



Клинический случай

# Клинический разбор случаев предрака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ

И.К. Луцкая ✉

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

✉lutskaja@mail.ru

## Аннотация

Раннее выявление заболеваний, склонных к малигнизации, является одной из важнейших проблем медицины. Элементы поражения на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, характеризующиеся риском перерождения, доступны для визуального контроля и могут обнаруживаться при общем осмотре пациента врачом. Квалифицированное описание клинических случаев стоматологом способствует ознакомлению специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения, с клиническими проявлениями патологии, что будет способствовать повышению частоты выявления случаев предраковых заболеваний.

**Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ, предрак.

**Для цитирования:** Луцкая И.К. Клинический разбор случаев предрака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (2): 93–97. DOI: 10.47407/kr2023.5.2.00394

Clinical Case

## Clinical analysis of cases of precancer of the oral mucosa and the red border of the lip

Irina K. Lutskaya ✉

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

✉lutskaja@mail.ru

## Abstract

Early detection of diseases prone to malignancy is one of the most important problems in medicine. Elements of lesions on the mucous membrane of the oral cavity and the red border of the lips, characterized by a risk of degeneration, are available for visual inspection and can be detected during a general examination of the patient by a doctor of any specialty. A qualified description of clinical cases helps to familiarize specialists working in healthcare institutions with the clinical manifestations of pathology.

**Keywords:** oral mucosa, red border of lips, precancer.

**For citation:** Lutskaya I.K. Clinical analysis of cases of precancer of the oral mucosa and the red border of the lip. *Clinical analysis in general medicine*. 2024; 5 (2): 93–97 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.5.2.00394

## Введение

Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) включает в себя характеристику этиотропного фактора (травматические, бактериальные, грибковые, вирусные), локализацию (глосситы, хейлиты, болезни кожи), симптоматику заболеваний (пузырные и пузырьковые, гиперкератозы, новообразования и т.д.).

К проявлениям, располагающимся ограниченно на СОПР, относятся травматические повреждения, язвенно-некротический стоматит Венсана. Самостоятельно могут обнаруживаться признаки общих заболеваний или их осложнений (хронический рецидивирующей герпетический стоматит, кандидоз, кожные болезни: плоский лишай, многоформная эритема, пузырчатка).

У значительного числа пациентов элементы поражения в полости рта являются следствием патологических процессов в организме, не будучи обязательными или специфичными симптомами основного заболевания [1, 2]. Это проявления на слизистой оболочке (СО) заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, аллергических реакций, неврогенных и

эндокринных расстройств (глоссит, глоссодиния, пузырный синдром и др.).

Высыпания элементов поражения на СО бывают при системных заболеваниях инфекционной и неинфекционной природы, серьезно нарушающих гомеостаз (детские инфекции, лучевая болезнь, инфаркт миокарда). Иногда пациенты, обратившиеся к стоматологу, являются потенциальным источником заразных болезней: СПИД, сифилис, туберкулез [3, 4].

В практике не только стоматолога, но и врача любой специальности отдельного рассмотрения и особого внимания требуют заболевания, отличающиеся высокой склонностью к малигнизации. Они могут характеризоваться отсутствием достоверных признаков злокачественной опухоли, однако наличие неблагоприятного фона способствует опасному перерождению очага поражения. При выраженности элементов и доступности их обследования любой медицинский работник может выявить высокий риск развития патологии и адресовать пациента к нужному специалисту (на первом этапе это стоматолог) [4, 5].

**Цель** – повысить эффективность ранней диагностики при манифестных проявлениях предраковых заболеваний, имеющих высокий риск малигнизации.

### Материал и методы

Проведен анализ результатов консультативного приема пациентов и клинического наблюдения случаев факультативного и облигатного предрака. Обследование производилось в соответствии с рекомендациями экспертов Всемирной организации здравоохранения и клиническими протоколами. Практически все больные консультировались у смежных специалистов. Цитологические, гистологические исследования тканей, а также общие биохимические и клинические анализы крови осуществлялись в специализированных лабораториях. Во многих случаях собирался консилиум для выбора тактики ведения сложного пациента.

Результаты исследования приводятся в виде конкретных клинических ситуаций и основной характеристики заболеваний.

### Клинический случай 1

Пациент Н. 72 лет был направлен на консультацию по поводу существенных изменений СОПР, которые случайно обнаружили родственники мужчины. Жалобы сводились к неприятным ощущениям и болезненности языка во время приема пищи. Во время обычного осмотра определялись различные очаги поражения на языке. Типичный рисунок, локализация участков гиперкератоза и эрозивная поверхность служили основанием для постановки диагноза «эрозивная форма плоского лишая».

