

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. Казеко, М. И. Дегтярёва

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2026

УДК [616.311+616.317]: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 го-
сударственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Казеко, Л. А.

К14 Факультативные предраковые заболевания слизистой оболочки
полости рта и губ : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко,
М. И. Дегтярёва. – Минск : БГМУ, 2026. – 40 с.

ISBN 978-985-21-2199-6.

Отражены основы современных представлений о факультативных предраковых
заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.

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

УДК [616.311+616.317]:616-006(075.8)

ББК 56.6+55.6я73

Учебное издание

Казеко Людмила Анатольевна

Дегтярёва Марина Игоревна

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ 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. 2,32. Уч.-изд. л. 1,86. Тираж 34 экз. Заказ 157.

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.

ISBN 978-985-21-2199-6

© 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.

Злокачественные новообразования, возникающие в анатомической области головы и шеи, представляют значительную диагностическую и терапевтическую проблему. Распространенность опухолей головы и шеи в различных регионах сильно варьирует, что может быть связано с географическим положением, экологическим состоянием и этиологическим фактором. В среднем в развитых странах контингент пациентов со злокачественными новообразованиями достигает 1,4 % населения страны. При этом злокачественные опухоли верхней челюсти, полости носа и околоносовых пазух составляют 0,2–2 %, а ЛОР-органов — 10–20 %.

Опухоли головы и шеи представлены новообразованиями, исходящими из разных тканей и органов, окружающих ротовую полость: собственно ротовой полости, ротоглотки, гортани, гортаноглотки, придаточных пазух носа, носовой полости, слюнных желез. Из всех видов злокачественных новообразований области головы и шеи 90 % приходится на плоскоклеточный рак, который занимает шестое место в мире по распространенности и восьмое — по причине смерти.

В Республике Беларусь в 2014 г. было зарегистрировано более 500 новых случаев рака полости рта и глотки (за исключением рака губы) и 108 случаев рака гортани, которые явились основной причиной смерти 206 человек. Ежегодно прирост онкологических заболеваний области головы и шеи составляет более 7 %.

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

Задачи занятия:

1. Изучить этиологию и патогенез факультативных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

2. Изучить клинические проявления факультативных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

3. Изучить клинические методы обследования пациента при факультативных предраковых заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.

4. Изучить лабораторные методы обследования пациента при факультативных предраковых заболеваниях слизистой оболочки рта и губ.

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

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

Требования к исходному уровню знаний:

1. Анатомическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области.

2. Морфологическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области.

3. Этика и деонтология в общении с пациентом с заболеванием слизистой оболочки рта.

4. Элементы поражения на слизистой оболочке рта, их эволюция в процессе развития заболевания и заживления.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомические области полости рта.

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 клинико-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. Лейкоплакия плоская, эрозивная и веррукозная. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

3. Папиллома и папилломатоз неба. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

4. Кожный рог. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

5. Кератоакантома. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

6. Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

7. Постлучевые хейлит и стоматит. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

8. Принципы и методы лечения пациентов с факультативными 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 факультативных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта. Профилактика предраковых заболеваний слизистой оболочки рта. Онконастороженность.

ВВЕДЕНИЕ

Слизистая оболочка рта и подлежащие ткани представляют особую анатомически сложную структуру, что определяет специфику клинического течения и лечения новообразований. Злокачественные опухоли, возникающие в полости рта — это преимущественно различные виды плоскоклеточного рака.

Предраковое заболевание — это динамическое состояние, которое переходит в рак в результате прогрессирования (постоянное изменение свойств клеток в сторону злокачественности).

Если канцерогенное воздействие продолжается, то вероятность трансформации в злокачественную опухоль будет во многом зависеть от характера уже наступивших патологических изменений в тканях. С этой точки зрения предраковые изменения принято делить на две группы: облигатные и факультативные.

Факультативными предраками являются состояния с относительно низким риском малигнизации. 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.

Клинические признаки малигнизации (табл. 1):

- быстрый рост;
- отсутствие краевой эпителизации;
- распад тканей, кровоточивость, изъязвление;
- приподнятые валикообразные края язвы;
- инфильтрация тканей под основанием новообразования;
- изменение цвета (гипо- и гиперпигментация);

- местное повышение температуры;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- боль.

Таблица 1

Признаки новообразований

Критерии	Доброкачественные	Злокачественные
Границы поражения	Четкие	Нечеткие
Характер роста	Медленный	Быстрый, инфильтративный
Рецидивы	Нет	Возможны
Степень дифференцировки клеток	Высокая	Низкая
Чувствительность к лучевому воздействию	Низкая	Высокая

КЛАССИФИКАЦИЯ

Предраковые заболевания слизистой оболочки рта:

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

- болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- бородавчатый предрак;
- ограниченный предраковый гиперкератоз;
- абразивный преканцерозный 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.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С БОЛЬШОЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ

К факультативным предраковым заболеваниям слизистой оболочки рта и губ с большой потенциальной злокачественностью относят эрозивную и веррукозную формы лейкоплакии, папиллому и папилломатоз неба, кожный рог, кератоакантому.

Лейкоплакия (ЭРОЗИВНАЯ И ВЕРРУКОЗНАЯ ФОРМЫ)

Было предложено несколько определений понятию «лейкоплакия», и за последние 40 лет они постоянно совершенствовались. Самое широко распространенное определение предложено центром ВОЗ по борьбе с раком области рта в 2007 г. и повторно подтверждено в 2020 г. Лейкоплакия определяется как «преимущественно белый налет сомнительного риска, исключаящий (другие) известные заболевания или расстройства, которые не несут в себе повышенного риска развития рака». Другое определение лейкоплакии предложено в 2015 г. Ван дер Ваалом: «Преимущественно белое пятно или налет, который клинически или патологически не может быть охарактеризован как какое-либо другое заболевание; лейкоплакия рта несет повышенный риск развития рака либо в области лейкоплакии, либо вблизи нее, либо в других частях рта».

По определению, лейкоплакия является клиническим заболеванием, диагностируемым методом исключения и не имеющим специфической гистологической картины. Представляет собой хроническое воспаление слизистой оболочки рта, сопровождающееся нарушением ороговения (пара- и гиперкератоз).

Лейкоплакия обычно диагностируется у пациентов среднего и пожилого возраста (старше 40 лет), преимущественно встречается у мужчин и в шесть раз чаще у курильщиков, чем у некурящих пациентов.

Лейкоплакия может возникать в любой области рта, наиболее распространенными локализациями являются боковая поверхность языка и дно полости рта. Распространенность ее значительно варьирует в зависимости от географических особенностей и различных факторов риска, таких как жевание бетеля, например. Лейкоплакия является одним из наиболее распространенных поражений, входящих в группу потенциально злокачественных заболеваний рта. Чаще встречаются плоская (48 %) и веррукозная (39 %) формы, реже — эрозивная (10 %).

Основное клиническое значение лейкоплакии слизистой оболочки рта заключается в серьезном канцерогенном потенциале. Средний уровень злокачественной трансформации для всей популяции, описанный в 24 исследованиях, составляет 3,5 % с широким диапазоном от 0,13 до 34 %.

