

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника»

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ю.В. Шлегель, Т.В. Домнич, Д.И.Тазин

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Методические рекомендации

Томск
Издательство СибГМУ
2016

УДК 616.31-006-037(075.8)

ББК 55.694.132-48я73

Ш 681

Ш 681 **Шлегель Ю. В.** Онкологическая настороженность в стоматологической практике: методические рекомендации / Ю. В. Шлегель, Т. В. Домнич, Д. И.Тазин. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2016. – 48 с.

Методические рекомендации разработаны на основании законодательных и научных литературных данных. В рекомендациях изложены общие сведения об онкологических заболеваниях челюстно-лицевой области, алгоритмы и способы диагностики, профилактики злокачественных новообразований, особенности их клиники при различных локализациях на лице и в полости рта. Представлена тактика врача при подозрении на онкозаболевание, указаны предраковые состояния, которые требуют особого внимания специалистов.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей специалистов, студентов стоматологических факультетов, интернов, врачей-ординаторов.

УДК 616.31-006-037(075.8)

ББК 55.694.132-48я73

Рецензенты:

И.Д. Тазин – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

А.П. Кошель – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист по онкологии Департамента здравоохранения Томской области, г. Томск.

© Ю. В. Шлегель, Т. В. Домнич, Д. И.Тазин, 2016

© Издательство СибГМУ, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Актуальность	4
Онкологическая настороженность в ежедневной практике	5
Врачебная тактика при диагностике онкозаболеваний	8
Оценка факторов риска онкологических заболеваний.....	10
Классификация рака полости рта согласно МКБ–10 (международная классификация болезней)	11
Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и языка	11
Злокачественные новообразования губ.....	19
Злокачественные новообразования языка	22
Злокачественные новообразования слизистой оболочки рта	24
Рак неба	27
Рак слюнной железы	28
Злокачественные новообразования челюстей.....	30
Рак кожи	32
Дифференциальная диагностика	34
Профилактика в онкологии	37
Навигация для врачей в случае обнаружения рака полости рта у пациента...	39
Экспресс диагностика рака полости рта	40
Приложение	45
Список литературы.....	46

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема онкологических заболеваний является одной из актуальнейших в современном обществе. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире возрастает. Возрастает и необходимость совершенствования методов диагностики и профилактики, увеличения уровня «онкологической настороженности» как врачей стоматологов, так и самих пациентов.

По данным официальной онкологической статистики общий интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта и глотки в России за период с 2000 по 2010 гг. увеличился с 7,26 до 8,4 на 100000 населения. Отличительными особенностями новообразований челюстно-лицевой области являются быстрый темп роста, раннее метастазирование, низкая эффективность различных видов лечения, неблагоприятный прогноз, высокие показатели одногодичной летальности.

В 2010 году в Российской Федерации было выявлено 11494 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования полости рта и глотки, при этом в поздних стадиях (III и IV) опухоли были выявлены у 70,8 % больных. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 38,6 %. В 2014 году в Томской области зарегистрирован 61 новый случай злокачественных новообразований органов полости рта и глотки. Показатель заболеваемости на 100000 населения составил 5,7. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II ст) составила 33,3 %, показатель запущенности (III-IV ст.) – 66,7 %. Одногодичная летальность составила 17,5 %, активная выявляемость – 8,3 %. Контингент больных данной патологией на конец отчетного года составил 270 человек, из них 129 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

Причинами поздней диагностики злокачественных опухолей челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются малосимптомное течение заболевания, несвоевременное обращение больных и врачебные ошибки. Как известно, тяжесть злокачественных новообразований и

их прогноз определяются, прежде всего, стадией заболевания. Если при I и II стадии прогноз в основном благоприятный, то при III и, особенно, IV стадиях прогноз, как правило, неблагоприятный.

Обращает на себя внимание большой процент выявления злокачественных опухолей полости рта и глотки в III и IV стадиях, это так называемые запущенные формы рака с неблагоприятным прогнозом. Такая ситуация свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности у врачей.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ

Большинство раковых опухолей полости рта имеет строение плоскоклеточного рака, реже – аденокарциномы. На долю плоскоклеточного рака приходится около 95 % всех гистологических форм рака слизистой оболочки полости рта. Частота поражения различных анатомических областей полости рта выглядит так: язык – 50 %; дно полости рта – 20 %; щека, десна, небо – около 20 %; альвеолярная часть нижней челюсти – 4 %; нёбные дужки – 3 %; другие локализации – 3 %.

Выявление злокачественных опухолей ЧЛО должно быть неотъемлемой частью терапевтических и стоматологических осмотров, поскольку ранняя диагностика болезни исключительно важна. Злокачественные опухоли около 1 см и менее в диаметре обычно хорошо излечимы. К сожалению, злокачественные опухоли ЧЛО в большинстве случаев не диагностируются, пока они не распространились на лимфатические узлы.

Учитывая тот факт, что отдельные части полости рта, ротоглотки, лица, костей лицевого черепа обладают характерными особенностями, влияющими на клиническое течение опухолевого процесса, необходимо учитывать следующие локализации первичной опухоли: слизистые оболочки полости рта, язык, верхняя челюсть, нижняя челюсть, верхняя губа, нижняя губа, слюнные железы, кожа лица и головы.

В тканях органов полости рта, лица и костях лицевого черепа могут встречаться опухоли любого гистологического типа. По происхождению они могут быть из соединительной ткани, эпителия, мы-

шечной, нервной и других тканей. В некоторых случаях обнаруживаются смешанные опухоли, состоящие из нескольких видов тканей.

Происхождение одонтогенных опухолей связано с развитием зубной системы. Некоторые из этих образований относят к опухолям условно, так как они представляют собой порок развития сосудов или кожи (отдельные виды ангиом, пигментные родимые пятна и др.). С этой точки зрения необходимо отличать истинные опухоли от опухолеподобных заболеваний.

Признаки истинных опухолей, общие для всех их форм, как доброкачественных, так и злокачественных, определяются большей или меньшей степенью атипичности их гистологического строения и неограниченным характером их роста. Основная биологическая особенность истинных новообразований в отличие от физиологических, нормальных гиперплазий, а также от инфекционно-воспалительных пролифератов состоит в том, что опухоли проявляют способность к неограниченному продолжению своего роста даже после устранения тех причин, которые его вызвали. Злокачественные опухоли характеризуются быстрым ростом, инфильтрируют и разрушают прилежащие ткани, имеют способность метастазировать по лимфатическим путям или кровеносным сосудам. Доброкачественные новообразования растут «из себя», раздвигая окружающие здоровые ткани, не склонны к инфильтрации и метастазированию.

