к окружающим тканям. Для получения более четкого рисунка слизистой оболочки применяют тот или иной способ витальной окраски (проба 2–4%-ной уксусной кислотой, проба Шиллера (йодная реакция), окраска гематоксилином по А. Б. Дерезне и др.).

5. **Морфологические методы диагностики** (рис. 36):

- 1) цитологическое исследование;
- 2) гистологическое исследование.

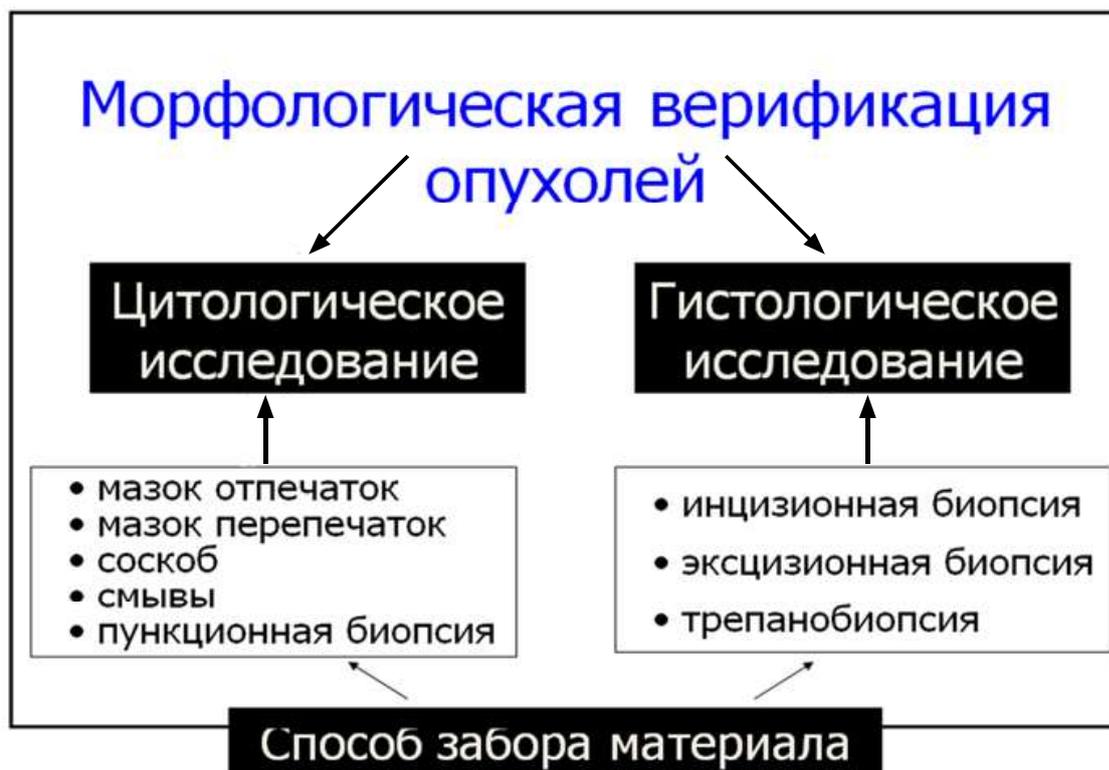


Рис. 36. Виды морфологического исследования в зависимости от способа забора биоматериала

Важно выбрать правильное место для забора материала из патологического очага (на границе здоровой ткани и возможной зоны активного опухолевого роста) — это повысит информативность исследования.

Результаты всех исследований должны быть отражены в первичной документации: медицинской карте амбулаторного больного и/или стоматологической амбулаторной карте, листке-вкладыше врача-стоматолога, где указывается локализация и характеристика элементов поражения предопухолевых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ (форма 1-м — приложение 2 к Инструкции о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи).

В соответствии с приложением 4 «Медицинское наблюдение и лечение предопухолевых заболеваний губы, слизистой оболочки полости рта и глотки» к Инструкции о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи при таких нозологических формах предраковых процессов, как: папилломы (D10);

эпулис (фиброзный, гемангиозный) (K06.8); оральный мукозит (язвенный) (K12.3): постлучевой стоматит, атмосферный хейлит; травматическая язва (K12.04); трещина губ (K13.00); прикусывание щек и губ (K13.1); лейкоплакия (K13.2): плоская форма (стадия пятна), веррукозная форма, эрозивно-язвенная форма, лейкедема, эритроплакия гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения (K13.6); красный плоский лишай (L43): эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы; системная красная волчанка (M32): эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы, должны быть проведены:

1. *Обязательные диагностические исследования:*

1) прицельная внутриротовая контактная радиография, ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография;

2) исследование эпителия слизистой оболочки рта на атипичные клетки: окрашивание слизистой оболочки 1%-ным водным раствором толуидинового синего с последующим забором материала для цитологического и/или гистологического исследования;

3) цитологическое исследование для верификации патологического процесса (только при лейкоплакии в стадии пятна) или инцизионная биопсия патологического очага (в остальных случаях) с гистологическим исследованием, включая иммуногистохимическое, для выявления изменений многослойного плоского эпителия;

4) микробиологическое исследование с определением чувствительности.

2. *Дополнительные методы:* ультразвуковое исследование шеи (регионарных лимфатических узлов), компьютерная томография костей лицевого черепа.

3. Консультации врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-невролога, врача-инфекциониста, врача-аллерголога-иммунолога (по показаниям).

Тактика при выявлении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ без признаков малигнизации:

1. Устранение возможной причины и уменьшение влияния провоцирующих факторов риска.

2. Активная санация полости рта (лечение предраковых заболеваний):

– консервативное лечение;

– хирургическое лечение;

– фотодинамическая терапия при больших размерах очага поражения (по медицинским показаниям);

– лазерная абляция (по медицинским показаниям).

3. Диспансерное наблюдение пациентов с предраковыми заболеваниями соответствующими специалистами с отметкой кратности наблюдения в карте учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д).