Одним из патогенетических звеньев злокачественной трансформации слизистой оболочки рта является **дисплазия** — нарушение пролиферации и дифференцировки эпителия с развитием клеточной атипии и повреждением гистоархитектоники, повышающими потенциал злокачественной трансформации. **Клеточная атипия** проявляется в разной величине и форме клеток, увеличении ядер и их гиперхромии, увеличении количества фигур митоза, атипичных митозах.

Этиология. Неизвестна. Факторы, способствующие возникновению лейкоплакии, можно представить группой неблагоприятных воздействий внешней среды и группой, обусловленной нарушениями всего организма в целом.

В настоящее время отсутствует единое мнение относительно того, что именно способствует возникновению и развитию лейкоплакии. Однако заболевание ассоциируется с различными факторами риска, аналогичными тем, которые наблюдаются при раке слизистой рта — курение, чрезмерное употребление алкоголя, жевание бетеля (особенно в странах Южной Азии), а при поражениях губ — воздействие ультрафиолетового излучения. Было установлено, что эти факторы могут играть этиологическую роль в развитии патологии более чем у 75 % пациентов. Лейкоплакия без определенной причины называется «идиопатической». Кроме того, факторами риска развития заболевания могут считаться иммуносупрессия (например, ВИЧ/СПИД,

период после трансплантации органов), онкология в анамнезе или у близких родственников и отдельные синдромы (например, врожденный дискератоз, анемия Фанкони и др.) Имеются исследования о связи лейкоплакии с вирусом папилломы человека, однако его непосредственно этиологическая роль спорная.

Клинические проявления. Клинические симптомы лейкоплакии зависят от формы заболевания, предрасполагающего фактора, локализации.

Веррукозную (бородавчатую) и эрозивную формы лейкоплакии относят к факультативным предракам с большей вероятностью озлокачествления. Признаками озлокачествления считают уплотнение основания очага поражения, нарушение целостности, возникновение трещин, эрозий, изменение окраски очага (в сторону коричневого цвета).

Веррукозная форма часто развивается на фоне имеющейся плоской лейкоплакии. При этом пораженный участок в виде бляшки чуть выступает над окружающей слизистой оболочкой, имеет неправильную форму, шероховатую поверхность, четкие границы, а поражение в виде бугристого образования или бородавчатых разрастаний выступает на 2–3 мм. Цвет более интенсивный — от молочно-белого до соломенно-желтого. Помутнение, потеря специфического перламутрового блеска слизистой свидетельствуют о прогрессировании кератоза (рис. 1). При пальпации определяется небольшое уплотнение, в складку слизистая оболочка не собирается. Субъективные ощущения отсутствуют или пациенты жалуются на жжение, дискомфорт, неловкость при разговоре из-за шероховатости слизистой оболочки. Бородавчатая форма обладает большей потенциальной злокачественностью. Появление уплотнения в основании очага и усиление процессов ороговения — ранние признаки озлокачествления.



а



б

Рис. 1. Лейкоплакия:

а — веррукозная форма; б — эрозивная форма

При *эрозивной форме* в очагах плоской или веррукозной лейкоплакии образуются эрозии разной формы и величины, возможно одновременное появление трещин. Эрозия, как правило, небольшая, размерами 2–3 мм, иногда может присутствовать кровоточивость. Субъективные ощущения — жжение, иногда болезненность при приеме пищи, дискомфорт.

Лейкоплакия курильщиков, или *лейкоплакия Таппейнера*, отличается сплошным ороговением твердого и прилегающих к нему участков мягкого неба, приобретающих серовато-белый цвет, видны красно-белые точки — зияющие устья выводных протоков слюнных желез. Заболевание быстро проходит после прекращения курения.

Гистологическая картина. При гистологическом исследовании выявляют мощное разрастание рогового слоя, утолщение зернистого слоя и признаки омоложения клеток шиповатого и базального слоев эпителия. В соединительном слое — расширение сосудов, диффузный, преимущественно лимфоидно-клеточный инфильтрат, часто проникающий в нижние отделы эпителия.

Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать: с плоским лишаем, при котором будет сетчатое ороговение (сетка Уикхема); с красной волчанкой, которой присущи наличие эритемы и атрофии, разный характер ороговения; с сифилитическими папулами, для которых характерны уплотнение в основании и воспалительный венчик по периферии, с папул можно соскоблить налет, обнажая эрозированную поверхность (в соскобе будут обнаружены бледные трепонемы).

Кроме того, необходимо дифференцировать лейкоплакию с болезнью Боуэна, при которой определяется пятнисто-узелковое, слегка западающее поражение. Очаг поражения ороговевает неравномерно. Резко ограниченная воспалительная реакция наблюдается вокруг серовато-белого налета. В некоторых случаях налет можно снять, тогда обнажается бархатистая красная поверхность. Очаг всегда единичный.

Очаги поражения беловатого цвета нужно дифференцировать с кандидозной инфекцией, при которой при поскабливании налет может частично сниматься. При микробиологическом исследовании соскоба со слизистой оболочки обнаруживают в большом количестве грибы рода *Candida* и нити мицелия. При гистологическом исследовании — внутриэпителиальный рост грибов рода *Candida*.

Лечение. При веррукозной и эрозивной формах показано хирургическое иссечение очагов в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием, возможно проведение лазерной терапии, криодеструкции. Один из методов лечения — фотодинамическая терапия с местной аппликацией 5-аминолевулиновой кислоты. Возможно развитие рецидивов после завершения курса лечения.

ПАПИЛЛОМА И ПАПИЛЛОМАТОЗ НЕБА

Папилломатоз может явиться следствием длительного воздействия травматического фактора, представляет собой воспалительную папиллярную гиперплазию.

Этиология. Возникает в ответ на травму с последующим хроническим воспалением, связанным, например, с ношением некорректных съемных протезов.

Клинические проявления. Папилломатоз локализуется преимущественно на слизистой оболочке твердого неба, реже — на альвеолярных отростках. Представляет собой плотные, возвышающиеся над слизистой оболочкой узелки полушаровидной формы, розового или красного цвета. Размер узелков варьирует, достигая 5 мм и увеличиваясь по направлению к мягкому небу; узелки склонны к слиянию. Данный процесс получил название «булыжная мостовая» (рис. 2). При наличии процессов ороговения папилломы имеют серовато-белый цвет и своим видом напоминают цветную капусту. Неороговевающая папиллома бледно-розового цвета, при пальпации мягкая, безболезненная. Ороговевающая имеет более плотную консистенцию и белесоватый цвет. Слизистая оболочка может быть слегка гиперемированной, воспаленной. Озлокачествление наступает в 7–10 % случаев и проявляется уплотнением основания, ограничением подвижности, усилением ороговения, появлением трещин, спонтанной кровоточивостью и увеличением в размере.