Особое внимание стоматолога привлекал элемент поражения в виде красного пятна с четкими границами и бархатистой поверхностью, занимающего боковую поверхность задней трети языка слева (рис. 1). Субъективные ощущения у пациента отсутствуют. Проведен консилиум с участием терапевта и хирурга-стоматолога, а также онколога. На основании клинических проявлений и результатов гистологического исследования (в шиповидном слое обнаруживаются гигантские клетки со скоплением ядер в виде комков, так называемые «чудовищные» клетки) был выставлен диагноз «болезнь Боуэна». Пациент продолжил лечение в отделении «Голова-шея» специализированного онкологического учреждения с дальнейшим диспансерным наблюдением.

Болезнь Боуэна обладает высокой потенциальной опасностью малигнизации, поскольку гистологически имеет картину *cancer in situ* (интраэпителиальный рак без инвазивного роста). Обычным расположением элементов поражения являются задние отделы СО: небные дужки, корень языка. Описаны клинические проявления на СО щек, боковой поверхности языка, мягком небе. Может выявляться один, реже два-три участка измененной СО. Жалобы могут определяться как дискомфорт, шероховатость, слабо выраженный зуд.

Заболевание начинается с образования ограниченного участка гиперемии, узелкового или пятнистого.

Рис. 1. Болезнь Боуэна.

Fig.1. Bowen's disease



Характерным признаком является некоторая бархатистость поверхности в виде мелких сосочковых разрастаний. Иногда небольшой очаг гиперемии покрывается чешуйками, напоминая по внешнему виду лейкоплакию или плоский лишай. Далее характерны появление участков гиперкератоза, склонность к развитию эрозий, образованию узелков и слиянием их в бляшки. При длительном течении заболевания наблюдается атрофия участка СО, который как бы западает.

Окончательный диагноз выставляется на основании гистологической картины: гигантские клетки со скоплением ядер в виде комков, так называемые «чудовищные» клетки, располагаются в шиповидном слое.

Неблагоприятный прогноз обусловлен быстрым развитием очагов поражения, что в течение 2–4 мес приводит к инвазивному росту без склонности к регрессу.

Лечение болезни Боуэна осуществляется онкологами и заключается в полном иссечении очага поражения, которое включает окружающие здоровые ткани. В отдельных случаях прибегают к близкофокусной рентгенотерапии.

Важнейшим фактором в ранней диагностике является осмотр пациентов врачом любой специальности: очаг обнаруживается при профилактическом осмотре ротовой полости. Таким образом, повышается частота выявляемости облигатного предрака СО.

### Клинический случай 2

Пациент А. 45 лет, работающий шахтером, был направлен на консультацию фельдшером шахтного здравпункта по поводу наличия «бородавки», появив-

Рис. 2. Бородавчатый предрак.  
Fig. 2. Warty precancer.



шейся несколько недель назад на губе. Жалобы больного незначительны: косметический дефект, некоторый дискомфорт. При осмотре определяется излюбленная локализация очага – красная кайма нижней губы. Элемент поражения расположен вблизи угла рта справа и представляет собой узелок диаметром более 12 мм, значительно выступающий над уровнем губы. Имеет обычный цвет красной каймы. Бугристая поверхность очага покрыта тонкими плотно прикрепленными чешуйками, которые при поскабливании не снимаются. Окружающие ткани не изменены. На кожу элемент поражения не переходит. При пальпации определяется уплотненная консистенция узелка, болезненность отсутствует.

Осуществлялась дифференциальная диагностика с вирусной бородавкой, кератоакантомой, папилломой. Клинически обыкновенная бородавка имеет дольчатое строение, сосочковые разрастания и роговой ободок по периферии. Кератоакантома характеризуется наличием ороговевших клеток, окруженных плотным валиком гиперемированной СО. Папиллома имеет ножку мягкой консистенции. В основе лежит симптоматика заболевания с обязательным выполнением биопсии.

Подтверждением диагноза «бородавчатый предрак» стала характерная гистологическая картина: пролиферация эпителия за счет шиповидного слоя как в направлении к поверхности, так и вглубь СО. Участки гиперкератоза чередуются с паракератозом, обнаруживаются полиморфизм клеток шиповатого слоя, кругло-клеточная инфильтрация соединительной ткани. Назначены дополнительно лабораторное обследование крови, мочи и другие анализы, необходимые для консультирования в специализированном онкологическом учреждении.