В области лица и челюстей встречаются первичные опухоли и вторичные – метастазы из первичных очагов, локализующихся в других частях тела. Метастазирование в область лица и челюстей наблюдается в поздних стадиях развития злокачественной опухоли, при генерализации процесса. Ведущей жалобой при злокачественных опухолях является прогрессирующее нарушение формы или функции органа с переходом патологического процесса на соседние органы и ткани, сопровождающееся, как правило, изъязвлением в месте расположения новообразования, изменениями со стороны регионарных, реже отдаленных лимфатических узлов. По мере развития болезни, особенно при раке органов и тканей полости рта, появляется и усиливается местная самопроизвольная боль, которая увеличивает страдания больного тем, что склонна к иррадиации. Кроме того, отмечается постепенное ухудшение общего состояния больного в виде потери аппетита, похудания, слабости. В анамнезе таких больных обычно обнаруживается предшествующее появлению новообразования одно из предопухолевых заболеваний: дискератоз, хронический воспалительный

процесс, длительно не заживающая язва или трещина, пигментное пятно и др.

Возникновение и развитие доброкачественных опухолей протекают обычно еще более незаметно, на фоне удовлетворительного самочувствия. Опухоль чаще всего обнаруживается тогда, когда существенно изменяется форма какого либо органа при неизменной или незначительно нарушенной его функции. Болевые ощущения усиливаются при достижении опухолью больших размеров, а также, если она располагается в непосредственной близости к какому-либо нерву.

Успех лечения онкологического больного находится в прямой зависимости от раннего распознавания болезни. Врачи поликлинических отделений обязаны осматривать полость рта, исследовать кожные покровы, кости лицевого черепа, слюнные железы, регионарные лимфатические узлы с целью выявления опухоли или предопухолевого заболевания независимо от заболевания, с которым обратился больной.

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

При выявлении злокачественной опухоли или подозрении на нее больного следует направить в первичный онкокабинет медицинской организации по месту прикрепления или специализированное учреждение, где выполняется весь объем амбулаторных диагностических исследований, включая диагностическую биопсию. Биопсию у онкологического больного можно производить только в том лечебном учреждении, где хирургическое вмешательство выполняется квалифицированно, с соблюдением определенных требований, а иссеченная ткань соответствующим образом исследуется. Оперативно полученная информация служит для определения тактики в отношении больного с выявленной злокачественной опухолью. Срок рекомендуемых обследований для врача первичного звена не должен превышать 5–7 дней. После уточнения диагноза больной подлежит направлению в специализированное учреждение, так как там созданы наиболее благоприятные условия для обеспечения онкологических больных разнообразной специализированной помощью.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Стоматологическое обследование пациента предусматривает:

- сбор жалоб и анамнеза;
- осмотр (внеротовой и внутриротовой) и использование специальных методов исследования.

Жалобы пациента чаще касаются эстетических нарушений, функции жевания, появления болей, кровоточивости, подвижности зубов, запаха изо рта, чувства тяжести, ощущение инородного тела, дискомфорт. При сборе анамнеза выясняют наличие факторов риска, вредные привычки, наследственность, давность заболевания и перенесенные заболевания.

Стоматологический осмотр проводят в стоматологическом кресле при искусственном освещении, визуально с помощью набора диагностических инструментов: стоматологических зеркал, зондов, пинцетов.

При внеротовом обследовании оценивают:

- внешний осмотр, конфигурацию лица, наличие асимметрии и дефектов;
- вид кожных покровов: гиперемия, бледность, высыпания; в поздних стадиях с злокачественными заболеваниями кожа сухая с характерным желтушно-серым оттенком;
- степень выраженности носогубных складок;
- красную кайму губ (контур, характер смыкания, образование чешуек, корок);
- лимфоузлы (размер, подвижность, болезненность);
- область височно-нижнечелюстного сустава: степень открывания рта и смещения нижней челюсти, щелканье в суставе, болезненность.

При внутриротовом обследовании в преддверие полости рта оценивают:

- цвет, увлажненность, целостность слизистой оболочки, наличие отпечатков зубов;

Полость рта осматривают при широко открытом рте, оценивают состояние:

- всех поверхностей языка;
- слизистой оболочки дна полости рта; твердого и мягкого нёба, щечной поверхности и десен, альвеолярного отростка.

Следует обратить внимание на изъязвления, свищи, участки кератоза, ороговения, участки слизистой серовато-белого цвета, определяют плотность, размер, спаянность с окружающими тканями. При выявлении на слизистой оболочке каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора: разрушенная коронка зуба, острый край пломбы, некачественный зубной протез.

При пальпаторном исследовании сравнивают тургор тканей симметричных органов, определяют размеры инфильтратов, их консистенцию, плотность, болезненность, подвижность по отношению к окружающим тканям, выраженность кровоточивости.

Затем исследуется зона регионарного метастазирования. Для этого пальпируются все группы регионарных лимфоузлов не только на стороне поражения, но и на противоположной стороне. Определяют количество, локализацию, консистенцию, болезненность лимфоузлов. Нормальные лимфоузлы обычно мягкие, небольших размеров (1,0–1,5 см), овальной формы, подвижные, безболезненные. Метастатический узел увеличен в размерах до 6,0 см и более, плотный, иногда бугристый, безболезненный. В поздних стадиях он может быть частично или полностью фиксирован к окружающим тканям.

Признаки возможного озлокачествления предраковых состояний:

- длительное, вялое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- увеличение размеров патологического очага, несмотря на адекватное лечение;
- появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- кровоточивость.

Эти клинические процессы могут встречаться как порознь, так и в различных сочетаниях. В любом случае они должны насторожить врача. Наблюдение или консервативное лечение больного с предраковыми заболеваниями (без применения прижигающих, раздражающих средств, физиопроцедур) не должно превышать 3-х недельный срок во избежание появления запущенных в результате несвоевременной диагностики форм злокачественный опухолей.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При обследовании пациента с целью выявления онкозаболевания выясняют и уточняют факторы риска и фоновые процессы, которые приводят к развитию злокачественных новообразований.

Экзогенные неблагоприятные факторы:

- механические: грубая пища, различные виды зубных протезов и ортодонтических аппаратов, кариозные зубы, дефекты пломб, аномалии прикуса и положения отдельных зубов;
- химические раздражители: производственные (щелочи, кислоты в виде паров и аэрозолей и др.), бытовые (пряности, спирты, курение);
- температурные раздражители: горячая пища, прижигание губ сигаретой, горячий воздух при работе на некоторых предприятиях;
- метеорологические факторы: воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей, соленой воды;
- биологические факторы: дрожжеподобные грибы, бледная спирохета, палочка Коха.