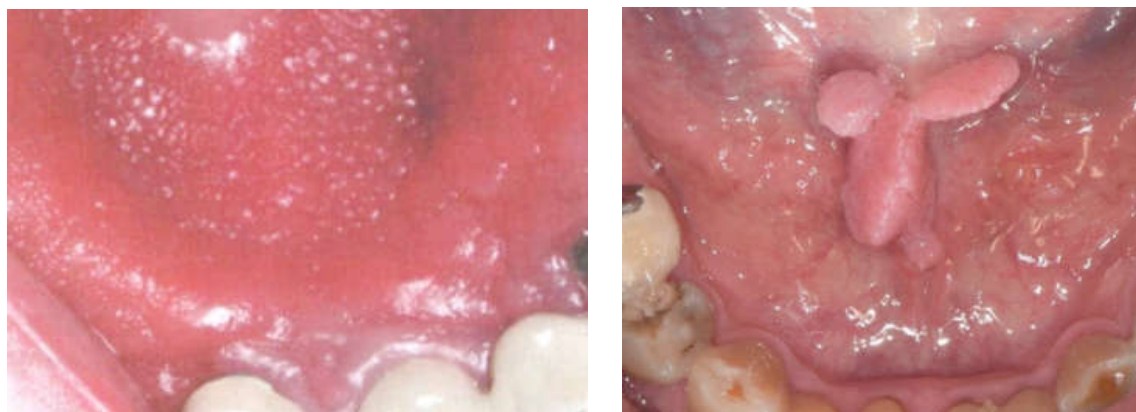


Рис. 2. Папилломатоз неба

Гистологическая картина. Отмечаются гиперплазия тканей слизистой оболочки и инфильтрация стромы лимфоцитами и плазматическими клетками.

Дифференциальная диагностика. Диагностика папилломатоза затруднительна, однако требует дифференцировки с лейкоплакией курильщика (лейкоплакия Таппейнера), при которой наблюдается сплошное ороговение твердого и части мягкого неба серовато-белого цвета, определяются яркие красные точки — зияющие устья выводных протоков малых слюнных желез. Следует дифференцировать и с бородавкой обыкновенной.

Лечение. Лечение папилломатоза неба заключается в устранении травмирующего фактора. При выявлении склонности к разрастанию — иссечение в пределах очага поражения, криотерапия.

Кожный рог

Кожный рог (фиброкератома Унна) — эпителиальная опухоль, представляет собой плотный роговой выступ различной толщины и длины, цилиндрической или конической формы желтовато-серого цвета, плотно спаянный с подлежащей кожей.

Кожный рог — выраженный гиперкератоз, является клиническим маркером различных патологических изменений в подлежащем эпителии. Кожный рог локализуется на коже лица, волосистой части головы, красной кайме губ, чаще встречается у лиц старше 60 лет.

Этиология. До конца неизвестна. К причинам относят различные заболевания в анамнезе: актинический кератоз, кератоакантому, медленно растущий плоскоклеточный рак, базалиому, болезнь Боуэна, хронические дерматозы и др. Риск малигнизации кожного рога составляет от 12 до 20 %.

Клинические проявления. Кожный рог представляет собой одиночный серый или коричневатый плотный конусовидный роговой монолит, участок, возвышающийся над поверхностью кожи на 1 см и более (рис. 3). Образовавшиеся роговые массы своей формой, плотностью и слоистым строением напоминают рог. Удаление роговых масс затруднено, под ними образуется язвенная поверхность. Заболевание длится годами, но в любой момент может озлокачествиться. Периодически отмечается отторжение роговых масс.



Рис. 3. Кожный рог

Гистологическая картина. Гистологически характерен выраженный гиперкератоз, папилломатозный рост эпителия в соединительнотканную основу слизистой оболочки, в подэпителиальной зоне диффузный инфильтрат из лимфоидных и плазматических клеток.

Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать с бородавчатым предраком — для него характерно наличие плотного периферического красноватого валика, который окружает центральный кратер, заполненный роговыми массами.

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

КЕРАТОАКАНТОМА

Кератоакантома (роговой моллюск, псевдокарциноматозная гиперплазия) — редкая эпидермальная доброкачественная опухоль, быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая. Риск малигнизации кератоакантомы составляет около 7–18 %.

Этиология. Неизвестна. Возникновению кератоакантомы способствуют иммунные нарушения, наследственный фактор, солнечная инсоляция, воздействие химических веществ, травмы, воспалительные дерматозы (экзема, себорейный дерматит).

Клинические проявления. Кератоакантома возникает как узел (диаметром до 20 мм) серовато-красного цвета, плотной консистенции, с гладкой, нешелушащейся поверхностью, в центре которого находится кратерообразное углубление, заполненное легко снимающимися роговыми массами (рис. 4). В большинстве случаев опухоль одиночная, реже — множественная. Кератоакантома локализуется чаще всего на нижней губе. Пальпация безболезненная. Возможное развитие — инволюция (обычно это длится 3 месяца) с исходом в рубец или озлокачествление, признаками которого служит появление инфильтрата в основании образования и кровоточивости после удаления роговых масс. Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования.



Рис. 4. Кератоакантома

Гистологическая картина. Гистологически характерен неравномерный акантоз, клеточный полиморфизм, иногда пара-, дискератоз, могут образоваться роговые «жемчужины». В соединительнотканной основе — воспалительные инфильтраты из плазматических и лимфатических клеток. Морфологически основой кератоакантомы является псевдокарциноматозная гиперплазия с выраженным гиперкератозом в центре («роговая чаша»).

Дифференциальная диагностика. Дифференцируют с кожным рогом, бородавчатым предраком, плоскоклеточным раком. Кожный рог, в отличие от кератоакантомы, имеет конусообразную форму в виде рога, очаг высотой до 1 см, грязно-серого или коричневатого-серого цвета, плотной консистенции. При бородавчатом предраке будет наблюдаться плотный периферический красноватый валик, который окружает центральный кратер, заполненный роговыми массами. При плоскоклеточном раке при пальпации образования определяют в основании плотный инфильтрат. В ходе гистологического исследования выявляют атипичные эпителиальные клетки.

Лечение. Выполняется хирургическое иссечение очага поражения либо его диатермокоагуляция, криотерапия, близкофокусная рентгенография. Лечение осуществляется совместно с врачом-онкологом.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С МЕНЬШЕЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ

К факультативным предраковым заболеваниям слизистой оболочки рта и губ с меньшей потенциальной злокачественностью относят плоскую форму лейкоплакии, хронические язвы, эрозивную и гиперкератотическую формы красной волчанки, эрозивную и гиперкератотическую формы плоского лишая, постлучевой хейлит, метеорологический хейлит, неопухолевую пигментацию, меланоз курильщика.

Лейкоплакия (плоская форма)

Определение, этиология, гистологическая картина представлены в разделе «Лейкоплакия (эрозивная и веррукозная формы)».