Консервативное лечение пациентов с лейкоплакией, красным плоским лишаем, системной красной волчанкой включает:

- профессиональную гигиену рта до показателей гигиенического индекса ОНI-S < 0,3–0,6;
- лечение кариозных полостей, шлифование острых краев зубов, исключение травмирования слизистой оболочки полости рта и языка;
- своевременное выявление и устранение гальваноза рта, обусловленного пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов;
- местную противовоспалительную терапию: использование масляных растворов витаминов А, Е 5 %, противовоспалительных (метилурациловая мазь 5–10 %); обезболивающих (гель, содержащий 7,5 % бензокаина), антисептиков (0,05%-ный раствор хлоргексидина, 0,02%-ный раствор нитрофура). Использование гормональных лекарственных средств при эрозивно-язвенных формах — мазей, содержащих кортикостероиды: триамцинолон, флуоцинолона ацетонид 0,25 мг/г;
- пероральный прием витамина В₂ (рибофлавин), можно в составе витаминных комплексов, в дозировке 1,6–2 мг на протяжении 2 недель с дальнейшей последовательной терапией лазерами в сочетании с применением в течение 10 минут раствора витамина В₂ в дистиллированной воде непосредственно перед лазеротерапией;
- физиотерапевтические методы лечения очагов поражения (лазеротерапия с использованием фиолетового и красного спектра света с рабочими длинами волн 650 ± 5 нм и 405 ± 5 нм по 3 минуты на каждый спектр на протяжении 10 дней).

Консервативное лечение при язвенных поражениях слизистой оболочки полости рта, языка, губы осуществляется в течение 14 дней. При его неэффективности выполняется удаление патологического очага (эксцизионная биопсия) с гистологическим исследованием операционного материала.

Хирургическое лечение. Целью хирургического лечения предопухолового заболевания является предотвращение трансформации воспалительного процесса в злокачественное новообразование.

Хирургическое лечение облигатных и факультативных предраков (в том числе при трещинах губ, очаговых поражениях слизистой оболочки полости рта, языка) заключается в удалении патологического участка в пределах здоровых тканей, независимо от степени дисплазии, с *обязательным гистологическим исследованием материала* (может проводиться в амбулаторных условиях при небольших размерах или в стационарных условиях при больших размерах, требующих пластического устранения первичного дефекта тканей). Показания к хирургическому лечению (или другому радикальному лечению) факультативных предраков необходимо расширять при отсутствии

эффекта от консервативной терапии в течение 10–14 дней (с соблюдением принципов онконастороженности).

При выявлении рака *in situ* пациент направляется к врачу-онкологу.

Диспансеризация пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица и доброкачественными опухолями. После излечения пациенты находятся под диспансерным наблюдением 1,5–2 года. Контрольные осмотры осуществляются 1 раз в 6 месяцев. Повторное гистологическое исследование в процессе медицинского наблюдения необходимо выполнять через каждые 6 месяцев до излечения предопухолевого заболевания. При полном выздоровлении и отсутствии рецидива в течение 18–24 месяцев пациенты с учета снимаются.

Несмотря на кажущуюся простоту клинической визуализации предикторных изменений кожи челюстно-лицевой области, слизистой оболочки полости рта и губ в связи с наружной локализацией, определение нозологической формы предрака, основанное только на результатах осмотра и пальпации, нередко ведет к диагностическим ошибкам, т. к. различная степень ороговения или изъязвления даже маркерных элементов поражения делает их трудно дифференцируемыми.

Особенно затруднительна ранняя диагностика озлокачествления (малигнизации) предрака, поскольку его клинические признаки появляются немного позднее реально возникшей злокачественной трансформации клеток.

Авторами изучен архивный и клинический материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска, на базе которого в период с 2011 по 2014 гг. проходили стационарное лечение 230 пациентов в возрасте от 17 до 88 лет с предварительными диагнозами предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, кожи челюстно-лицевой области (всего 237 случаев) эпителиального или эпидермального генеза (предраки железистого генеза не изучались) (Л. И. Тесевич, Л. А. Сосновская, 2016). У этих пациентов осуществлялось хирургическое лечение — удаление патологического процесса (эксцизионная биопсия).

При исследовании изучалась частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов встречавшихся видов предраковых заболеваний, в том числе с учетом предварительных и заключительных результатов морфологического исследования. В 83–91 % случаев пациенты до госпитализации предварительно консультированы и обследованы у врача-онколога (онкостоматолога). В 80–83 % случаях у пациентов на догоспитальном этапе верификация диагноза предрака осуществлялась с использованием морфологических методов исследования (цитологического или гистологического путем прове-

дения инцизионной биопсии). Средние сроки от установления врачом-онкологом (онкостоматологом) предварительного диагноза предрака до момента госпитализации составляли от 6 до 8 недель и более.

Полученные сводные результаты исследований представлены на рис. 37.

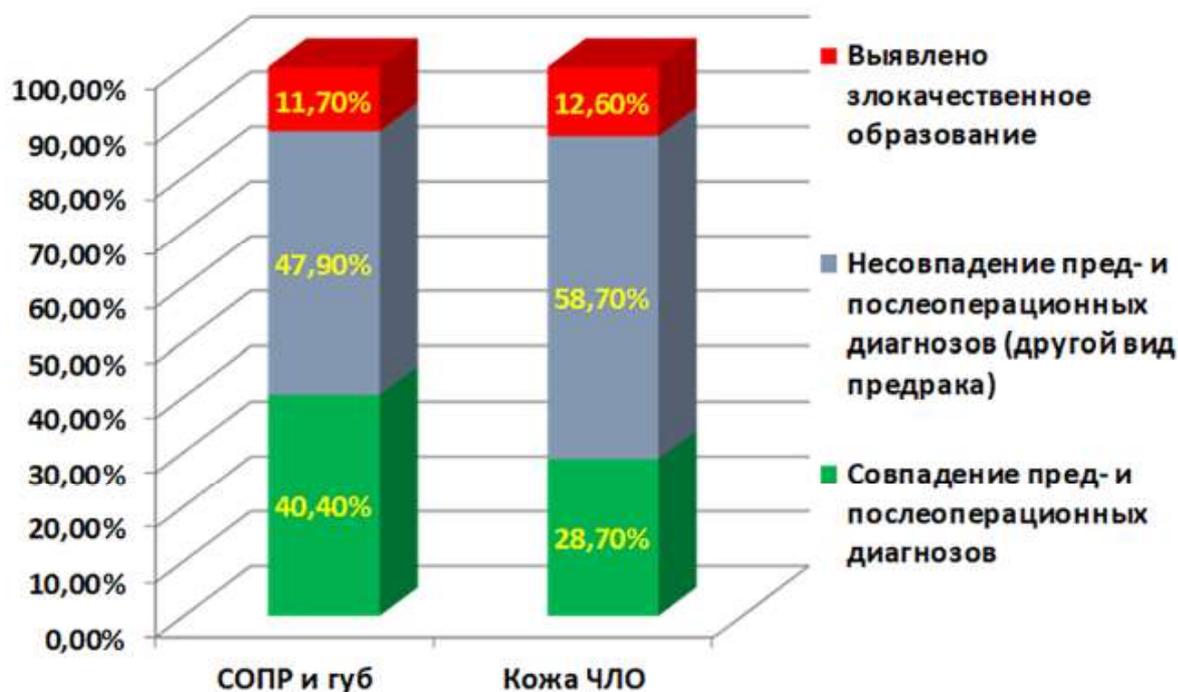


Рис. 37. Сравнительная характеристика частот совпадения и несовпадения пред- и послеоперационных диагнозов встречающихся видов предраковых образований слизистой оболочки полости рта и губ, кожи челюстно-лицевой области и шеи

В среднем только в 40,4 % случаев встречающихся видов предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, а также в 28,7 % случаев предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области эпителиального или эпидермального генеза у пациентов, проходивших стационарное хирургическое лечение, отмечается совпадение пред- и послеоперационных диагнозов с учетом морфологического заключения.