Эндогенные факторы:

- стрессовые состояния;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- ксеростомия различной этиологии;
- облигатные предраки: кожный рог, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз, кератоакантома;
- факультативные предраки: бородавчатая и эрозивная форма лейкоплакии, папиллома с ороговением, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой хейлит.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА СОГЛАСНО МКБ–10 (МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ)

- Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки
- C00 Злокачественные новообразования губы
 - C01 Злокачественные новообразования основания языка
 - C02 Злокачественные новообразования других и неуточненных частей языка
 - C03 Злокачественное новообразования десны
 - C04 Злокачественное новообразование дна полости рта
 - C05 Злокачественное новообразование неба
 - C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта
 - C07 Злокачественное новообразование околоушной слюнной железы
 - C08 Злокачественные новообразования других и неуточненных-больших слюнных желез
 - C09 Злокачественное новообразование миндалина
 - C10 Злокачественное новообразование ротоглотки
 - C11 Злокачественное новообразование носоглотки
 - C12 Злокачественное новообразование грушевидного синуса
 - C13 Злокачественное новообразование нижней части глотки
 - C14 Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций губы, полости рта и глотки

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

Слизистая оболочка органов полости рта (СОПР) и подлежащие ткани представляют особую анатомическую сложность, обуславливающую специфику клинического течения и лечения развивающихся опухолей. Злокачественные опухоли, возникающие в полости рта, – это преимущественно различные виды плоскоклеточного рака.

Анатомические области и сегменты полости рта.

1. Слизистая оболочка:

- слизистая оболочка верхней и нижней губ;
- слизистая оболочка щек;
- ретромолярная область;

- щечно-альвеолярные складки, верхний и нижний своды преддверия полости рта;
- 2. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти.
- 3. Слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти.
- 4. Слизистая оболочка твердого неба.
- 5. Язык (корень языка относится к ротоглотке):
 - слизистая оболочка передних двух третей языка до валикообразных сосочков;
 - слизистая оболочка нижней поверхности языка.
- 6. Дно полости рта.

В передних двух третях языка локализуются 75 % всех злокачественных опухолей языка. Среди других локализаций злокачественных опухолей полости рта 12,9 % приходится на слизистую оболочку щек; 10–15 % – на дно полости рта; 8,9 % – на слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба; 6,2 % – на мягкое небо; 5,9 % – на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти; 1,5 % – на язычок мягкого неба и 1,3 % – на передние небные дужки.

Рак слизистой оболочки полости рта развивается у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. Наиболее часто болеют люди в возрасте 60–70 лет. В возрасте старше 40 лет число заболевших возрастает, и значительно сокращается после 80 лет. Однако, злокачественные опухоли полости рта встречаются и у детей. Многочисленный опыт изучения злокачественных опухолей СОПР показал, что у большинства больных они развиваются на патологически измененных тканях. Чаще всего это длительно протекающие воспалительные процессы различной этиологии и дискератозы, которые относятся к предраку.

Предрак – это динамическое состояние, которое переходит в рак в результате прогрессии: постоянного изменения свойств клеток в сторону злокачественности. Предрак переходит в рак не столько в результате качественных изменений (время, масса), сколько вследствие изменения биологической сущности клеток, накопления в них свойств, присущих злокачественной клетке.

Динамика предракового состояния может быть разной. В одном случае отмечается прогрессия и развитие рака; в другом – образование доброкачественной опухоли; в третьем – регрессия. Причины этих изменений неясны. Полагают, что они зависят от иммунобиологического состояния организма, длительности и интенсивности воздействия канцерогенного фактора. Экспериментальные данные и клинические

наблюдения свидетельствуют, что развитию опухоли предшествуют определенные патологические процессы.

Л.Д. Шабад (1967) различает четыре стадии в развитии злокачественной опухоли:

1. Неравномерная диффузная гиперплазия.
2. Очаговые разрастания (гипертрофия) на фоне диффузной гиперплазии из мультицентрических зачатков. Признаки незрелости и атипии.
3. Образование узла очаговых пролифератов, отграниченного от окружающих тканей (доброкачественная опухоль).
4. Малигнизация (метаплазия).

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Все факторы, способствующие возникновению предраковых состояний, подразделяются на две большие группы: экзогенные факторы (неблагоприятные воздействия внешней среды) и эндогенные (нарушение состояния всего организма).

Экзогенные факторы:

1. Механические раздражители: аномалии прикуса, неправильное положения отдельных зубов, некачественно изготовленные реставрации и протезы, патологическое стирание зубов, вредные привычки (удерживание во рту карандаша, ручки, гвоздей и т. д.).
2. Бытовые химические раздражители: пряности, высоко концентрированные растворы этилового спирта, табак (курение, жевание), негашеная известь (бетель). Табак оказывает грубое раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта. Никотин в табаке составляет от 2 % до 9 %. В организм при курении попадает примерно 20 % табачного дыма в котором содержится ряд продуктов крайне сильных по раздражающему действию: пиридиновые основания (переход никотина в пиридин – наиболее вредная сторона действия), синильная кислота, цианистые соединения, жирные кислоты, фенол и дегтярный осадок. В табачном дыму, помимо полициклических углеводородов, содержится 3-4 бензпирен и мышьяк. Одним из раздражающих моментов курения является термический фактор.
3. Производственные раздражители: щелочи, кислоты в виде паров и аэрозолей, другие химические вещества.
4. Хроническая термическая травма: горячая пища, многократное воздействие повышенных температур при курении: прижигание губ сига-

ретой (в зоне сгорания табака t достигает 4000°C), горячий воздух при работе на некоторых предприятиях.

5. Метеорологические факторы. Представляют собой комплекс неблагоприятных факторов внешней среды. К ним относят воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей соленой воды в условиях пониженной температуры и высокой влажности воздуха.

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

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

8. Химические раздражители. Они делятся на две большие группы бытовые и производственные. К первой группе относятся химические вещества, являющиеся частью пищевых продуктов, ко второй группе вещества с которыми сталкивается человек в процессе производства.

Эндогенные факторы.

Анатомо-физиологические предпосылки: Склонность слизистой оболочки полости рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы. Тенденция к ороговению усиливается с возрастом в связи с дегидратационным фактором клеток.

1. Стрессовые состояния: Роль острой психической травмы в возникновения дискератозов прослеживается на примере красного плоского лишая.

