

Случай ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы нижней губы у молодого пациента

Л.И. Глебова, Е.В. Задюонченко, О.В. Кандалова

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

z777kat@inbox.ru

Аннотация

Красная кайма губ – это особенное анатомическое образование, находящееся на границе кожи и слизистой оболочки полости рта. Являясь «переходной зоной», она имеет свои морфофункциональные особенности. На красной кайме губ отсутствуют слюнные железы, имеется малое количество сальных желез, что способствует пересыханию поверхности. Это может приводить к формированию микроtraвм. Сопутствующие заболевания, дефицит витаминов группы А, В могут приводить к нарушению защитных свойств и ухудшению регенерации. С возрастом толщина губ значительно уменьшается. Кроме того, эта зона достаточно активно подвергается воздействию раздражающих и травмирующих факторов различного характера, которые способствуют развитию хронических воспалительных процессов. При продолжительном существовании воспалительного процесса на губах возможно развитие очагов озлокачествления. В настоящее время сильно увеличилась частота злокачественных поражений губ. Существует ряд нозологий, которые наиболее часто приводят к перерождению тканей. Предраковые заболевания красной каймы требуют особого внимания со стороны специалистов, работающих с этой зоной для предупреждения тяжелых последствий. В статье описан редкий случай развития облигатного предрака красной каймы губ у молодого пациента. Разобраны клинические особенности ограниченного предракового гиперкератоза, проведен дифференциальный диагноз, описаны методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: красная кайма губ, предрак, озлокачествление, ограниченный предраковый гиперкератоз.

Для цитирования: Глебова Л.И., Задюонченко Е.В., Кандалова О.В. Случай ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы нижней губы у молодого пациента. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 3: 77–80. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00141

A case report of local precancer hyperkeratosis of red border of the low lip in a young patient

Larisa I. Glebova, Ekaterina V. Zadionchenko, Olga V. Kandalova

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

z777kat@inbox.ru

Abstract

The red border of the lips is a special anatomical formation located on the border of the skin and the oral mucosa. Being a "transitional zone", it has its own morphological and functional features. There are no salivary glands on the red border of the lips, there are a small number of sebaceous glands, which contribute to the drying of the surface. This can lead to the formation of microtrauma. Concomitant diseases, deficiency of vitamins of groups A, B can lead to a violation of the protective properties and deterioration of regeneration. With age, the thickness of the lips decreases significantly. In addition, this zone is quite actively exposed to various irritating and traumatic factors that contribute to the development of chronic inflammatory processes. With the prolonged existence of the inflammatory process on the lips, the development of foci of malignancy is possible. There are a number of nosologies that most often lead to tissue degeneration. Currently, the frequency of malignant lesions of the lips has greatly increased. Precancerous diseases of the red border of the lips require special attention from specialists working with this area to prevent serious consequences. The article describes a case of development of obligate precancer of the red border of the lips in a young patient. The clinical features of limited precancerous hyperkeratosis are analyzed, a differential diagnosis is given, methods of diagnosis and treatment are described.

Key words: red border of the lips, precancer, malignancy, limited precancerous hyperkeratosis.

For citation: Glebova L.I., Zadionchenko E.V., Kandalova O.V. A case report of local precancer hyperkeratosis of red border of the low lip in a young patient. Clinical review for general practice. 2022; 3: 77–80. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00141

По данным отечественных и зарубежных источников, в последнее время существенно участились случаи злокачественных трансформаций красной каймы губ и слизистой полости рта. По данным Международного агентства по изучению рака, рак губы и слизистой полости рта занимает 16-е место среди наиболее часто встречающихся видов рака [1].

В своей практике с патологическими предраковыми изменениями этой зоны регулярно сталкиваются как стоматологи, так и косметологи, дерматологи, оторинола-

рингологи и, несомненно, онкологи. Важным моментом в работе врачей этих специальностей является ранняя диагностика, активная онконастороженность и своевременное рациональное лечение. Этому способствует глубокое понимание данной проблемы, исходя из знаний морфофункциональных особенностей строения красной каймы губ, клинической картины преинвазивных состояний и ранних признаков озлокачествления.

Почти у всех больных возникновению рака губы предшествуют различные фоновые и/или предопухо-

Рис. 1. Ограниченный предраковый гиперкератоз.
Fig. 1. Localized premalignant hyperkeratosis.



Рис. 2. Ограниченный предраковый гиперкератоз.
Fig. 2. Localized premalignant hyperkeratosis.



левые состояния (предраки), обладающие высокой либо низкой потенцией к озлокачествлению [2]. Термин «предрак» был введен в 1896 г. дерматологом Дюбрей. Профессор А.Л. Машкилейсон в 1970 г. разработал классификацию, где выделил облигатные и факультативные предраковые состояния слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ [3].