По мнению авторов, возможными основными факторами, влияющими на ошибки в диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области (особенно в случаях, связанных с диагностикой злокачественного процесса), могут быть:

1. Неправильная интерпретация врачом клинических проявлений и признаков малигнизации предраковых процессов.
2. Технические погрешности при проведении забора биопсийного материала для предварительного морфологического исследования (забор материала вне зоны возможного активного роста злокачественной опухоли).

3. Погрешность при микроскопическом исследовании биопсийного материала (в том числе как при инцизионной, так и при эксцизионной биопсии) — изготовление некачественных гистологических микропрепаратов и срезов; неправильная интерпретация врачом-морфологом атипичных морфологических признаков опухолевого роста.

4. Влияние травмирующего фактора при проведении предварительной предоперационной инцизионной биопсии на ускорение малигнизации предраковых заболеваний.

При появлении дополнительных клинических признаков малигнизации предракового процесса слизистой оболочки полости рта и губ, кожи челюстно-лицевой области, даже если результаты предварительного морфологического исследования не выявили злокачественного роста, целесообразно проводить повторное морфологическое исследование с применением доступных методик и использованием гистохимических онкологических маркеров, а также назначать консультацию врача-онколога (онкостоматолога) как можно в более ранние сроки на любой стадии предоперационного обследования для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. Дополнительными клиническими признаками малигнизации предракового заболевания слизистой оболочки полости рта и кожи челюстно-лицевой области могут быть:

- 1) резкое ускорение темпа роста предракового процесса;
- 2) увеличение размеров незаживающей раны (язвы) после проведенной инцизионной биопсии предрака;
- 3) появление инфильтрата в зоне предракового процесса;
- 4) появление регионарной лимфаденопатии в зоне предракового поражения.

Во всех аспектах своей работы врач должен соблюдать **принципы онкологической настороженности**, т. е. формировать определенный образ медицинского мышления, при котором необходимо, оценивая жалобы пациента, объективные данные, результаты клинических анализов и инструментальных исследований, задавать себе вопрос: не связаны ли выявляемые нарушения с наличием злокачественного новообразования у пациента? Для этого прежде всего врач должен знать и выявлять признаки возможной малигнизации предраковых заболеваний.

Признаки озлокачествления (малигнизации) предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица:

- затяжное или длительное течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- увеличение размеров патологического очага, несмотря на проведенное адекватное лечение;
- изъязвление патологического процесса (рис. 38);

- появление уплотнения (инфильтрата) вокруг или в основании патологического очага (рис. 39);
- кровоточивость;
- появление постоянных болей в зоне патологического процесса (особенно ночью);
- плотные, увеличенные, безболезненные регионарные лимфатические узлы (рис. 40);
- воспалительная реакция вокруг или в основании патологического очага (рис. 41).



Рис. 38. Аденокарцинома на фоне лейкоплакии слизистой оболочки языка



Рис. 39. Плоскоклеточный рак кожи лица височной области (на фоне дискератоза Боуэна)



Рис. 40. Группа лимфатических узлов верхнебокового отдела шеи. Первичный очаг — рак дна полости рта



Рис. 41. Базалиома кожи околоушно-жевательной области на фоне папилломы

При подозрении (наличии клинических данных, которые позволяют предположить онкологическое заболевание и/или не позволяют его исключить) на новообразование полости носа, небных миндалин, гортани, мягкого неба для выполнения биопсии и проведения дополнительной диагностики пациент направляется к врачу-оториноларингологу.

При подозрении (наличии клинических данных, которые позволяют предположить онкологическое заболевание и/или не позволяют его исключить) на новообразование языка, слизистой оболочки полости рта, губы для выполнения биопсии и дополнительной диагностики пациент направляется к стоматологу-хирургу, челюстно-лицевому хирургу.

В случае отсутствия оториноларинголога и стоматолога-хирурга на районном уровне пациент направляется к врачам-специалистам межрайонных центров и (или) областной клинической больницы (университетской клиники).

Стоматолог-хирург, челюстно-лицевой хирург, оториноларинголог в течение одного дня с даты установления предварительного диагноза злокачественного образования проводит взятие биологического материала для цитологического исследования и/или биопсийного (операционного) материала для морфологической верификации.

При *язвенной форме новообразования* проводят забор материала в виде соскоба для цитологического исследования и/или частичное иссечение образования (инцизионная биопсия) для патогистологического исследования. Перед проведением манипуляции язву необходимо промыть растворами антисептиков (3%-ным раствором перекиси водорода, 0,25%-ным раствором хлоргексидина), удалить некротические ткани. Соскоб получают со всей язвенной поверхности кюретажной ложкой, экскаватором. Материал тонким слоем наносят на предварительно обезжиренное 96%-ным этиловым спиртом и высушенное предметное стекло для микроскопии (желательно использовать несколько стекол).

Забор тканей при *инцизионной биопсии* проводят скальпелем или биопсийными щипцами. Размер биопсийного материала должен быть не менее 5–6 мм, на глубину не менее 2–3 мм. Полученный материал (кусочки опухоли) необходимо поместить в бутылочку или пробирку с крышкой, заполненную 10%-ным нейтральным раствором формалина.

При *инфильтративной форме новообразования* без нарушения целостности покровного эпителия над новообразованием проводят тонкоигольную аспирационную, толстоигольную или аспирационно-режущую биопсию. При выполнении тонкоигольной аспирационной биопсии (диаметром иглы 0,7–0,8 мм) получают материал для цитологического исследования. Его тонким слоем распределяют на подготовленном стекле (стеклах). С помощью толстоигольной (трепан-биопсии) или аспирационно-режущей биопсии получают материал для гистологического исследования. Кусочки опухоли помещают в бутылочку или пробирку с крышкой, заполненную 10%-ным нейтральным раствором формалина.