2. Заболевания желудочно-кишечного тракта. При хронических гастритах, энтеритах, колитах развиваются пара- или гиперкератозы.

3. Лихорадочные состояния.

4. Ксеростомия слизистой оболочки полости рта различной этиологии.

5. Красная волчанка, псориаз, ихтиоз.

ТИПЫ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ОРОГОВЕНИЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА

Кератоз, с клинической точки зрения, объединяет группу заболеваний кожи и слизистых оболочек невоспалительного происхожде-

ния, характеризующихся утолщением ороговевающего и образованием рогового слоев.

Гиперкератоз – значительное увеличение рогового слоя по сравнению с его толщиной при кератозе. Клинически проявляется в изменении цвета и рельефа слизистой оболочки. Это возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой оболочки образования белесоватого цвета (папулы, бляшки).

Дискератоз – нарушение физиологического процесса ороговения эпителия, при котором происходит дискератинизация и дегенерация клеток шиповатого слоя. Дискератоз может быть очаговым (ограниченным) и распространенным (диффузным).

Очаговый дискератоз проявляется в виде избыточного разрастания покрова (продуктивный). У других больных имеет вид дефекта, изъяна покрова (деструктивный). Чаще наблюдается сочетание обеих форм (смешанная).

Паракератоз – гистологическое понятие, характеризующееся нарушением ороговения, связанного с потерей клетками эпителия способности вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается разрыхление рогового слоя, частичное или полное исчезновение зернистого слоя. Для большинства участков слизистой оболочки это состояние в какой-то степени следует считать нормальным.

Акантоз – гистологический термин, характеризующий утолщение эпителия, за счет усиленной пролиферации базального и шиповатого слоев с повышением в них энергетического обмена (пролиферационный акантоз) или понижением обмена (ретенционный акантоз).

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.

К облигатным предракам относятся такие патологические процессы, которые почти неизбежно трансформируются в злокачественную опухоль.

При факультативных предраковых изменениях вероятность злокачественного превращения не столь велика, а в случае устранения канцерогенного воздействия может наблюдаться обратное развитие патологического процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОПР

А. Обязательные предраки с высокой степенью озлокачествления:

1. Болезнь Боуэна.
2. Эритроплакия Кейра.
3. Бородавчатый или узелковый предрак красной каймы.
4. Ограниченный предраковый гиперкератоз.
5. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

Б. Факультативные предраки с большей вероятностью озлокачествления (15-30%):

1. Лейкоплакия (веррукозная, эрозивно-язвенная).
2. Папилломатоз.
3. Кератоакантома.
4. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки.
5. Постлучевой стоматит и хейлит.
6. Хроническая декубитальная язва с псевдоэпителиоматозной гиперплазией.
7. Хроническая трещина губы с гиперкератозом.

КЛИНИКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОПР

Болезнь Боуэна. Локализуется чаще в отделах ротоглотки (небные дужки, мягкое небо, корень языка). Возможно поражение ретромолярных областей и красной каймы губ. Элементы поражения проявляются в виде эритем, папул, эрозий. Вначале возникает пятнисто-узелковое поражение диаметром 1,0 см и более. Поверхность участка гиперемирована, гладкая или бархатистая с мелкими сосочковыми разрастаниями. Возможны незначительные шелушение и зуд. Затем очаг поражения слегка западает, на его поверхности появляются эрозии. Гистологически это заболевание относят к «канцер ин ситу» - рак на месте (cancer in situ).

Эритроплакия Кейра. Впервые описана в 1921 г. На слизистой оболочке губ, щек появляются резко очерченные ярко красные очаги с мало заметным уплотнением в основании. Очаги слегка возвышаются над поверхностью слизистой. Поверхность очагов гладкая, гиперемированная, бархатистая.

Постепенно на поверхности очага появляются изъязвления, и в 100 % происходит перерождение в рак с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Бородавчатый предрак. Экзофитное образование СОПР, после соскабливания чешуек с которого, обнажается крупнобугристая поверхность со значительным или умеренным ороговением, могут наблюдаться петлевидные и атипичные сосуды.

Ограниченный предраковый гиперкератоз. Серо-желтый очаг «омозолелости» с мелкими блестящими чешуйками. Рельеф мелкобугристый, ороговение выраженное, вследствие чего сосудистая сеть не видна.

Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти. Очаги округлой или неправильной формы размерами от 0,5 до 1,5 см с как бы отполированным дном розовато-красного цвета, незначительно кровоточащее, особенно после снятия корочек. Эпителий по краям эрозии гиперплазирован.

Кератоакантома. Плотный на ощупь узелок овальной или округлой формы. Центр кратерообразно углублен и содержит роговые массы.

Гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки. Звездчатые выпуклые фигуры ороговения белого цвета. Рельеф мелкобугристый, ороговение умеренное и значительное, видны петлевидные сосуды. Красная волчанка характеризуется наличием участков атрофии.

Эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая и красной волчанки. Эрозия или язва с ровным и мелкобугристым рельефом, с возможным ороговением разной степени. Сосудистая сеть – крап, полосы, петлевидные сосуды.

Лейкоплакия (рис. 1). Плоская: белая с ровной поверхностью и умеренным ороговением бляшка, сосудистый рисунок – крап и полосы. Веррукозная: неравномерно возвышающийся серебристо-белого цвета мелкобугристый очаг со значительным ороговением, сосудистая сеть не просвечивает. Эрозивно-язвенная: поверхность лейкокератоза с изъязвлением, мелкобугристый рельеф с различной степенью ороговения и разнообразной сосудистой архитектоникой.

Ромбовидный глоссит (рис. 2) – воспалительный процесс на спинке языка в виде ромба. Для заболевания характерно хроническое течение (в течение нескольких лет). Больные жалуются на боль в языке, слюнотечение. При пальпации отмечается уплотнение языка.



Рис. 1. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта



Рис. 2. Ромбовидный глоссит языка

Папилломатоз. Участок с мелкими папилломами серо-белого или застойно-красного цвета, рельеф мелкобугристый, ороговение отсутствует или умеренное, сосуды петлевидные

Постлучевой стоматит и хейлит. Атрофичный рубец с ровным или мелкобугристым рельефом. На красной кайме губы – умеренное ороговение, которого нет на слизистой оболочке полости рта. Сосуди-

стая архитектоника весьма разнообразна: крап и полосы, петлевидные и атипичные сосуды.

Хроническая декубитальная язва. Глубокий дефект слизистой оболочки, покрытый фибрином. Рельеф дна мелко- или крупнобугристый, без ороговения, с наличием петлевидных и атипичных сосудов.