Клинические проявления. Клинические симптомы лейкоплакии зависят от формы заболевания, предрасполагающего фактора, локализации. Лейкоплакия начинается с небольшого воспаления ограниченного участка слизистой оболочки. Плоская форма лейкоплакии проявляется отграниченным сплошным помутнением слизистой оболочки, иногда напоминающим пленку, не снимающуюся при поскабливании (рис. 5). В зависимости от ин-

тенсивности ороговения цвет поражения может быть от бледно-серого до белого. Субъективные ощущения отсутствуют, иногда выражено чувство жжения. Локализуется лейкоплакия, как правило, на слизистой оболочке щек, в области углов рта, на нижней губе. Поверхность элемента поражения при плоской форме слегка шероховатая и сухая, может иметь складчатый или морщинистый вид.



Рис. 5. Лейкоплакия плоская

Дифференциальная диагностика. Следует проводить дифференциальную диагностику с плоским лишаем, сифилитическими папулами, кандидозной инфекцией.

Лечение. Необходимо назначить обследование для исключения сопутствующих заболеваний, способствующих развитию гиперкератоза на слизистой оболочке рта, исключить присоединение грибов рода *Candida*, которые рассматриваются как дополнительный раздражающий фактор, увеличивающий риск малигнизации.

Всем пациентам рекомендован отказ от курения, устранение всех местных раздражающих и травмирующих факторов, лечение кандидозной инфекции при выявлении в мазке грибов рода *Candida*, защита красной каймы губ от инсоляции, прием молочно-растительной, богатой витаминами пищи, прием витаминов группы А и В (1–2 месяца), аппликации витамина А.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

Хронические язвы развиваются медленно, постепенно, склонны к прогрессированию. Выделяют хронические язвы травматического характера, вызванные применением лекарственных средств, а также при плоском лишае, герпетической инфекции, красной волчанке, пемфигоиде, туберкулезе, грибковых и других заболеваниях.

Этиология. Хронические язвы нередко возникают на месте хронической механической травмы. Причиной такой травмы могут быть острые края зубов, отсутствие зубов, нарушение прикуса, несостоятельные ортопедические конструкции, ортодонтические аппараты, твердые зубные отложения, вредные привычки и др.

Хронические язвы, вызванные лекарственными средствами, чаще всего изолированные. Могут развиваться на фоне приема бета-адреноблокаторов, иммунодепрессантов, нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальных, антигипертензивных, противоревматических препаратов и др.

Клинические проявления. Под воздействием провоцирующих факторов происходит развитие глубоких, стойких, болезненных язв с приподнятыми краями. Количество и локализация зависят от этиологического фактора. Могут маскировать предраковые и онкологические заболевания (рис. 6).

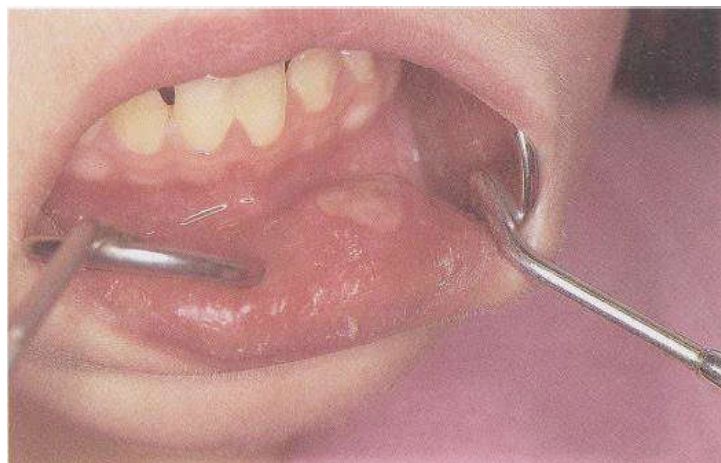


Рис. 6. Хроническая язва

Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать хронические язвы при приеме лекарственных средств с язвами при хронической механической травме, плоском лишае, красной волчанке, простом герпесе, пемфигоиде, лейкоплакии, грибковых инфекциях, туберкулезе и других инфекционных и системных заболеваниях.

Лечение. Основано на устранении этиологического фактора, проведении биопсии с целью верификации диагноза.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (ЭРОЗИВНАЯ И ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКАЯ ФОРМЫ)

Красная волчанка (дискоидная красная волчанка) — хроническое заболевание, развивающееся на основе генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящих к возникновению иммунокомплексного воспаления. Длится годами с возможным проявлением на красной кайме губ, слизистой оболочке рта и коже. Частота встречаемости варьирует от 16 до 50 %. Заболевание у большинства возникает и обостряется в весенне-летний период, а осенью и зимой наступает спонтанное улучшение.

Осложнения красной волчанки — рожистое воспаление и озлокачествление (встречается у 6 % пациентов), чаще наблюдаемые при локализации на нижней губе, что позволяет отнести эрозивно-язвенную форму к факультативным предракам. Женщины молодого и среднего возраста (20–40 лет) составляют 90 % заболевших.

Примерно у 5 % пациентов с хронической красной волчанкой развивается острая (системная) красная волчанка.

Этиология. Этиология красной волчанки до настоящего времени остается неясной, что определяет трудности диагностики и лечения. Предполагается роль различных эндо- и экзогенных факторов, таких как генетическая предрасположенность, гормональные и внешнесредовые причины, инфекции.

Относят красную волчанку к аутоиммунным заболеваниям, при которых обнаруживают антитела к компонентам ядер клеток (ДНК, РНК), к базальным мембранам кожи и слизистой оболочки. Провоцирующими факторами являются повышенная чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению, хронические инфекции.

Клинические проявления. Клинические проявления красной волчанки слизистой оболочки рта и губ разнообразны (рис. 7). Выделяют: типичную, экссудативно-гиперемическую и эрозивно-язвенную формы — при поражении слизистой оболочки рта; типичную форму, форму без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза, эрозивно-язвенную и глубокую форму Капоши-Ирганга — при поражении красной каймы губ.

Типичная форма красной волчанки красной каймы губ и слизистой оболочки рта характеризуется появлением эритемы, гиперкератоза и атрофии. Очаг поражения, как правило, один (но может быть несколько), резко ограничен, красного или красновато-фиолетового цвета, с незначительно возвышающимися краями и слегка запавшей центральной частью. При пальпации очаг плотный. В центральной его части наблюдают гладкую синевато-красную атрофическую поверхность, покрытую многочисленными белыми или синевато-белыми точками, расположенными в виде частокола. Иногда в очагах поражения отмечают резкий гиперкератоз.



Рис. 7. Хроническая очаговая красная волчанка

Экссудативно-гиперемическая форма при проявлении на слизистой оболочке рта характеризуется яркой гиперемией, резко выраженным отеком и незначительным гиперкератозом в виде точек и полос.