По своей сути предраковые заболевания представляют собой структурно-функциональные изменения, которые следует рассматривать как начальную стадию опухолевого процесса [4, 5]. Обычно перед диагнозом «рак» предшествует длительный период, в течение которого ткани подвергаются воздействию канцерогенов. Воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, вредные привычки, хронические травмы способствуют патоморфологическим изменениям, таким как гиперплазия, дисплазия и неоплазия тканей [6]. Вероятность развития рака будет зависеть от характера сформировавшихся патологических изменений, длительности воздействия триггерных факторов и иммунологической напряженности организма [7].

Рис. 3. Красная волчанка красной каймы губ.
Fig. 3. Lupus erythematosus of the vermillion border.



Рис. 4. Плоская лейкоплакия.
Fig. 4. Flat leukoplakia.



Среди облигатных предраков красной каймы губ выделяют ограниченный предраковый гиперкератоз, впервые описанный в 1965 г. А.Л. Машкилейсоном. Наиболее часто он встречается у лиц мужского пола старше 30 лет. На тот период времени среди предраковых заболеваний губ он занимал 8% от всех предопухолевых патологий этой зоны [8]. На настоящий момент более точных статистических данных не обнаружено. В клинической практике ограниченный предраковый гиперкератоз встречается редко, поэтому мы считаем важным и интересным представить следующее клиническое наблюдение.

Клинический случай

Больной М., 38 лет, обратился на кафедру кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова с жалобами на наличие плотной корки на красной кайме нижней губы.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около года, когда стал замечать, что на нижней губе на одном и том же месте постоянно присутствует неболь-

Рис. 5. Красный плоский лишай.
Fig. 5. Lichen planus.



Рис. 6. Лабиальный герпес.
Fig. 6. Herpes labialis.



шая плотная чешуйка. При использовании гигиенических помад и увлажняющих бальзамов для губ дефект не исчезал. Со слов больного, он постоянно пытался ее «скусовать» зубами, однако она появлялась снова на том же месте. Последние месяцы элемент стал значительно плотнее и чуть увеличился в размере. Пациенту в поликлинике больницы им. С.П. Боткина был проведен анализ на наличие атипичных клеток в очаге. Атипичии не выявлено.

Клинический осмотр. Верхняя губа без патологических изменений. На нижней губе, ближе к правому углу рта, расположен очаг размером 0,2 см на 0,4 см, полигональной формы, представленный плотно прикрепленной к поверхности губы чешуе – коркой серовато-желтого цвета. Вокруг элемента отмечается едва заметное помутнение эпителия белесоватого цвета, признаки воспаления отсутствуют. При осмотре создается впечатление, что измененный участок красной каймы несколько западает по отношению к здоровым тканям (рис. 1, 2). При пальпации уплотнения не выявлено. Субъективных жалоб нет.

Результаты клинико-диагностического обследования. Общий анализ крови и мочи без особенностей. СОЭ – 8 мм/ч, коагулограмма в пределах

Рис. 7. Хейлит Манганотти.
Fig. 7. Manganotti's cheilitis.



нормы. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 7,1 ммоль/л; триглицериды – 1,6 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л. Реакция микропреципитации – отрицательно.

Течение ограниченного предраково гиперкератоза, несмотря на его отношение к группе облигатных предраков, как правило, не такое стремительное как в случае с бородавчатым предраком, хейлитом Манганотти и болезнью Боуэна [8]. Формирование признаков озлокачествления может быть отсрочено на несколько месяцев или лет, как в случае с описываемым пациентом. При осмотре у него не было выявлено уплотнения и усиления гиперкератоза, однако тенденция к увеличению патологического очага, появление белого помутнения вокруг, а также давность заболевания более 11 мес заставили нас рекомендовать удаление с последующим цито- и гистологическим исследованием.

Пациент был направлен в МГМСУ им. А.И. Евдокимова к хирургу-стоматологу, где ему была сделана операция по удалению очага на нижней губе и последующее гистологическое исследование, которое подтвердило диагноз.

Гистологическое исследование. В биоптате определяется очаговая пролиферация эпидермиса вглубь в виде тяжей. Выявляются различные стадии декомпенсации клеток мальпигиевого слоя. Клетки имеют различную величину, форму, исчезает их правильное расположение. Увеличивается размер ядер, а количество ядрышек возрастает. На поверхности элемента имеется выраженный гиперкератоз без разрыхления. Имеются небольшие участки паракератоза. Под очагом пролиферации определяется воспалительная инфильтрация с плазматическими тучными клетками.

Учитывая данные анамнеза, клинического осмотра и оценки результатов биопсии, был поставлен диагноз ограниченного предракового гиперкератоза.

Данное заболевание целесообразно дифференцировать с проявлениями красной волчанки красной каймы губ, очагами лейкоплакии, красного плоского лишая, герпеса, хейлитом Манганотти.