Хроническая трещина губы с гиперкератозом. Углубление с ровным рельефом и умеренным ороговением по дну и краям. Сосудистый рисунок – в виде полос, идущих от дна по стенкам трещины.

ПРИЗНАКИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

1. Длительное, вялое течение процесса.
2. Безуспешность консервативного лечения.
3. Увеличение размеров патологического очага, несмотря на проведенное адекватное лечение.
4. Появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага.
5. Кровоточивость.
6. Появление плотных, увеличенных, безболезненных регионарных лимфатических узлов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГУБ

Выявление больных раком губ является обязанностью врача любой специальности, так как опухоли этой локализации видны при внешнем осмотре. Опухоль, как правило, располагается в области нижней губы, в боковом ее отделе. Так как у большей части больных ее возникновению предшествуют те или иные предопухолевые заболевания, фоновые состояния, первые проявления опухолевого роста можно охарактеризовать как признаки атипичии заболевания.

К ним относятся:

- ускорение темпов роста новообразования и увеличение размеров патологического очага;
- усиление процессов ороговения (поверхность губы становится бугристой, складчатой, появляются роговые чешуйки);
- появление инфильтрации (уплотнения) тканей в основании экзофитных новообразований и вокруг эрозии, язвы, трещины;
- изъязвления, не склонные к заживлению;

- появление в области эрозии сосочковых разрастаний, кровоточащих при легкой травме;
- самопроизвольные ноющие боли.

Появление одного или нескольких перечисленных признаков позволяет заподозрить озлокачествление процесса. Раковая опухоль, достигающая 0,5–1,0 см в одном из измерений, имеет достаточно выраженную клиническую картину, характер которой зависит от формы опухолевого роста.

Экзофитная опухоль имеет вид папиллярного (сосочкообразного) либо фунгозного (грибовидного) разрастания с инфильтрированным основанием. В связи с травмой во время приема пищи, бритья и туалета губ она может изъязвляться. При этом возникает кровотечение. Иногда больные сами срывают или срезают экзофитно растущую опухоль. Поводом для обращения к врачу служит обнаружение больными опухоли, а еще чаще – совет родственников, сослуживцев, заметивших опухоль.

Инфильтративная форма опухоли характеризуется появлением уплотнения тканей губы, почти не возвышающегося над поверхностью красной каймы. Скорее наоборот, красная кайма в зоне поражения западает, втянута. Нередко она бывает покрытой корочками, после удаления которых возникает умеренное кровотечение. Боль появляется поздно. При этой форме, малозаметной для окружающих, больные поздно обращаются к врачу, поэтому уже при первом осмотре могут быть обнаружены признаки поражения регионарного лимфатического аппарата: появление плотных увеличенных безболезненных лимфатических узлов шаровидной формы в подподбородочной либо подчелюстной области.



Рис. 3. Злокачественные новообразования губ

Язвенно-инфильтративная форма опухолевого роста характеризуется наличием язвы, чаще овальной формы с приподнятыми в виде валика краями. Дно язвы прикрыто корочкой или серым налетом, после удаления которых видна мелкозернистая ткань, кровоточащая при прикосновении к ней. При этой форме опухолевого роста, раньше, чем при других, появляется боль и возникают кровотечения.

Пальпация является обязательным и весьма ценным диагностическим приемом, так как позволяет обнаружить или исключить наличие плотного инфильтрата в основании и вокруг язвы – клинический признак, имеющий большое значение для дифференциальной диагностики. Начинать исследование следует с пальпации одним пальцем. Для этого указательный палец кладут на поверхность красной каймы вдали от очага поражения и скользящим движением перемещают в его сторону. У больных с язвенно-инфильтративной и инфильтративной формой рака палец наталкивается на плотный край инфильтрата. Повторив аналогичное исследование с противоположной стороны, получают представление о протяженности инфильтрата во фронтальной плоскости. Затем проводят исследование двумя пальцами: захватывают край губы в области патологического очага большим и указательным пальцами.

При этом уточняют протяженность инфильтрата в переднезаднем направлении и связь его с подлежащими тканями. Во время пальпации подподбородочных и подчелюстных лимфатических узлов больной слегка наклоняет голову вперед и в ту сторону, которую исследуют в этот момент.

При обнаружении любого патологического процесса в области губ проводят дифференциальную диагностику с использованием тех же клинических критериев, что и при поражениях слизистой оболочки полости рта. Если в процессе дифференциальной диагностики не удастся полностью исключить наличие у больного злокачественной опухоли, то его следует, не теряя времени, направить на консультацию в специализированное онкологическое учреждение.

Когда же на основании анализа клинической картины врач предполагает наличие у больного доброкачественной опухоли, предопухолевого процесса, либо заболевания неопухолевого характера, можно продолжить обследование с использованием дополнительных методов исследования.

Дифференциальная диагностика рака губ может представлять трудности из-за большого разнообразия патологических процессов (заболеваний), поражающих эти органы.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯЗЫКА

Развитие опухолей и опухолеподобных образований в задней трети языка у детей, обычно связано с нарушением эмбриогенеза язычно-щитовидного протока (врожденные срединные кисты и свищи шеи) или щитовидной железы. У одних детей в корне языка могут локализоваться лишь отдельные эмбриональные участки щитовидной железы при наличии нормально развитой и нормально функционирующей щитовидной железы. У других детей в корне языка задерживается основная масса щитовидной железы, и в этом случае удаление «опухоли» приведет к развитию микседемы. Поэтому при наличии любого новообразования в корне языка ребенок должен быть обследован эндокринологом, а для уточнения диагноза проводится сканирование щитовидной железы и корня языка.

В детском возрасте в языке чаще встречаются дизембриональные опухоли, поэтому характер и локализация опухолей языка находятся в тесной зависимости от эмбриогенеза языка. В связи с этим опухоли языка у детей выделены в самостоятельную группу. Детям с новообразованиями такой локализации необходимо специальное обследование.

Рак языка занимает второе место после рака губы. Чаще заболевают мужчины старше 40 лет. Локализуется на боковых поверхностях (до 70 % случаев). Значительно реже поражается корень (около 20 %) и нижняя поверхность (около 10 %) языка.

Возникновению рака способствует хроническая травма, особенно боковых отделов языка, острыми краями корней и зубов, пломбы, коронки, кламмером протеза и др.

Рак языка обладает быстрым ростом, дает ранние и частые метастазы в регионарные глубокие шейные лимфатические узлы, нередко перекрестные и двусторонние метастазы.