Эрозивно-язвенная форма схожа по своим клиническим проявлениям с экссудативно-гиперемической. При ней на фоне выраженного воспаления слизистой оболочки или красной каймы губ (отек, гиперемия) имеются очаги гиперкератоза, эрозии, язвы или трещины. Эрозии различной формы и величины, покрыты плотным фибринозным налетом, при удалении которого появляется кровотечение. Нередко вокруг эрозий на фоне эритемы видна радиально расходящаяся от центра очага белая полосовидная тонкая исчерченность. На красной кайме губ эрозии покрыты серозными или серозно-кровянистыми корками. По периферии эрозии гиперкератоз в виде чешуек. Субъективные ощущения: жжение, болезненность при приеме пищи. Процесс может захватывать всю красную кайму, не сопровождаясь выраженной инфильтрацией, или проявляется в виде ограниченных инфильтративных очагов. При диффузном распространении процесса красная кайма насыщенно красного цвета, умеренно инфильтрирована, покрыта плотными белыми чешуйками, при попытке удаления которых отмечается болезненность и кровоточивость. По периферии очага на слизистой оболочке губы можно видеть участки помутнения эпителия в виде неравномерно выраженных полосок белого цвета.

Форму поражения губ без клинически выраженной атрофии встречаются приблизительно у 11 % пациентов. Для нее характерны эритема и нерез-

ко выраженный гиперкератоз. Процесс чаще носит диффузный характер. Отмечают застойную гиперемию и шелушение губ.

Примерно у 40 % пациентов наблюдается эрозивно-язвенная форма с локализацией на красной кайме губ. Чаще всего поражается нижняя губа. Для данной формы характерно выраженное воспаление, на его фоне возникают эрозии, трещины, язвы, покрытые серозными и серозно-кровянистыми корками.

Глубокая форма красной волчанки Капоши–Ирганга возникает редко. Очаг поражения представляет собой ограниченное, выступающее над красной каймой губы узловое образование. На его поверхности определяют небольшую эритему и гиперкератоз.

Диагностика основана на анализе комплекса симптомов, что дает основание для постановки предварительного диагноза. Окончательный диагноз устанавливают ревматологи или врачи общей практики. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков с очагов красной волчанки в люминесцентном микроскопе видны безъядерные ороговевшие клетки эпителия желто-оранжевого или оранжево-красного цвета. Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования.

Гистологическая картина. Гистологически характерны гипер- и паракератоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия, густой инфильтрат в соединительной ткани, состоящий преимущественно из лимфоцитов, дегенерация коллагеновых волокон под эпителием и вокруг мелких кровеносных сосудов. Если густой воспалительный инфильтрат располагается непосредственно под эпителием, гистологическая картина приобретает сходство с таковой при плоском лишае. Однако в нижних отделах дермы при красной волчанке всегда обнаруживают периваскулярное расположение инфильтрата и дегенерацию коллагена.

Дифференциальная диагностика. Постановка диагноза при типичном течении не представляет сложностей. Однако красная волчанка с проявлениями на слизистой рта может иметь сходство с плоским лишаем, лейкоплакией, актиническим хейлитом, эксфолиативным хейлитом, абразивным преинвазивным хейлитом Манганотти.

При проведении дифференциальной диагностики с плоским лишаем следует различать характер гиперкератотических изменений: при плоском лишае — слившиеся в виде рисунка ороговевшие папулы, присутствующие при всех формах заболевания; при красной волчанке — расположенные по периферии очага мелкие очажки ороговения в виде близко расположенных друг к другу черточек, напоминающих частокол.

Типичную форму красной волчанки губ следует дифференцировать с актиническим хейлитом, для которого характерны более выраженные гиперемия и неравномерная инфильтрация, придающие губе пестрый вид,

шелушение, отсутствие атрофии и свечения в лучах лампы Вуда. Для клинических проявлений эксфолиативного хейлита характерны неяркая гиперемия, участки поражения покрыты тонкими чешуйками, напоминающими листочки слюды, плотно прикрепленные в центре к подлежащей ткани. Поражение, в отличие от красной волчанки, располагается вдоль губы в виде широкой ленты, оставляя интактной часть красной каймы, прилежащую к коже. Процесс никогда не переходит на кожу, его течение не зависит от времени года. Чешуйки при эксфолиативном хейлите не светятся в лучах лампы Вуда.

Для абразивного преканцерозного хейлита Манганотти, в отличие от красной волчанки, характерно отсутствие застойной гиперемии и рубцовой атрофии, им чаще страдают мужчины в возрасте 60 лет.

Лечение. Местная терапия очагов поражения заключается в применении мазей с кортикостероидами средней и высокой фармакологической активности, но дает нестойкий терапевтический эффект. При эрозивно-язвенной форме сначала рекомендуют глюкокортикоидные мази, содержащие антибиотики. При применении этих мазей уже через 2–4 дня можно добиться терапевтического эффекта, особенно при выраженном воспалении. Лечение заболевания проводит врач-ревматолог.

Плоский лишай (эрозивная и гиперкератотическая формы)

Плоский лишай — хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках и нередко имеющее характер лихеноидной реакции. Впервые поражение слизистой оболочки при плоском лишае описал Wilson в 1898 г.

Плоский лишай — распространенный рецидивирующий дерматоз с хроническим воспалительным компонентом в эпителии кожи и слизистых оболочек с неустановленной до сих пор этиологией и сложным патогенезом. Согласно данным литературы, в общей структуре дерматологической заболеваемости плоский лишай занимает от 1,5 до 11 %; наблюдается чаще у женщин в возрасте старше 50 лет (у 25 % может сочетаться с характерным вульвовагинитом), очень редко встречается у детей. Сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки рта встречается у 25–35 % пациентов, симптомы только в полости рта — у 15–35 % пациентов.

Этиология. Несмотря на то, что история заболевания насчитывает более 100 лет, единой, нашедшей всеобщее признание гипотезы этиологии и патогенеза плоского лишая не существует. В настоящее время плоский лишай принято рассматривать как мультифакторное заболевание, при котором эндогенные и экзогенные факторы, наряду с генетическими дефектами, могут играть определенную роль в формировании и характере течения патологического процесса.

В научных исследованиях значительная роль отводится аутоиммунным заболеваниям (гипогаммаглобулинемия, буллезный пемфигоид, витилиго, красная волчанка и др.). Считается, что токсические вещества, всасываясь в пищеварительном тракте, связываются с белками крови и превращаются в антигены, которые вызывают выработку антител и образование иммунных комплексов, провоцирующих развитие плоского лишая как аутоиммунного заболевания.

Клинические проявления. Выделяют 6 клинических форм плоского лишая слизистой оболочки рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную (рис. 8). Типичная форма встречается примерно у 45 % пациентов, экссудативно-гиперемическая — у 25 %, эрозивно-язвенная — у 23 %, буллезная — у 3 %, гиперкератотическая и атипичная — у 4 %.



Рис. 8. Плоский лишай

Типичная форма заболевания клинически проявляется мелкими (до 2 мм в диаметре), симметрично расположенными папулами серовато-

белого или беловато-перламутрового цвета, которые, сливаясь между собой, формируют рисунок кружев или папоротника на фоне неизменной при- и подлежащей слизистой (сетка Уикхема). Преимущественно элементы поражения локализуются на слизистой оболочке щек (по линии смыкания зубов), языка, губ, реже на десне, дне полости рта. На языке папулы чаще имеют вид бляшек диаметром 1 см и более, напоминающих лейкоплакию. На красной кайме губ, чаще нижней, папулы плоского лишая сливаются в виде звездчатой формы или сплошной шелушащейся полосы.