Наличие эритемы, инфильтрации, атрофии и плотных белого цвета чешуек в очаге поражения, анамнез, связанный с воздействием ультрафиолета позволяет отличить красную волчанку (рис. 3) от ограниченного гиперкератоза [9]. Очаги лейкоплакии, как правило, представлены белесоватой пленкой монотонно белого цвета не снимающейся шпателем, без признаков воспаления (рис. 4) [10]. Красный плоский лишай на губах (рис. 5) формирует очаги белесоватого цвета разных форм, возможно наличие воспаления и инфильтрации, а в случае появления чешуек они выглядят более грубо по сравнению с очаговым гиперкератозом [11]. Простой пузырьковый лишай в острой фазе сопровождается появлением экссудативных элементов с серозно-геморрагическим содержимым с отеком и воспалением, что дает в стадии заживления плотную корку (рис. 6) [12]. В анамнезе у

больных преанкерозным хейлитом Манганотти указывается на наличие одиночной эрозии с неярко выраженной застойной гиперемией вокруг, а при визуальном осмотре в стадии эпителизации на поверхности наблюдаются серозно-геморрагические корки, при снятии которых возможна кровоточивость (рис. 7) [13].

При осмотре больного с очаговым предраковым гиперкератозом красной каймы губ самым трудным является решение вопроса о том, произошло ли уже озлокачествление процесса. К сожалению, еще нет достоверных клинических данных, позволяющих уловить начало злокачественного роста. Из клинических признаков, которые отчасти могут помочь при такой диагностике, можно назвать три: усиление процесса ороговения, эрозирование и появление уплотнения в основании элемента. У нашего больного эрозирования и явного уплотнения в очаге не было, поэтому диагноз был поставлен по клинике и результатам биопсии.

Далее больной будет наблюдаться в динамике у стоматологов и дерматологов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. International Agency for Research on Cancer. <http://gco.iarc.fr/>. Last accessed: October 10, 2019.
2. World J Clin Cases. 2014; 2 (12): 866–72. Published online 2014, Dec 16. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i12.866
3. Боровский Е.В., Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой полости рта и красной каймы губ. М.: МЕДпресс-информ, 2001. [Borovskii E.V., Mashkileison A.L. Zabolevaniia slizistoi polosti rta i krasnoi kaimy губ. Moscow: MEDpress-inform, 2001 (in Russian).]
4. Чурилов Л.П. Механизмы развития стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 2006. [Churilov L.P. Mekhanizmy razvitiia stomatologicheskikh zabolevani. Uchebnoe posobie. Saint Petersburg, 2006 (in Russian).]
5. Матвеев Р.С. и др. Патопфизиология механизмов повреждений и заболеваний слизистой оболочки полости рта. Чебоксары, 2012. [Matveev R.S. et al. Pathophysiology of mechanisms of damage and diseases of the oral mucosa. Cheboksary, 2012. (in Russian).]
6. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. 22-е изд., дополненное и расширенное. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. [Dmitrieva L.A., Maksimovskii Yu.M. Terapevticheskaiia stomatologiya: natsional'noe rukovodstvo. 22nd ed., expanded. Moscow: GEOTAR-Media, 2015 (in Russian).]
7. Орехова Л.Ю. Заболевания слизистой полости рта. Санкт-Петербург: Человек, 2016. [Orekhova L.Yu. Zabolevaniia slizistoi polosti rta. Saint Petersburg: Chelovek, 2016 (in Russian).]
8. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. М.: Медицина, 1970. [Mashkileison A.L. Predrak krasnoi kaimy губ i slizistoi obolochki rta. Moscow: Meditsina, 1970 (in Russian).]
9. URL: <https://opmdcare.com/wp-content/uploads/dle-image1.jpeg>
10. URL: https://media.springernature.com/original/springerstatic/image/chp%3A10.1007%2F9783319895819_23/MediaObjects/459348_1_En_23_Fig7_HTML.jpg
11. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/cms/asset/754e951d-d7a1-4fd5-965f-76f86327166c/ccr31933-fig-0001-m.jpg>
12. URL: https://dev.usdermatologypartners.com/wp-13_content/uploads/2021/06/Herpes-Simplex-Treatment.jpg
13. URL: <http://smile-center.com.ua/images/statti/trz4125.jpg>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Глебова Лариса Ивановна – канд. мед. наук, доцент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

Larisa I. Glebova – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Задюонченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Ekaterina V. Zadiionchenko – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Кандалова Ольга Вадимовна – канд. мед. наук, доцент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: olga_kandalova@inbox.ru; ORCID: 0000-0003-0723-2800

Olga V. Kandalova – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: olga_kandalova@inbox.ru; ORCID: 0000-0003-0723-2800

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.04.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 21.04.2022