Забор материала для патогистологического исследования проводят без местной анестезии.

Высушенный обычным путем (на воздухе) материал, нанесенный на стекла, передается в закрепленную за учреждением цитологическую лабораторию. Пробирки доставляются в закрепленную патогистологическую лабораторию.

Медицинским работником амбулаторно-поликлинической организации на каждый биопсийный материал для цитологического исследования заполняется утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь форма № 200/у-07, для патогистологического исследования — форма № 014/у-07.

Медицинским работником амбулаторно-поликлинической организации, в которой проводился забор биологического материала, организуется своевременная доставка биологического материала в лаборатории и своевременная доставка морфологических заключений из лабораторий.

По результатам медицинского осмотра пациента оформляется выписка из медицинских документов по форме и в порядке, установленных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении инструкции о порядке их заполнения», с информацией о прохождении осмотра у врача-специалиста и указанием даты осмотра, которая заверяется подписью врача и его личной печатью.

Медицинским работником амбулаторно-поликлинической организации для уточнения диагноза и/или в случае невозможности установить диагноз, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, на уровне межрайонных центров и (или) областной клинической больницы (университетской клиники), а также при наличии медицинских показаний к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациент направляется в областной онкологический диспансер или Минский городской клинический онкологический центр (для жителей г. Минска), Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова (для жителей Минской области).

Диагноз онкологического заболевания устанавливается врачом-онкологом на основании результатов диагностических исследований, включающих в том числе проведение гистологической и цитологической верификации диагноза.

Диагностические мероприятия при подозрении на злокачественную опухоль или малигнизацию предрака слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица:

1. *Обязательные диагностические исследования:*

1) клинические мероприятия: сбор анамнеза и жалоб, внешний осмотр челюстно-лицевой области, пальпация окологлоточных тканей и регионарных лимфатических узлов, определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, визуальное исследование полости рта, пальпация тканей полости рта, языка, перкуссия зубов; изучение местных симптомов новообразования (*status lokalis*): локализации, количества, размеров (в сантиметрах), состояния покровного эпителия, консистенции (мягкая, мягкоэластическая, плотноэластическая, плотная), очертаний (гладкие, бугристые, нечеткие), форм роста (экзофитная, язвенная, инфильтративная), болезненности, смещаемости, спаянности с окружающими тканями (кожей, мышцей, костью);

2) инструментальные диагностические исследования (лучевые методы): рентгенография нижней челюсти в боковой проекции; ортопантомография; конусно-лучевая компьютерная томография;

3) флюорография или рентгенография органов грудной полости;

4) биопсия: соскоб, тонкоигольная аспирационная биопсия (материал для цитологического исследования), инцизионная биопсия, толстоигольная биопсия (трепан-биопсия) или аспирационно-режущая биопсия (для гистологического исследования);

5) лабораторные исследования: общий анализ крови;

6) консультация врача-онколога территориального онкологического диспансера при патоморфологическом подтверждении злокачественного новообразования.

2. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям):

1) ультразвуковое исследование мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, органов брюшной полости;

2) магнитно-резонансная томография головы или спиральная компьютерная томография головы;

3) биопсия регионарных лимфатических узлов (при подозрении на метастазирование);

4) лабораторные исследования: биохимическое исследование крови, общий анализ мочи;

5) консультация врачей-специалистов соответствующего профиля при наличии сопутствующих общесоматических заболеваний у пациента.

Срок рекомендуемых обследований для врачей амбулаторно-поликлинических организаций не должен превышать 5–10 дней.

При необходимости (если пациент не ходячий) обследование должно быть проведено в стационарных условиях и завершено в течение 15 дней.

Пациенты с подозрением на наличие базалиом, рака кожи при патоморфологическом подтверждении злокачественного новообразования должны быть направлены к врачу-онкологу территориального онкологического диспансера для уточнения диагноза и проведения необходимого лечения как можно в более ранние сроки.

Онкологическая настороженность подразумевает и определенную этапность диагностических мероприятий в тех случаях, когда у врача имеется обоснованное подозрение на опухолевое заболевание. Четкая направленность диагностических приемов значительно сокращает время обследования, позволяет в кратчайший срок либо отвергнуть возникшее подозрение, либо подтвердить его, либо продолжить обследование с привлечением консультантов-специалистов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕРИФИКАЦИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Визуализировать морфологические структуры кожи и получить более достоверную информацию об опухоли без нарушения ее целостности позволяют методы дерматоскопии, высокочастотного ультразвукового сканирования, оптической когерентной томографии и оптической когерентной микроскопии.

Оптическая когерентная томография биотканей — один из новых диагностических неинвазивных методов, позволяющий получить прижизненные изображения с разрешающей способностью, приближающейся к клеточному уровню (~10 мкм). Разрешающая способность оптической когерентной томографии составляет 10–15 мкм, что как минимум в 10 раз превышает разрешение других методов визуализации (ядерно-магнитного резонанса, высокочастотного ультразвукового исследования, рентгеновской компьютерной томографии) и предполагает изучение объекта для диагностики патологических процессов слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся пара- и гиперкератозом, на уровне гистологической архитектуры тканей.

Для проведения исследования в настоящее время используются современные системы конфокального лазерного сканирующего микроскопа для гистологического исследования кожи *in vivo* с помощью флуоресценции с использованием лазерного излучения разных длин волн. Данная методика сочетает технологию регистрации отраженного лазера с флуоресцентной конфокальной лазерной сканирующей микроскопией. Перед ее использованием на участок ткани, который необходимо исследовать, наносится флуоресцентный краситель (нетоксичный для организма). Лазерное излучение соответствующей длины волны возбуждает флуорофор, и появляющаяся флуоресценция позволяет получить контрастное изображение, помогающее отобразить гистологическую структуру тканей *in vivo* благодаря распределению красителя. Таким образом, живая ткань может быть визуально последовательно изучена с использованием всех доступных длин волн лазерного излучения.

Высокочастотное ультразвуковое сканирование. Ультразвуковое исследование проводится на аппаратах экспертного класса Acuson S2000 с использованием линейных датчиков 9L4 с частотой от 4 до 20 МГц транскутанно (из поднижнечелюстного доступа) и трансорально.