Переходу типичной формы в более тяжелые способствуют:

– травматические факторы во рту (острые края зубов, несостоятельные ортопедические конструкции и др.);

– гальванизм;

– присоединение вторичной инфекции в виде кандидоза;

– сахарный диабет;

– злоупотребление острой, раздражающей пищей.

Эрозивно-язвенная форма — самая сложная и трудно поддающаяся лечению. Она может возникать как осложнение типичной или экссудативно-гиперемической формы, когда участки резко выраженного воспаления эрозируются. Для эрозивно-язвенной формы характерна острая воспалительная реакция слизистой с деструкцией тканей и образованием в разных областях болезненных эрозий или мелких язв неправильного или округлого очертания. В основании и по периферии очагов поражения могут длительно сохраняться резко ограниченный инфильтрат причудливого очертания или характерные для типичной формы папулы. При локализации на красной кайме губ эрозии покрываются кровянистыми корочками. Нередко они сохраняются длительное время, иногда годами, не эпителизируясь. Иногда эрозии под влиянием лечения частично или полностью эпителизируются, но вновь рецидивируют на том же или другом участке слизистой оболочки. В редких случаях на месте длительно существующих эрозивно-язвенных поражений образуются участки атрофии слизистой оболочки.

Гиперкератотическая форма чаще локализуется в ретромолярной области, на дорсальной поверхности языка, иногда в области углов рта. Она характеризуется тем, что на фоне типичных поражений образуются сетчатые или сплошные очаги ороговения с резкими границами, выступающими над неизменной слизистой рта.

Разные формы плоского лишая могут трансформироваться одна в другую, очаги поражения могут сохраняться в течение многих лет. Возможны ремиссии, сменяющиеся обострениями; может происходить озлокачествление, что наблюдается примерно в 1 % случаев, чаще у лиц пожилого возраста, длительно страдавших эрозивно-язвенной и гиперкератотической формой

заболевания с локализацией поражения на слизистой оболочке щек, языке и красной кайме губ.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического исследования.

Гистологическая картина. Гистологически характерен неравномерный акантоз, гранулез, гипер- и паракератоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя, пилообразное удлинение межсосочковых отростков эпителия. Вплотную под эпителием определяется полосовидный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток. При эрозивно-язвенной форме область базальной мембраны разрушена, имеется дефект эпителия, возможно формирование псевдоэпителиальной гиперплазии.

Дифференциальная диагностика. В типичных случаях, особенно если присутствуют высыпания на коже, диагноз не представляет трудностей, однако при наличии высыпаний только на слизистой оболочке рта диагностика становится более затруднительной. При этом не следует забывать о возможности возникновения изолированной на слизистой оболочке рта лихеноидной реакции, внешне неотличимой от плоского лишая. Для лихеноидной реакции характерно быстрое исчезновение поражений после устранения причины.

Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, сифилитическими папулами, красной волчанкой, вульгарной пузырчаткой, аллергическим стоматитом (табл. 2).

Таблица 2

Дифференциальная диагностика плоского лишая

Критерий оценки	Плоский лишай	Лейкоплакия	Красная волчанка	Сифилитические папулы
Элементы поражения	Мелкие папулы	Пятно (единичное)	Эритема, чешуйки	Папулы (более крупные, чем при плоском лишае)
Цвет	Белый	Белый	Белый, красный	Белый
Границы/форма	Четкие, неровные / в виде сетки	Четкие/овальная	Четкие / по типу частокола	Четкие / круглые или овальные
Локализация	Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхность языка, реже десна, переходная складка	Передние отделы слизистой рта, углы рта, дно полости рта, язык, десна	Слизистая щек, ретромолярная область, губы	Разные отделы слизистой рта
Поражение кожи	Да	Нет	Да	Да

Критерий оценки	Плоский лишай	Лейкоплакия	Красная волчанка	Сифилитические папулы
Течение	Хроническое, с обострениями	Хроническое	Хроническое	Хроническое
Микробиологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Бледная трепонема
Иммунологическое исследование	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Положительное на возбудителя
Морфологическое исследование	В эпителии — гиперкератоз, в сосочковом слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна	Пара- и гиперкератоз в эпителии, базальная мембрана истончена	Пара- и гиперкератотические зоны в эпителии, дегенерация клеток базального слоя эпителия, дегенерация коллагеновых волокон	Под эпителием — воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоидных и плазматических клеток

Лечение. Несмотря на наличие в литературных источниках различных схем и лекарственных средств для лечения плоского лишая слизистой оболочки рта, в настоящее время нет общепринятого способа терапии, эффективно влияющего на частоту обострений, снижающего степень тяжести клинических проявлений и увеличивающего длительность периода ремиссии. В связи с этим на кафедре консервативной стоматологии БГМУ был разработан метод лечения и профилактики обострений всех клинических форм плоского лишая с использованием комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых стоматологом, дерматовенерологом, терапевтом и др.

Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий при всех формах плоского лишая (первичные и повторные посещения):

1. Стоматолог:

- 1) проводит мотивацию, обучение гигиене полости рта, профессиональную гигиену, устраняет факторы риска;
- 2) назначает лекарственные средства местного действия (по показаниям);
- 3) устраняет очаги одонтогенной инфекции (лечение кариеса и его осложнений, болезней тканей периодонта);
- 4) при наличии других поражений слизистой оболочки проводит их лечение (по показаниям);

5) после купирования воспаления и эпителизации эрозивно-язвенных элементов поражения оказывает все виды стоматологической помощи, проводит рациональное протезирование рта с учетом состояния слизистой и реакции на стоматологические материалы;

6) осуществляет динамическое наблюдение (диспансеризацию).

2. Дерматовенеролог (и/или другие врачи-специалисты):

1) проводит лечение сопутствующей соматической патологии;

2) корректирует прием лекарственных средств системного действия при общих заболеваниях;

3) нормализует параметры гомеостаза;

4) назначает лекарственные средства системного действия для лечения дерматоза;

5) осуществляет динамическое наблюдение (диспансеризацию).

Назначение лекарственных препаратов для лечения плоского лишая слизистой оболочки рта представлено в табл. 3.

Таблица 3

Алгоритм назначения лекарственных средств врачами-специалистами при плоском лишае

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
Типичная и гиперкератотическая форма	
1. Коррекция местного иммунитета — иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания; длительность приема — от 2 недель до месяца. 2. Нормализация биоценоза полости рта — про- и эубиотики в виде ротовых ванночек и таблеток для рассасывания; длительность приема — 2–3 недели. 3. При дискомфорте, стягивании, шероховатости слизистой оболочки — средства, улучшающие регенерацию, в виде аппликаций 2–3 раза в день 2–3 недели	1. Коррекция общего иммунитета — иммуномодуляторы и другие средства по показаниям. 2. Нормализация биоценоза кишечника. 3. Улучшение процессов обмена веществ (витамины, микроэлементы). 4. Нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности
Эрозивно-язвенная форма	
1. Антибактериальная обработка рта различными антисептическими средствами — растворы, таблетки для рассасывания, аэрозоли от 30 с до 3 мин не менее 4–6 раз в день в течение 10–14 дней.	1. Коррекция общего иммунитета — иммуномодуляторы и другие средства по показаниям. 2. Нормализация биоценоза кишечника — про- и эубиотики.