Бородавчатый предрак имеет довольно четкую клиническую картину, но требует серьезного внимания, поскольку отличается склонностью к быстрой малигнизации (через 1–2 мес после начала заболевания).

Лечение бородавчатого предрака только хирургическое с полным иссечением очага поражения, гистологи-

Рис. 3. Ограниченный гиперкератоз.  
Fig. 3. Circumscribed hyperkeratosis.



ческим исследованием тканей и дальнейшим диспансерным наблюдением (рис. 2).

Поскольку элемент поражения обнаруживается уже при внешнем осмотре, в раннем выявлении бородавчатого предрака значима роль медицинских работников не только с высшим, но и средним медицинским образованием.

### Клинический случай 3

Пациент Ш. 59 лет, серьезных жалоб не предъявляет, указывает на косметический дефект в области нижней губы справа и периодическое легкое жжение. Очаг поражения сероватого цвета возвышается, а ближе к углу рта слегка «западает» по сравнению с окружающей неизмененной красной каймой. Не переходит на кожу или зону Клейна. Возвышение очага над уровнем губы связано с напластованием корочек и чешуек. Последние при поскабливании не удаляются (рис. 3). Пальпация безболезненна, уплотнения в основании не определяется, однако ощущается плотная консистенция очага поражения. Поставлен предварительный диагноз «ограниченный предраковый гиперкератоз». Основным признаком служил собственно очаг поражения размером 1,5 см в диаметре полигональной формы со склонностью к образованию чешуек на поверхности.

Дифференцировали клинические проявления с лейкоплакией, плоским лишаем, красной волчанкой. Лейкоплакия характеризуется развитием белесоватого пятна с четкими границами. Плоский лишай отличается папулезной сыпью, белесоватыми полосками, симметричностью поражения, значительной распространенностью. При красной волчанке обнаруживаются воспаление, атрофические рубцы, часто – эрозивные, диффузное поражение красной каймы. Поскольку

Рис. 4. Хейлит Манганотти.  
Fig. 4. Manganotti cheilitis.



решающее значение для диагностики озлокачествления имеет гистологическое исследование, биопсия должна осуществляться как можно раньше. Гистологически для ограниченного предракового гиперкератоза характерны ограниченная пролиферация эпителия, выраженный гиперкератоз, дискомплексация и полиморфизм клеток шиповатого слоя. В соединительной ткани обнаруживается полиморфноклеточная инфильтрация.

Ограниченный предраковый гиперкератоз обладает менее выраженной степенью малигнизации: в стабильной фазе очаг поражения может находиться месяцы, даже годы. Однако усиление процессов ороговения, эрозирование и уплотнение могут обнаруживаться уже спустя короткое время после начала малигнизации. Поэтому в основе лежит гистологическое исследование.

Лечение ограниченного гиперкератоза заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей. Диспансеризация обязательна.

#### Клинический случай 4

Пациент О. 57 лет. Жалобы на чувство дискомфорта, пощипывания в области нижней губы. Появился элемент поражения несколько месяцев назад, назначаемое стоматологом лечение приводит к улучшению состояния. При осмотре обнаруживается одиночный очаг поражения с локализацией на красной кайме нижней губы по центру в виде эрозии овальной формы. Поверхность эрозии покрыта тонким слоем эпителия и не проявляет склонности к кровоточивости, однако периодически, со слов больного, имеет ярко-красный цвет. Капли крови появляются при отделении корочек (серозных, кровянистых), которые в виде напластований возникают на поверхности эрозий (рис. 4). Красная кайма губ не изменена. При пальпации не определяется изменений консистенции тканей или болезненности. На основании клинической картины диагностировали хейлит Манганотти.

Дифференцировали с эрозивно-язвенными формами гиперкератозов (лейкоплакии, плоского лишая, красной волчанки), герпетического поражения на стадии

Рис. 5. Эрозия при герпесе.  
Fig. 5. Erosion associated with herpes infection.



эрозирования. В основе лежит характерная картина элемента поражения без кровоточивости. Отсутствуют характерные для гиперкератозов папулы, звездчатые рубцы, стойкая гиперемия. В отличие от пузырьных и пузырьковых поражений не определяются обрывки пузырей, специфические клетки. Эрозия при герпетическом стоматите отличается фестончатыми краями в результате слияния пузырьков (рис. 5).