Ультразвуковая визуализация высокого разрешения — это новый метод неинвазивной диагностики кожи, при котором используется

ультразвуковой сканер для кожи с частотой сканирования до 100 МГц. В настоящее время его уже применяют дерматологи, онкологи, косметологи, аллергологи, ревматологи, хирурги и др. Такая ультразвуковая диагностика кожи может служить связующим звеном между наружными методами исследования и гистологией. Этот перспективный на сегодня метод позволяет без повреждения видеть морфологию кожи *in vivo*.

Дерматоскопия (эпилюминесцентная или цифровая) — это неинвазивный метод визуальной оптической диагностики кожи, который благодаря использованию высоких компьютерных технологий позволяет перейти от субъективной оценки состояния кожного покрова к объективной и документировать выявленные изменения кожи.

Суть метода состоит в том, что с помощью специального прибора — дерматоскопа — при 10-40-100-кратном увеличении исследуются поверхностные слои кожи. Это позволяет более основательно изучить симметричность новообразования, его границы, структуру и сравнить с имеющейся компьютерной базой данных, используя цифровые технологии.

Дерматоскопия информативна:

- при высыпаниях или новообразованиях кожи, содержащих меланин;
- поражениях кожи меланоцитарной и немеланоцитарной природы, которые нужно дифференцировать;
- высыпаниях или новообразованиях кожи сосудистой природы, содержащих гемоглобин и гемосидерин;
- высыпаниях или новообразованиях кожи, обусловленных нарушением кератогенеза, фиброзом.

При **цифровой дерматоскопии**, которая проводится с помощью специальной камеры, фотография патологического процесса кожи архивируется, подвергается цифровой обработке и сравнивается с имеющейся обширной базой изображений. Результат такого компьютерного анализа позволяет предположить наиболее вероятный тип патологического очага, провести его дифференциальную диагностику с невусами и меланомами.

Метод онкостоматологического скрининга с использованием тест-системы ViziLite Plus («Визилайт Плюс»). В настоящее время во многих странах мира применение данной тест-системы стало самой массовой профессиональной процедурой на амбулаторном приеме при проведении скрининга и мониторинга рака и предраков полости рта.

Система «Визилайт Плюс» состоит из двух самостоятельных диагностических тестов, последовательность применения которых расширяет возможности раннего скрининга в амбулаторных условиях:

1. Собственно диагностикума ViziLite («Визилайт»).
2. Запатентованного трехкомпонентного диагностикума маркирования патологических изменений в тканях полости рта TBlue630TM («Ти-Блю»),

аналогичного метахроматическому витальному красителю, известному в отечественной версии под названием «толуидин синий».

Эти два диагностических теста предназначены для распознавания, анализа и мониторинга скрытых бессимптомных патологических изменений в тканях слизистой оболочки полости рта у пациентов с повышенным риском развития онкозаболевания.

Первый диагностикум — тест «Визилайт» — представляет собой пластиковый одноразовый фонарик, который излучает хемилюминесцентный свет и используется обученными врачами-стоматологами и врачами-оториноларингологами в дополнение к традиционной процедуре осмотра полости рта. К фонарикам прилагается 1%-ный раствор уксусной кислоты во флаконе.

Данный метод классифицируется как люминоскопический. Его суть заключается в том, что клетки слизистой оболочки полости рта, в которых произошли явления полиморфизма, теряют способность поглощать весь спектр света, излучаемого хемилюминесцентным источником, и отражают часть светового потока, который воспринимается глазом человека в специальных очках как белые флюоресцентные пятна. Применение такого цитоплазматического дегидратирующего средства, как раствор уксусной кислоты, позволяет более наглядно увидеть различные патологические изменения слизистой оболочки полости рта, проявляющиеся благодаря модификации свойств преломления на пораженных участках. Это происходит в атипичном неогрубевшем плоском эпителии по причине повышения ядерно-цитоплазматического соотношения клеток.

Если врач выявляет участки слизистой оболочки полости рта, светящиеся ярко-белым цветом, необходимо прибегнуть к использованию второго диагностикума.

Второй диагностический тест — система маркирования «Ти-Блю» — включает в себя три одноразовых упаковки с тампонами (два из которых являются депоносителями 1%-ного раствора уксусной кислоты, а третий — раствора «Ти-Блю»). Вначале участки слизистой оболочки полости рта, которые выглядели ярко-белым флюоресцентным пятном, обрабатывают первым тампоном, содержащим 1%-ный раствор уксусной кислоты. Затем те же клинически подозрительные участки слизистой оболочки полости рта, которые были обработаны тампоном № 1, в течение 20 секунд обрабатывают тампоном № 2 набора «Ти-Блю». Площадь обработки, включая светящийся в лучах «Визилайт» участок, должна составлять не менее 2 см. В конце выполняют окончательную обработку в течение 20 секунд слизистой оболочки полости рта тампоном № 3, также содержащим 1%-ный раствор уксусной кислоты.

Участки, которые прокрасились синим цветом после применения тампона № 2 и не снизили интенсивность окрашивания после использования

тампона № 3, должны вызвать серьезные опасения и обязывают врача проявлять высочайшую настороженность, вплоть до проведения патогистологического исследования пораженных тканей слизистой оболочки полости рта. Прокрашенные синим участки слизистой оболочки полости рта после применения красителя TBlue630TM позволяют врачу наглядно их увидеть невооруженным глазом при обычном освещении. Использование фонарика «Визилайт» для осмотра синих пятен не требуется. Благодаря этому врач имеет возможность измерить размер измененного участка, установить его границы или произвести забор патологической ткани для последующего морфологического исследования.

Таким образом, вся система «Визилайт Плюс» применяется последовательно: сначала технология «Визилайт», а затем по показаниям технология «Ти-Блю».

Иммуногистохимические методы исследования. По современным представлениям, в основе злокачественной трансформации клеток лежит активация единичных или множественных клеточных онкогенов, или генов-супрессоров. Она наблюдается в 30 % раковых опухолей человека и во многих случаях может быть выявлена иммуногистохимически.

Морфологические особенности эпителия слизистой оболочки полости рта в процессе малигнизации связаны с изменением в наборе маркеров дифференцировки (прежде всего цитокератинового фенотипа эпителиального пласта), экспрессии раково-эмбрионального антигена, а также маркеров пролиферации Ki-67, p53, p63 и др.

Таким образом, методические возможности современной молекулярной онкологии расширились, что позволяет в настоящее время в отдельных случаях с помощью иммуногистохимического исследования не только установить гистологический диагноз опухоли, но и дать ее морфофункциональную характеристику с точки зрения агрессивности и прогноза в отношении предракового поражения и уже развившегося онкологического заболевания. Однако исследования в этом направлении требуют дальнейшего развития и совершенствования технологии.