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
2. Ферменты для очищения поверхности эрозий и язв от налета и некротических масс — мази, растворы в виде аппликаций на марлевой основе 2–3 раза в день на 3–5 мин (повторить дважды) в течение 3–5 дней (до очищения от некротических масс). 3. Глюкокортикоидные и комбинированные мази — аппликации на сухую слизистую на марлевой основе на 7–10 мин 3 раза в день, от 3 до 14 дней. 4. Аппликация мазей, улучшающих трофику и регенерацию тканей, — мази на марлевой основе наносят на сухую слизистую на 7–10 мин 3 раза в день до полной эпителизации элементов поражения. 5. Коррекция местного иммунитета — иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания в течение 1 месяца (по инструкции). 6. Нормализация биоценоза полости рта — про- и эубиотики в виде ротовых ванночек 3 раза в день после еды и таблеток для рассасывания по инструкции до 3 месяцев	3. Нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности — седативные, анксиолитики, транквилизаторы. 4. Улучшение процессов обмена веществ — витамины, микроэлементы. 5. Нормализация проницаемости сосудистой стенки и улучшение периферического кровообращения. 6. Антигистаминные и антималярийные средства. 7. При тяжелом течении эрозивно-язвенной, буллезной и атипичной формы — глюкокортикостероиды и цитостатики. 8. Решение вопроса о госпитализации пациента

ПОСТЛУЧЕВЫЕ ХЕЙЛИТ И СТОМАТИТ

С лечебной целью челюстно-лицевая область может быть подвергнута различным видам облучения: дистанционному, близкофокусному, внутритканевому. Возникают постлучевые хейлит и стоматит тогда, когда клетки и ткани повреждаются радиационным облучением, что не позволяет отличить «хорошие» нормальные клетки от «плохих» раковых клеток. В результате развивается воспалительный процесс.

Этиология. Действие лучевой терапии направлено не только на уничтожение быстроделющихся клеток опухоли, она также воздействует и на быстроделющиеся нормальные клетки, такие как эпителиальные клетки желудочно-кишечного тракта. Лучевая терапия вызывает неспецифическое повреждение ДНК клеток слизистой оболочки рта и их гибель, что, в свою очередь, ведет к истончению эпителия. В результате слизистая легко травмируется и утрачивает свою целостность (прямая стоматотоксичность). Бактериальная колонизация и вторичная инфекция вносят свой вклад в развитие орального мукозита. Реакция тканей на облучение зависит от вида те-

рапии, разовой и суммарной дозы, радиочувствительности тканей, а также состояния полости рта до облучения.

Клинические проявления. Первыми признаками и симптомами постлучевых хейлита и стоматита являются покраснение и отек слизистой оболочки, ощущение жжения, появление повышенной чувствительности к различным раздражителям (горячая, острая пища и др.). Поражение клинически представляет собой эритему слизистой оболочки рта, которая в большинстве случаев прогрессирует и приводит к появлению эрозий и очагов изъязвления. Эритематозные участки могут прогрессировать с образованием белых приподнятых десквамативных очагов и болезненных язв (рис. 9). В дальнейшем язвы покрываются белой фибринозной псевдомембраной.



Рис. 9. Постлучевые хейлит и стоматит

Эритематозные участки могут перерасти в белые десквамативные пятна и впоследствии в болезненные язвы. Последние не только часто вторично инфицируются, но и ухудшают питание и потребление жидкости, что приводит к недоеданию и обезвоживанию, которые еще больше мешают регенерации слизистой оболочки. Подвижная некератинизированная слизистая оболочка мягкого неба, щек и губ, вентральная поверхность языка и полость рта наиболее уязвимы к прямой стоматотоксичности, в то время как десна, дорсальная поверхность языка или твердое небо редко страдают, так как у них более медленная скорость клеточного оборота. Повреждения, как правило, появляются в одном и том же месте в каждом эпизоде мукозита при перерывах в противоопухолевом лечении. Поражения слизистой оболочки рта обычно исчезают без образования рубцов в течение примерно 4–6 недель после последней дозы стоматотоксической химиотерапии или лучевого облучения.

Болевой синдром при постлучевых хейлите и стоматите может быть достаточно сильно выражен. Пациенты с III–IV степенью тяжести испытывают

затруднения при открывании рта, избегают актов глотания из-за страха испытать боль. Болевые ощущения усиливаются при наличии выраженной ксеростомии.

Клиническое течение мукозита полости рта может осложняться присоединением вторичной инфекции, особенно у пациентов с иммуносупрессией. Чаще всего присоединяются вирусные (например, вирус простого герпеса) и грибковые (например, *Candida albicans*) инфекции, что затрудняет своевременную диагностику и лечение.

Гистологическая картина. При раннем лучевом поражении возникают вакуольная дегенерация, пара- и гиперкератоз, инфильтрация вокруг расширенных сосудов, мукоидное набухание соединительной ткани. В очаге некроза — мукоидное набухание, фибриноидный некроз в собственном слое слизистой оболочки. Впоследствии обнаруживают атрофию эпителия, фиброз соединительной ткани, исчезновение слюнных желез, облитерацию кровеносных сосудов.

Дифференциальная диагностика. Диагноз ставится на основании клинических проявлений и связи заболевания с воздействием радиационного облучения.

Лечение. На сегодня нет ни одного лекарственного препарата, одобренного FDA (Food and Drug Administration) для лечения постлучевых хейлита и стоматита. Уменьшение тяжести клинических симптомов и предотвращение осложнений (включая пищевую поддержку, обезболивание), профилактика и/или лечение вторичных инфекций считаются основными методами профилактики и лечения данной патологии.

АКТИНИЧЕСКИЙ (МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ) ХЕЙЛИТ

Заболевание представляет собой неаллергическое воспалительное поражение губ, возникающее в результате воздействия неблагоприятных метеорологических факторов. Чаще встречается у лиц, работающих преимущественно на открытом воздухе.

Этиология. Заболевание развивается при действии разнообразных метеорологических факторов, таких как солнечное излучение, низкая и высокая влажность, ветер, холодный воздух, отрицательная температура и др. Имеет значение длительность воздействия неблагоприятных факторов.

Клиническая картина. При актиническом хейлите поражается красная кайма губ (чаще нижней) на всем ее протяжении. Губа становится неярко застойно гиперемированной, несколько инфильтрированной, сухой, часто покрывается мелкими чешуйками. Пациентов беспокоит сухость или чувство стягивания, при этом многие облизывают губы, что приводит к увеличению

сухости, шелушению, а затем и инфильтрации красной каймы (рис. 10). Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.