Рис. 4. Злокачественные новообразования языка

Больные обращаются к врачу с жалобами на незаживающую язву (обычно около 1 см в диаметре). Однако иногда опухоли могут достигать больших размеров (4 см и более). В более поздних стадиях появляются боли, зуд, жжение.

Выделяют 3 анатомические формы рака органов полости рта:

- язвенная;
- инфильтративная;
- папиллярная.

При язвенной форме определяется язва с неровными, кровоточащими краями.

При инфильтративной форме отмечается сильный болевой синдром, пальпируется плотный инфильтрат, без четких границ, бугристый. Над инфильтратом отмечается истончение слизистой.

Папиллярная форма представлена опухолью, выступающей над поверхностью слизистой. Отличается более медленным ростом по сравнению с двумя другими формами.

Начальная стадия рака языка часто не имеет ярко выраженных симптомов, наблюдаются лишь неприятные ощущения. По мере увеличения язва может кровоточить, края ее становятся приподнятыми. При дальнейшем росте опухоль распространяется в подлежащую мышечную ткань, переходит на дно полости рта, альвеолярные отростки, небные дужки и глотку, наблюдается ограничение подвижности языка. Если присоединяется воспаление, возникают боли, становится болезненным глотание, затрудняется прием пищи. При наличии регионарных метастазов прощупывают увеличенные, плотные, смещаемые, безболезненные, округлой формы лимфатические узлы, которые впо-

следствии спаиваются друг с другом, с окружающими тканями и кожей, становятся неподвижными, могут изъязвляться.

Клиническое течение рака языка напоминает некоторые патологические процессы, такие как сифилис, туберкулез, актиномикоз, декубитальную язву и язвенно-некротическое порождение при заболеваниях крови.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Рак слизистой оболочки встречается сравнительно редко. Он развивается преимущественно на фоне лейкоплакии. Излюбленная локализация на слизистой оболочке по линии смыкания зубов. Клинически рак слизистой оболочки проявляется в виде язвенно-инфильтративного или бородавчатого поражения. По мере увеличения опухоль прорастает подлежащую мышечную ткань и кожу щеки, крыловидно-челюстную складку, область миндалина, может распространяться на челюстные кости. Метастазирует преимущественно в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Для рака слизистой оболочки альвеолярного края челюстей (десны) характерно возникновение боли и кровотечения при чистке зубов. Обычно вскоре появляется и другой характерный для рака этой локализации симптом – патологическая подвижность одного или нескольких зубов, вызванная разрушением краевого пародонта. Чаще рак возникает в заднебоковых отделах, в зоне перехода слизистой оболочки с альвеолярной части на основании языка. Характерным для этой локализации рака является боль во время приема острой пищи. При расположении опухоли вблизи средней линии, в зоне устья выводных протоков поднижнечелюстных слюнных желез, уже на ранних стадиях заболевания может возникать затруднение оттока слюны, сопровождающееся временным (после приема пищи) или постоянным увеличением поднижнечелюстной слюнной железы. Нередко при этом допускаются диагностическая ошибка. Опухоль принимают за проявление сиа-лодохита и производят неоправданное оперативное вмешательство – рассечение выводного протока слюнной железы.

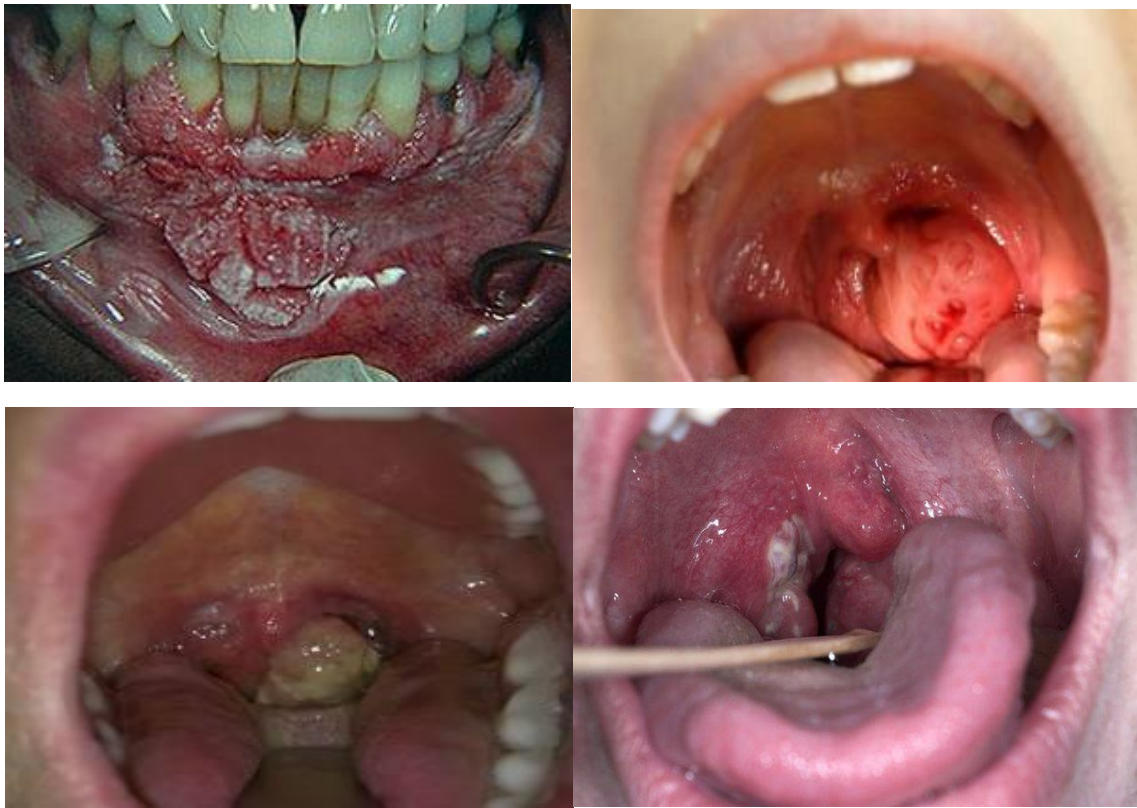


Рис. 5. Злокачественные новообразования слизистой оболочки рта

Для рака заднего отдела щеки, области крылочелюстной складки характерно появление боли при открывании рта, а на более поздней стадии (при распространении опухоли на наружную крыловидную мышцу) – развитие контрактуры нижней челюсти.