Не менее перспективным в прогностическом плане представляется иммуногистохимическое выявление в образцах исследуемых тканей подоплатина — интегрального мембранного мукопротеина, экспрессируемого как неизменным, так и воспалительно-измененным и неопластическим эндотелием лимфатических капилляров. Проведенные исследования показывают, что использование иммуногистохимических маркеров перспективно в сочетании с другими методами диагностики и прогнозирования течения предраковых поражений слизистой оболочки полости рта.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задания для самостоятельной работы

Занятия проводятся на поликлинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ.

Для успешного освоения темы студентам необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем изучить учебный материал данного учебно-методического пособия. В течение занятий студенты должны ознакомиться с основными симптомами, характерными для предраковых заболеваний челюстно-лицевой области, освоить основные методы клинического обследования и диагностики. Анализируя клинические проявления у пациентов, студенты учатся распознавать предраковые заболевания челюстно-лицевой области, проводить их дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, оценивать вероятность их малигнизации и выявлять ее субъективные и объективные признаки, составлять план последующего обследования с использованием дополнительных и специальных методов, определять дальнейшую тактику лечения и диспансерного наблюдения.

Используя иллюстративный материал электронного наглядного пособия и электронного учебно-методического комплекса, студенты друг на друге осваивают мануальные навыки визуального и пальпаторного обследования пациентов с предраковыми заболеваниями челюстно-лицевой области. Под руководством преподавателя студенты на амбулаторном приеме осуществляют обследование, лечение и перевязки пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области (в том числе пациентов с возможными предраковыми или онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица, которые находятся на стадии предварительной диагностики или уже завершили стационарный курс лечения и продолжают лечебно-реабилитационные мероприятия в поликлинических условиях), заполняют медицинскую документацию данных пациентов, тем самым закрепляя результаты обучения. В завершении занятий студенты должны ответить на тестовые вопросы, которые позволят преподавателю оценить степень усвоения учебного материала.

Тесты

1. Перечислите специальные инструментальные и аппаратные методы обследования, применяемые для диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1) стоматоскопия, или хейлоскопия; | 4) компьютерная томография; |
| 2) цитологическое исследование; | 5) ультразвуковое исследование; |
| 3) гистологическое исследование; | 6) дерматоскопия. |

2. Каким методом может быть осуществлено прижизненное морфологическое исследование подозрительной на предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) цитологическим;
- 2) гистологическим;
- 3) рентгенологическим;
- 4) радиоизотопным?

3. Перечислите разновидности биопсий, используемых при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) пункционная;
- 2) инцизионная;
- 3) эксцизионная;
- 4) трепанационная.

4. Какой метод исследования дает представление о структуре ткани предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) цитологический;
- 2) гистологический?

5. Какие клинические признаки позволяют предположить озлокачествление процесса у пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) прогрессирующий и инфильтративный рост;
- 2) появление эпителизации;
- 3) отграничение очага от окружающих тканей;
- 4) исчезновение четкости границ;
- 5) изъязвление очага поражения?

6. Откуда правильно забирать материал для патогистологического исследования с целью диагностики злокачественного перерождения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) из центральной части патологического процесса;
- 2) на границе «здоровая ткань – патологический процесс»;
- 3) только из периферической зоны патологического процесса?

7. Какую информацию дает цитологическое исследование при подозрении на злокачественную опухоль:

- 1) определяет морфологическую структуру опухоли;
- 2) выявляет наличие атипичных клеток злокачественной опухоли;
- 3) определяет наличие или отсутствие воспаления в тканях?

8. Являются ли постоянные боли в зоне опухолевидного роста, особенно в ночное время, признаком малигнизации:

- 1) нет;
- 2) да?

9. Какие требования предъявляют к предметным стеклам, на которые наносят мазки для цитологического исследования:

- 1) стекла должны быть стерильные и сухие;
- 2) стекла должны быть обезжиренные и сухие?

10. Что входит в понятие эксцизионной биопсии:

- 1) биопсия, которая предполагает взятие участка опухоли для исследования;
- 2) биопсия, которая проводится на операционном столе, с исследованием участка опухоли;
- 3) биопсия, которая проводится после удаления всей опухоли;
- 4) биопсия, которая проводится после взятия участка опухолевой ткани с помощью трепана?

11. Укажите способы забора материала для цитологического исследования:

- 1) мазок-отпечаток;
- 2) мазок-перепечаток;
- 3) соскоб с поверхности язвы;
- 4) мазок из центрифугата промывных вод.

12. К какому признаку относится появление инфильтрата в основании дна язвы:

- 1) к признаку малигнизации;
- 2) к признаку обострения воспалительных явлений?

13. Каким аппаратом или инструментом и под каким увеличением осуществляют стоматоскопию пациентам с болезнями слизистой оболочки полости рта:

- 1) кольпоскопом КС-1;
- 2) операционным микроскопом с увеличением объекта в 4–6–10–16–25 раз;
- 3) лупой с увеличением в 5–10 раз;
- 4) операционным микроскопом с увеличением объекта в 50–100 раз?

14. Каким медикаментозным средством обрабатывается слизистая оболочка полости рта при проведении пробы Шиллера:

- 1) 1%-ным йодом;
- 2) 2%-ным раствором Люголя;
- 3) 1%-ным раствором бриллиантового зеленого?

15. Для дифференциальной диагностики каких заболеваний используется проба Шиллера:

- 1) специфических заболеваний слизистой оболочки полости рта и заболеваний воспалительного характера;
- 2) болезней слизистой оболочки воспалительного и дегенеративно-дистрофического характера;
- 3) специфических заболеваний полости рта и дегенеративно-дистрофических заболеваний?

16. Укажите облигатные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта:

- 1) эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- 2) папилломатоз;
- 3) дискератоз Боуэна;
- 4) лейкоплакия.

17. Укажите факультативные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта:

- 1) лейкоплакия;
- 2) папилломатоз;
- 3) эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки;
- 4) болезнь Боуэна;
- 5) эритроплазия Кейра.

18. Какие отделы слизистой оболочки полости рта чаще поражаются при болезни Боуэна:

- 1) задние отделы слизистой оболочки полости рта;
- 2) преддверие полости рта;
- 3) передние отделы слизистой оболочки дна полости рта;
- 4) слизистая оболочка щечной области?

19. К какой группе болезней слизистой оболочки полости рта относится папилломатоз:

- 1) к облигатным предракам;
- 2) злокачественным опухолям;
- 3) факультативным предракам;
- 4) опухолеподобным процессам?