В специализированной лаборатории проведено гистологическое исследование. Диагноз подтверждается на основании обнаружения эпителия, инфильтрированного гистиоцитами, лимфоцитами, макроцитами, а также изменений в шиповидном слое и соединительной ткани.

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти от других заболеваний данной группы отличается длительным течением, склонностью к регрессу (ремиссиям). Перерождение может наступать через несколько месяцев или лет.

Особенностью клинического течения заболевания является интермиттирующий характер: однажды появившись, эрозия периодически спонтанно эпителизируется, а затем опять появляется на том же месте.

Одиночный очаг поражения (реже их бывает два) может быть овальной или неправильной формы, выглядит как бы полированным. Красная кайма губ не изменена.

Лечение хейлита Манганотти включало общие и местные воздействия. Для приема внутрь назначали

витаминовые средства, стимулирующие процессы регенерации. Местно применяли препараты, обладающие эпителизирующим действием: масляные растворы витаминов А, Е; гель Холисал. (При наличии фоновых воспалительных явлений возможно использование кортикостероидных мазей.) Исключение вредных привычек, раздражающих факторов, санация, рациональная гигиена полости рта – обязательны.

Консервативное лечение хейлита Манганотти при отсутствии признаков перерождения и положительном эффекте медикаментозного воздействия (наступлении стойкой ремиссии) может продолжаться 2–3 мес.

Частое рецидивирование, нарастание клиники, появление малейших признаков малигнизации служат показанием для хирургического лечения (удаление очага поражения в пределах здоровых тканей) с гистологическим исследованием материала. Диспансерное наблюдение у стоматолога является обязательным, как и рациональная гигиена полости рта.

### Заключение и рекомендации

Большинство элементов поражения на СО и красной кайме губ в неблагоприятных условиях могут проявлять склонность к злокачественному перерождению. Максимально высоким риском малигнизации обла-

дают собственно самостоятельные предраковые заболевания, такие как болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз, в меньшей степени хейлит Манганотти. Доступная для обзора область поражения и выраженная клиническая картина предполагают возможность раннего обнаружения элементов высыпания медицинскими работниками любой специальности. Основными признаками злокачественного перерождения очага поражения могут служить следующие симптомы: резкое изменение клинической картины, а именно ускорение развития гиперплазии или язвы, экзофитный рост или изъязвление опухоли. Следующими сигнальными моментами являются кровоточивость очага поражения, наличие гиперкератоза, инфильтрации и уплотнения в основании. Отсутствие эффекта консервативного лечения в течение 7–10 дней служит основанием для направления больного на консультацию к онкологу или челюстно-лицевому хирургу. Малигнизация подтверждается результатами морфологических исследований, а именно выявлением в материале биопсии атипичных клеток.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

### Литература / References

1. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство. Пер. с нем. под ред. В.П. Адашкевича, И.К. Луцкой. М.: Медицинская литература, 2011. Bork K. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Clinic, diagnosis and treatment. Atlas and guide. Edited by V.P. Adaskevich, I.K. Lutskaia. Moscow: Medical literature, 2011 (in Russian).
2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Стоматология, 2001. Danilevsky N.F., Leontyev V.K., Nesin A.F. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Moscow: Dentistry, 2001 (in Russian).
3. Коваль Н.И., Несин А.Ф., Коваль Е.А. Заболевания губ. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Под ред. А.В. Борисенко. Киев: Медицина, 2013. Koval N.I., Nesin A.F., Koval E.A. Diseases of the lips. Clinical picture. Diagnostics. Differential diagnosis. Treatment. Prevention. Ed. A.V. Borisenko. Kyiv: Medicine, 2013 (in Russian).
4. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Медицинская литература, 2014. Lutskaia I.K. Diseases of the oral mucosa. Moscow: Medical literature, 2014 (in Russian).
5. Максимова О.П. Роль препарата «Холисал» в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта. *Клиническая стоматология*. 2018;2(86):46-9. Maksimova O.P. The role of the drug "Cholisal" in the complex treatment of periodontal diseases and oral mucosa. *Clinical dentistry*. 2018;2(86):46-9 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

**Луцкая Ирина Константиновна** – д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО БГМУ. E-mail: lutskaia@mail.ru

Поступила в редакцию: 20.02.2024

Поступила после рецензирования: 29.02.2024

Принята к публикации: 14.03.2024

### INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Irina K. Lutskaia** – Dr. Sci. (Med.), Professor, Belarusian State Medical University. E-mail: lutskaia@mail.ru

Received: 20.02.2024

Revised: 29.02.2024

Accepted: 14.03.2024