Язвенно-инфильтративная форма рака встречается чаще других форм (более чем у 65% больных). Форма и глубина раковой язвы варьируется в широких пределах в зависимости от локализации процесса и стадии заболевания. На ранней стадии опухолевого роста язвы, располагающиеся в области твердого неба, языка, щеки обычно имеют круглую форму. Края язвы приподняты в виде валика. Дно покрыто фибринозным налетом, после удаления которого видно кратерообразное углубление, как бы выстланное мелкозернистой тканью, кровоточащей при легком прикосновении. В области дна полости рта и небных дужек язва имеет овальную или неправильную форму. При локализации язвы в задних отделах дна полости рта она имеет щелевидную форму и напоминает по внешнему виду раковину моллюска с приоткрытыми створками.

По мере дальнейшего роста опухоли одновременно с увеличением язвы в размерах утрачивается геометрическая правильность ее контуров. Происходит это за счет изъязвления прилежащей слизистой

оболочки в виде выступов в том или ином направлении. При этом может обнаружиться подлежащая костная ткань. Если опухоль располагается в области альвеолярного края челюсти, происходит разрушение десны, тканей парадонта, появляется подвижность зубов.

Папиллярная (экзофильная) форма рака встречается приблизительно у 25% больных. При этой форме опухоль выглядит в виде участка уплотненной ткани, возвышающегося над окружающей слизистой оболочкой. Поверхность опухоли может быть бугристой покрытой чешуйками ороговевающего эпителия либо она представлена папиллярными разрастаниями розового цвета, напоминающими мелкую икру рыб. Папиллярные формы рака чаще возникают на фоне папилломатоза, веррукозной лейкоплакии. Достигнув определенного размера, папиллярные (экзофагитные) опухоли подвергаются травме во время приема пищи, чистки зубов. Возникает изъязвление опухоли, появляется боль, может наблюдаться кровотечение умеренной интенсивности.

Инфильтративная форма рака встречается относительно редко и представляет наибольшие трудности для диагностики. Больные с подобной формой заболевания обращаются за помощью к врачу довольно поздно, когда появляется выраженная боль, возникает ограничение подвижности языка. Объясняется это тем, что большинство людей понятие опухоль связывают с представлением о грибовидном образовании, реже – о язве.

При инфильтративной форме роста диагностические ошибки часто допускает врач. Плотный, малоблезненный инфильтрат, гиперемия покрывающей его слизистой оболочки, увеличенные регионарные лимфатические узлы – все это нередко расценивается как проявление специфического или неспецифического воспалительного процесса. Ставят диагноз «глоссит», «сиалодохит», «палатинит», «слюннокаменная болезнь», «актиномикоз» и подвергают больного необоснованной операции (порой неоднократной), длительному консервативному лечению, физиотерапии.

Стадия заболевания в целом определяет клиническую картину. Так в период доклинического развития опухоль себя ничем не проявляет. Из-за малых размеров ее невозможно обнаружить ни визуально (без использования специальной аппаратуры), ни пальпаторно. Жалобы больного определяются тем патологическим процессом, на фоне которого возник рак. Этот же процесс определяет те данные, которые можно получить в ходе осмотра и пальпации полости рта и ротоглотки.

В период распространенного роста и генерализации опухоли специфичность жалоб и данных объективного исследования больного постепенно утрачивается. Больные жалуются на постоянную, интенсивную боль с широкой зоной иррадиации, затрудняющую или полностью нарушающую жевание, глотание; слабость, нарушение сна (из-за боли). Нарушение питания, интоксикации, больные быстро теряют вес, нарастает истощение и обезвоживание вплоть до кахексии. Характерен гнилостный запах изо рта в результате плохого гигиенического ухода за полостью, некроза опухоли и развития гнилостной микрофлоры. На этой стадии заболевания (3–4 ст.) при осмотре полости рта обычно выявляется распадающаяся опухоль, которая распространяется на несколько анатомических зон. Детальное обследование полости рта часто бывает затруднено из-за выраженной контрактуры нижней челюсти. Определяются увеличенные регионарные лимфатические узлы, которые могут быть спаяны с окружающими тканями или между собой, образуя пакеты.

РАК НЕБА

Рак нёба не имеет каких-то особенных признаков, но субъективные ощущения, возникающие еще на ранних стадиях развития, могут вызвать определенное беспокойство. Так, больные отмечают непривычную консистенцию слизистой на месте патологического очага: это может быть плотная бляшка, а может, наоборот, размягченный участок. При дотрагивании до этого места кончиком языка ощущается кисловатый привкус, а сам очаг кажется окруженным валиком или выступающим над поверхностью. Если на этой стадии не обратиться к врачу, либо врач не продиагностирует то рак нёба переходит в язвенную стадию, с последующим распадом тканей, распространением по полости рта и метастазированием в другие органы.



Рис. 6. Злокачественные новообразования неба

РАК СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак слюнной железы представляет собой злокачественное поражение околоушной, подчелюстной и подъязычной железистой ткани, которое сопровождается атипичным и бесконтрольным делением мутированных клеток. Заболевание считается достаточно редким, поскольку диагностируется в 1–2 % онкологических случаев.

Как и в случае других злокачественных опухолей, точная причина рака слюнных желез неизвестна. Доброкачественные опухоли слюнных желез встречаются намного чаще злокачественных. Данная опухоль не связана с генетическими мутациями, а поэтому не возникает у родственников пациента с раком слюнных желез.

Самым распространенным симптомом рака слюнной железы является припухлость на одной стороне лица, обычно спереди от ушной раковины или под нижней челюстью (рис. 7). У некоторых пациентов также отмечается онемение или асимметрия лица вследствие поражения лицевого нерва.



Рис. 7. Злокачественные новообразования слюнных желез

Данные симптомы нередко возникают и при других, доброкачественных состояниях, а поэтому не всегда являются признаками рака слюнной железы. Тем не менее, как и другие злокачественные опухоли, рак слюнных желез намного лучше отвечает на лечение при раннем выявлении.

Раковые заболевания данной локализации развиваются в двух основных формах:

1. Карцинома.

Преимущественно, злокачественное новообразование слюнных желез формируется в толще околоушной железы и на первичном этапе развития имеет вид плотного, безболезненного узла, не спаянного с близлежащими тканями. Со временем опухоль постепенно прорастает в соседние структуры и вследствие этого патологические ткани теряют свою подвижность, а кожа данной области приобретает красноватый оттенок. На поздних стадиях рак подчелюстной слюнной железы сопровождается интенсивными приступами боли, а в случаях вовлечения в процесс жевательных мышц у пациентов наблюдается контрактура (ограниченное открытие рта). Примерно у половины онкобольных происходит метастазирование первичного злокачественного новообразования в региональные лимфатические узлы, которые иногда увеличиваются больше чем раковая опухоль.