20. Какой метод лечения показан при папилломатозе слизистой оболочки полости рта:

- 1) хирургический;
- 2) консервативный;
- 3) лучевой;
- 4) сочетанный?

21. Перечислите формы красного плоского лишая:

- 1) типичная;
- 2) экссудативно-гиперемическая;
- 3) эрозивно-язвенная;
- 4) буллезная;
- 5) гиперкератотическая;
- 6) поверхностная.

22. К какой группе болезней слизистой оболочки полости рта относится эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая:

- 1) к злокачественным опухолям;
- 2) облигатным предракам;
- 3) доброкачественным опухолям;
- 4) факультативным предракам?

23. Возможно ли озлокачествление при гиперкератотической форме красного плоского лишая:

- 1) да;
- 2) нет?

24. Перечислите заболевания, относящиеся к облигатным предраковым процессам красной каймы губ:

- 1) лейкоплакия (веррукозная форма);
- 2) постлучевой хейлит;
- 3) бородавчатый предрак;
- 4) ограниченный гиперкератоз;
- 5) хейлит Манганотти;
- 6) кожный рог.

25. Перечислите заболевания, входящие в группу факультативных предраковых процессов красной каймы губ:

- 1) лейкоплакия (веррукозная форма);
- 2) кератоакантома;
- 3) кожный рог;
- 4) папиллома;
- 5) эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки;
- 6) эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая;
- 7) постлучевой хейлит;
- 8) дискератоз Боуэна.

26. Укажите ткани челюстно-лицевой области, на которых чаще развивается бородавчатый предрак:

- 1) кожа;
- 2) слизистая оболочка полости рта;
- 3) красная кайма губ.

27. Укажите вероятные сроки озлокачествления при ограниченном гиперкератозе:

- 1) спустя 1–2 месяца;
- 2) спустя 6–12 месяцев;
- 3) спустя 2–3 года.

28. Перечислите клинические признаки озлокачествления хейлита Манганотти:

- 1) отсутствие тенденции к заживлению эрозий;
- 2) усиление инфильтрации подлежащих и окружающих тканей;
- 3) появление на поверхности эрозий сосочковых разрастаний;
- 4) появление эпителия на поверхности эрозий.

29. Какому предраковому заболеванию красной каймы губ соответствует данная клиническая картина: слегка западающий участок эрозии красной каймы губы неправильной формы, покрытый чешуйками ороговевающего эпителия, при удалении которых наблюдается кровотечение:

- 1) ограниченному гиперкератозу красной каймы губ;
- 2) кожному рогу;
- 3) хейлиту Манганотти;
- 4) эритроплазии Кейра?

30. Перечислите признаки озлокачествления кожного рога:

- 1) появление уплотнения в основании кожного рога;
- 2) появление изъязвления на вершине кожного рога;
- 3) самопроизвольный отлом кожного рога.

31. Какие методы хирургического лечения могут применяться для лечения предраковых заболеваний кожи, подтвержденных морфологически:

- 1) иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей;
- 2) электрокоагуляция;
- 3) криодеструкция;
- 4) лазерная коагуляция;
- 5) лазерная шлифовка?

32. К какой группе заболеваний относится кератоакантома:

- 1) к облигатным предракам;
- 2) факультативным предракам;
- 3) злокачественным опухолям?

33. Какие признаки кератоакантомы характеризуют озлокачествление:

- 1) уплотнение в основании очага;
- 2) кровотечение после удаления роговых масс;
- 3) эпителизация на поверхности очага?

34. Пациенты с какой сопутствующей патологией чаще входят в группу риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта:

- 1) с анацидным гастритом;
- 2) сахарным диабетом;
- 3) атеросклерозом;
- 4) остеохондрозом?

35. Входят ли пациенты старческого возраста, пользующиеся съемными зубными протезами, в группу риска развития предраковых процессов слизистой оболочки полости рта:

- 1) да;
- 2) нет?

36. Кто осуществляет диспансеризацию пациентов, входящих в группу повышенного риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта:

- 1) челюстно-лицевой хирург поликлиники;
- 2) терапевт-стоматолог;
- 3) заведующий лечебным отделением поликлиники;
- 4) врач-онколог?

37. Какую документацию заполняют на пациентов, поставленных на диспансерный учет по поводу установленных предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) форму № 131/у-Д (контрольная карта диспансерного наблюдения);
- 2) форму № 25 (карта амбулаторного больного);
- 3) форму № 248 (впервые выявленное злокачественное образование)?

38. Как часто оформляется этапный эпикриз в карте амбулаторного больного, находящегося на диспансерном учете по поводу предракового заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области:

- 1) 2 раза в год;
- 2) 1 раз в год;
- 3) 1 раз в месяц?

Ответы: 1) 1,4,5,6; 2) 1,2; 3) 1,2,3; 4) 2; 5) 1,4,5; 6) 2; 7) 2,3; 8) 2; 9) 2; 10) 3; 11) 1,2,3,4; 12) 1; 13) 1,2,3; 14) 2; 15) 2; 16) 3; 17) 1,2,3; 18) 1; 19) 3; 20) 1; 21) 1,2,3,4,5; 22) 4; 23) 1; 24) 3,4,5,6; 25) 1,2,4,5,6,7; 26) 3; 27) 2; 28) 1,2,3; 29) 3; 30) 1,2; 31) 1,2,3,4; 32) 2; 33) 1,2; 34) 1,2; 35) 1; 36) 1,2; 37) 1,2; 38) 2.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Медицина, 2000. 416 с.
2. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. Т. Г. Робустовой. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Медицина, 2003. 504 с.