Рис. 10. Метеорологический хейлит

Течение метеорологического хейлита хроническое, на его фоне могут развиваться предраковые заболевания, такие как бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз и др.

Гистологическая картина. При гистологическом исследовании выявляют диффузную неравномерную гиперплазию эпителия красной каймы губ, местами с небольшим ороговением. Строма инфильтрирована, существует сгущение и гомогенизация эластичных волокон.

Дифференциальная диагностика. Проводят с аллергическим контактным хейлитом, сухой формой эксфолиативного хейлита, атопическим хейлитом.

Лечение. Основано на устранении внешних неблагоприятных воздействий, ставших причиной заболевания. Местно назначают лечебные бальзамы, фотозащитные кремы. При выраженном воспалительном процессе — мази с глюкокортикостероидами.

НЕОПУХОЛЕВАЯ ПИГМЕНТАЦИЯ

Различают физиологическую, реактивную и идиопатическую пигментацию слизистой оболочки рта. Все варианты пигментации слизистой оболочки рта являются доброкачественными, за исключением меланомы.

Физиологическая пигментация слизистой оболочки рта обусловлена меланоцитами, генетически детерминирована. Характерна для лиц афроамериканского и азиатского происхождения (этническая пигментация), усиливается с возрастом (рис. 11). Пигмент может проявляться диффузно или

дискретно в форме линейного или пятнистого рисунка. Пигментация обычно сильнее выражена на слизистой оболочке щек вдоль линии прикуса, но может проявляться и на любой структуре в полости рта.



Рис. 11. Физиологическая пигментация на слизистой твердого неба

Также пигментация может быть вызвана повышенной выработкой меланина и лишь в редких случаях сопровождается пролиферацией меланоцитов. В отличие от этнической пигментации меланоцитарные пятна представляют собой равномерно пигментированные пятна светло- или темно-коричневого цвета с четко очерченными краями (рис. 12).



Рис. 12. Меланоцитарная пигментация на нижней губе

У женщин данная пигментация встречается в 2 раза чаще. Очаги поражения в основном единичные, встречаются у всех этнических групп, размер их варьирует от 0,1 до 1 см в диаметре. Чаще всего они появляются на красной части нижней губы, также встречаются на верхней губе, десне, небе и слизистой оболочке щек.

МЕЛАНОЗ КУРИЛЬЩИКА

Меланоз курильщика встречается примерно у 20–30 % курильщиков, и чаще всего им страдают женщины. Дым вызывает увеличение выработки меланоцитами меланина, который затем откладывается на слизистой оболочке, что приводит к пигментным поражениям.

Клинические проявления. Пигментация при меланозе курильщика представляет собой отдельные или сливающиеся множественные пятна от коричневого до черного цвета, которые часто встречаются на слизистой оболочке щек и преддверия полости рта (рис. 13).



Рис. 13. Меланоз курильщика

Гистологическое исследование. При гистологическом исследовании эти поражения показывают увеличение содержания меланина в базальном слое и собственной пластинке, аналогично тому, что наблюдается при меланотических пятнах.

Дифференциальная диагностика. Меланоз различают с меланомой, пигментным невусом, болезнью Аддисона.

Лечение. Эти поражения доброкачественные и не перерастают в рак. Кроме того, у тех, кто бросает курить, повреждения обычно исчезают в течение нескольких месяцев. Диагноз обычно может быть поставлен клинически, однако меланомы также могут проявляться в виде диффузной пятнистой пигментации, и поэтому в некоторых случаях крайне важно исключить ее с помощью биопсии.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. К факультативным предракам слизистой оболочки рта относятся:

- а) болезнь Боуэна;
- б) абразивный преанцерозный хейлит Манганотти;
- в) пигментная ксеродерма;
- г) гиперпластическая форма ромбовидного глоссита;
- д) старческая кератома.

2. Лечение эрозивно-язвенной формы лейкоплакии включает:

- а) устранение факторов риска;
- б) санацию полости рта, нормализацию гигиены;
- в) применение прижигающих медикаментов;
- г) хирургическое иссечение;
- д) криодеструкцию.

3. Дифференциальную диагностику кератоакантомы проводят:

- а) с плоскоклеточным раком;
- б) вульгарной бородавкой;
- в) папилломой;
- г) кожным рогом;
- д) хроническим сложным периодонтитом.

4. Эрозивно-язвенные поражения — это:

- а) гиперпластические изменения в эпителии слизистой оболочки рта;
- б) деструктивные изменения только в эпителии слизистой оболочки рта;
- в) гиперпластические и деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой оболочки рта;
- г) деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой рта, объединенные по морфологическому признаку представленными элементами (афта, эрозия, язва).

5. Факультативные предраковые заболевания с большой потенциальной злокачественностью:

- а) веррукозная лейкоплакия;
- б) папиллома и папилломатоз неба;
- в) кожный рог;
- г) лейкоплакия плоская;
- д) все вышеперечисленные.

6. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:

- а) лейкоплакия плоская;
- б) метеорологический хейлит;

- в) меланоакантома;
- г) гиперкератотическая форма красной волчанки;
- д) гиперкератотическая форма плоского лишая.

7. Полушаровидное уплощенное экзофитное образование на широком основании красноватого или синюшного цвета в центре с кратерообразным углублением, заполненным роговыми массами, — это:

- а) кератоакантома;
- б) кожный рог;
- в) вульгарная бородавка;
- г) бородавчатый предрак.

8. Кожный рог необходимо дифференцировать:

- а) с бородавкой;
- б) старческой кератомой;
- в) кератоакантомой;
- г) фибропапилломой;
- д) меланомой.

9. Заболевание губ с присутствием признаков воспаления, причиной которого являются неблагоприятные метеорологические факторы, — это:

- а) актинический хейлит;
- б) метеорологический хейлит;
- в) аллергический контактный хейлит;
- г) сухая форма эксфолиативного хейлита.

10. Основные клинические признаки красной волчанки:

- а) гиперкератоз;
- б) атрофия;
- в) акантоз;
- г) папилломатоз.

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

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 01 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. Машкиллейсона. – 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: 20.05.2020).
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: 20.05.2020).
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. Sitheequ, 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 и слизистой оболочки 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
Введение	5
Классификация	6
Современная классификация потенциально злокачественных заболеваний	7
Факультативные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта с большой потенциальной злокачественностью.....	7
Лейкоплакия (эрозивная и веррукозная формы)	7
Папиллома и папилломатоз неба	11
Кожный рог	12
Кератоакантома	13
Факультативные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта с меньшей потенциальной злокачественностью	14
Лейкоплакия (плоская форма)	14
Хронические язвы	16
Красная волчанка (эрозивная и гиперкератотическая формы).....	17
Плоский лишай (эрозивная и гиперкератотическая формы)	20
Постлучевые хейлит и стоматит	26
Актинический (метеорологический) хейлит	28
Неопухолевая пигментация	29
Меланоз курильщика	31
Самоконтроль усвоения темы	32
Список использованной литературы	34
Приложение	36