Дополнительная

3. *Боровский, Е. В.* Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. Москва : Медицина, 1981. 288 с.
4. *Гилева, О. С.* Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / О. С. Гилева, Т. В. Либик // Проблемы стоматологии. 2013. № 2. С. 3–9.
5. *Гоукроджер, Д. Дж.* Дерматология : ил. рук. : пер. с англ. / Д. Дж. Гоукроджер, М. Р. Ардерн-Джонс. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 316 с.
6. *Доброкачественные опухоли и предрак* / П. А. Боговский [и др.]. Москва : Знание, 1977. 64 с.
7. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ* / под ред. проф. Е. В. Боровского, проф. А. Л. Машкилейсона. Москва : Медицина, 1984. 400 с.
8. *Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта и языка* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2007. 28 с.
9. *Инструкция по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения* : прил. к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 1350 от 21.12.2010 г. Минск : Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2010. 49 с.
10. *Инструкция о порядке проведения диспансеризации* : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 12.08.2016 г. № 96. Минск : Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2016. 301 с.
11. *Инструкция о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи* : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 28.04.2022 г. № 572. Минск : Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2022. 15 с.
12. *Кабанова, С. А.* Стоматология : учеб.-метод. пособие / С. А. Кабанова, А. К. Погочкий, А. А. Кабанова ; Витеб. гос. мед. ун-т. Витебск : ВГМУ, 2020. 294 с.
13. *Квашин, Ю. К.* Предопухолевые заболевания : метод. указания / Ю. К. Квашин. Москва : Воздушный транспорт, 1988. 53 с.
14. *Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия* / под ред. В. Н. Балина, Н. М. Александрова. Санкт-Петербург : Спец. Лит., 2005. 574 с.
15. *Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области»* : прил. к постановлению М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 80 от 04.08.2017 г. Минск : Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2017. 149 с.
16. *Клинический протокол «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований»* : прил. к постановлению М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 60 от 06.07.2018 г. Минск : Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2018. 539 с.
17. *Кожные и венерические болезни* : рук. для врачей : в 4 т. / под ред. Ю. К. Скрипкина. Москва : Медицина, 1996. Т. 3 : С. 184–197.

18. *Леонтьева, Е. С.* Иммуногистохимические маркеры в диагностике предраковых поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ / Е. С. Леонтьева, М. А. Егоров, Р. Г. Кузнецова // *Практическая медицина*. 2012. № 08 (64). С. 20–23.
19. *Лукиных, Л. М.* Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ : учеб. пособие / Л. М. Лукиных, М. Л. Жданова, Н. В. Тиунова ; Нижегород. гос. мед. акад. Нижний Новгород : НижГМА, 2015. 86 с.
20. *Людчик, Т. Б.* Особенности развития и современные аспекты лечения опухолевых процессов в ЧЛО : учеб.-метод. пособие / Т. Б. Людчик. Минск : БГМУ, 2015. 67 с.
21. *Кожные и венерические болезни* / А. Л. Машкиллейсон [и др.]. Москва : Медицина, 1986. 256 с.
22. *Машкиллейсон, А. Л.* Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта / А. Л. Машкиллейсон. Москва : Медицина, 1970. 271 с.
23. *Онкология* : учеб. для вузов / Л. З. Вельшер [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 512 с.
24. *Онкология* : учеб. пособие / под ред. И. В. Залуцкого. Минск : Выш. шк., 2007. 703 с.
25. *Пачес, А. И.* Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. Москва : Мед., 2000. 480 с.
26. *Петерсон, Б. Е.* Онкология / Б. Е. Петерсон. Москва : Медицина, 1980. 365 с.
27. *Походенько-Чудакова, И. О.* Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология. Практикум : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по спец. 1-79 01 07 «Стоматология» / И. О. Походенько-Чудакова, К. В. Вилькицкая, А. З. Бармуцкая ; Белорус. гос. мед. ун-т, каф. хирург. стоматологии. 4-е изд. Минск : БГМУ, 2020. 55 с. : ил.
28. *Петров С. В.* Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / С. В. Петров, Н. Т. Райхлин. Казань, 2004. 452 с.
29. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* : в 2 т. / под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. Москва : Медицина, 2000. Т. 2 : 520 с.
30. *Соловьев, М. М.* Онкологические аспекты в стоматологии / М. М. Соловьев. Москва : Медицина, 1983. 160 с.
31. *Тесевич, Л. И.* Частота совпадения пред- и послеоперационного диагнозов и тактические аспекты онконастороженности при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии) / Л. И. Тесевич, Л. А. Сосновская // *Стоматолог*. 2016. № 3 (22). С. 18–24.
32. *Тесевич, Л. И.* Тактические аспекты диагностики и онконастороженности при лечении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области с учетом динамики показателя частоты совпадения пред- и послеоперационного диагнозов (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии) / Л. И. Тесевич, Л. А. Сосновская // *Стоматология. Эстетика. Инновации*. 2018. № 2. С. 266–275.
33. *Клинические проявления предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области* [Электронный ресурс] / Л. И. Тесевич [и др.]. Режим доступа: <http://www.l1gkb.by>. Дата доступа 01.09.2021.
34. *Современные аспекты клинической диагностики предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области* [Электронный ресурс] / Л. И. Тесевич [и др.]. Режим доступа: <http://www.l1gkb.by>. Дата доступа 04.01.2022.

35. Тимофеев, А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев. Москва : Медицинское информационное агентство, 2007. 696 с.
36. *Предраки* челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / И. Ю. Федченко [и др.]. Минск : БелМАПО, 2021. 14 с.
37. Филюрин, М. Д. Комплексная диагностика предрака красной каймы губ и слизистой оболочки рта и ее значение для клинической практики : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / М. Д. Филюрин. Омск, 1994. 28 с.
38. Фомина, Ю. В. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта / Ю. В. Фомина, С. И. Гажва // Приложение к НМЖ. Стоматология. 2003. С. 122.
39. *Хирургическая* стоматология и челюстно-лицевая хирургия : нац. рук. / под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 928 с.
40. *Хирургическая* стоматология : нац. рук. / под ред. А. А. Кулакова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 403 с.
41. *Хирургическая* стоматология : учеб. / Перв. Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова ; под ред. С. В. Тарасенко. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 671 с.
42. Тимофеев, А. А. Челюстно-лицевая хирургия : учеб. / А. А. Тимофеев. Молодечно : Победа, 2020. 831 с.
43. *Челюстно-лицевая* хирургия : учеб. / под ред. А. Ю. Дробышева, О. О. Янушевича. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 880 с.
44. *Структура* и ранние клинические особенности злокачественных новообразований полости рта / Г. Н. Чистенко [и др.] // Современная стоматология. 2020. № 1. С. 38–42.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица.....	5
Предраки слизистой оболочки полости рта и губ.....	7
Облигатные предраки слизистой оболочки полости рта и губ с высокой степенью озлокачествления	8
Факультативные предраки слизистой оболочки полости рта и губ	13
Предраки кожи челюстно-лицевой области	21
Облигатные предраки кожи челюстно-лицевой области	21
Факультативные предраки кожи челюстно-лицевой области.....	24
Диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи лица, тактика в их отношении. Принципы онконастороженности.....	29
Современные методы верификации предраковых заболеваний и ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области	42
Самоконтроль усвоения темы.....	46
Задания для самостоятельной работы.....	46
Тесты.....	46
Список использованной литературы.....	53