2. Саркома.

Источником данного вида поражения является мышечная ткань слюнной железы. Характерной чертой саркомы считается быстрый инфильтративный рост с ранним образованием метастазов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

Рак челюсти – это злокачественное новообразование, которое развивается на челюстных костях и исходит из костной ткани. Выделяют рак верхней и нижней челюсти, однако именно вторая форма распространена больше. Клиническая картина в обоих случаях схожа:

- болевой синдром;
- деформация челюстной кости;
- асимметрия лица;
- смещение зубов;
- подвижность зубов;
- нарушение глотательной функции;
- ограничение подвижности челюсти.

Иногда опухоль может разрастаться в полость носа, орбиту глаза, пазуху верхней челюсти и т. д. Выделяют 2 типа рака челюстей:

1. Первичный. Данную форму диагностируют, если опухоль образовалась на челюстной кости. К ней относятся остеосаркома, гигантоклеточная злокачественная опухоль, саркома Юинга. Саркома прогрессирует гораздо быстрее обычной раковой опухоли.
2. Вторичный. Данную форму диагностируют в случае, если на одну из челюстей распространились метастазы с других опухолей. Место локализации этих опухолей – это голова и шея.

Опухоли обычно имеют небольшой размер. Выявить их в начале развития затруднительно, но чем раньше будет поставлен диагноз, тем оптимистичнее будут для больного прогнозы.

На начальных этапах развития болезнь протекает бессимптомно, что затрудняет ее выявление. Однако со временем симптомы дают о себе знать. Признаки, характерные для опухоли верхней и нижней челюстей отличаются, поскольку напрямую зависят от места локализации самого новообразования. При раке верхней челюсти первичной формы первыми проявляются следующие симптомы:

- болевые ощущения, которые возникают самопроизвольно;
- головные боли;
- выделения гнойного характера из носовой пазухи;
- онемение отдельных участков кожи на лице.

При вторичной форме рака появляются симптомы, которые напрямую зависят от месторасположения опухоли. Если новообразо-

вание расположено в передненижнем отделе, то болезнь сопровождается следующими симптомами:

- щеки опухают;
- немеют интактные зубы, появляются болевые ощущения;
- зубы становятся шаткими;
- деформируется овал лица;
- альвеолярный отросток увеличивается в размере.

Если опухоль образовалась в задневерхнем отделе и развивается по направлению к нижнему отделу глазницы, это сопровождается следующими симптомами:

- деформируется глаз;
- повышается слезотечение;
- возникают невралгические боли, отдающие в виски.

Рак первичной формы дает о себе знать тоже не сразу, но со временем начинает проявляться:

- болевыми ощущениями в интактных зубах;
- частичным онемением нижней губы;
- шаткостью и постепенным выпадением зубов.

Рак вторичной формы сопровождается следующими симптомами:

- изъязвлением альвеолярной области;
- гнилостным запахом изо рта;
- острой болью, которая возникает при пальпации;
- кровотечением из язвы;
- сведением челюстей;
- развитием кахексии.

По причине неярко выраженной симптоматики нередко начало развития болезни либо не замечают, либо начинают лечить другое заболевание (например, зубы). Однако это не только не дает результатов, но и усугубляет ситуацию. Поэтому при наличии характерных симптомов стоит сразу же направить к узкому специалисту.

РАК КОЖИ

Рак кожи – одна из распространенных локализаций злокачественных опухолей человека в челюстно-лицевой области. Характеризуется относительной длительностью и медленным прогрессированием течения. В южных широтах рак кожи лица встречается значительно чаще чем в северных. Частота рака кожи, особенно открытых ее участков, находится в прямой зависимости от влияния профессиональных вредностей, обусловленных различными канцерогенами, которые образуются при переработке каменного угля, нефти, горючих сланцев и т.д. Рак кожи примерно с одинаковой частотой встречается как у мужчин, так и у женщин. Средний возраст больных раком кожи колеблется от 50 до 70 лет.

По гистологическому строению существуют две основные формы заболевания – базальноклеточный (базалиома) и плоскоклеточный (с ороговением или без него) рак.



Рис. 8. Рак кожи

Базальноклеточный рак

Базальноклеточный рак составляет 70–75 % случаев рака кожи, характеризуется разнообразием клинических форм и многообразием их течения.

Плоскоклеточный рак

При раке кожи наиболее часто поражается лицо (обычно область носа, век, щек, ушных раковин). Поскольку какого-либо определенно-го соответствия между клиникой заболевания и гистологическим строением опухоли нет, целесообразно пользоваться классификацией, основанной на особенностях клинического проявления рака кожи:

- 1) поверхностная форма; 2) инфильтрирующая (глубокая) форма;
- 3) папиллярная (фунгозная) форма.

Поверхностный рак кожи

Поверхностный рак кожи проявляется в виде плотноватых белесых, желтоватых узелков или серовато-белых бляшек. Они могут располагаться над уровнем кожи или интрадермально. Иногда в области появившейся опухоли больные отмечают зуд. В дальнейшем в центральной части узелка развивается эрозия или множественные изъязвления, вследствие чего на этом участке кожи возникает дефект. В ряде случаев поверхностный дефект может рубцеваться, однако повторяющееся отторжение эпидермиса приводит к образованию плоских кровоточащих изъязвлений, которые периодически покрываются корочками. Часто повторяющаяся травма кожной поверхности способствует распространению процесса на здоровые участки кожи.

Инфильтрирующая (глубокая) форма рака

Инфильтрирующая (глубокая) форма рака проявляется либо в виде образования глубокой язвы, либо в виде плотного опухолевого узла. Кожа над узлом может быть неизменной или умеренно гиперемированной. В процессе роста такая опухоль постепенно становится несмещаемой, изъязвленной. Чаще всего по гистологическому строению она представляет собой плоскоклеточный рак, способна давать метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Папиллярная (фунгозная) форма рака кожи

Папиллярная (фунгозная) форма рака кожи имеет вид опухолевого узла на ножке или на широком основании. Иногда напоминает цветную капусту.

Дифференциальный диагноз при раке кожи следует проводить с хроническими процессами, которые сопровождаются образованием гранулемы, – туберкулезом, сифилисом, глубоким микозом, доброкачественными и злокачественными опухолями соединительнотканного происхождения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с предраковыми заболеваниями, опухолями из малых слюнных желез, специфическими и неспецифическими воспалительными процессами.

Новообразования малых слюнных желез (полиморфная аденома, мукоэпидермоидная опухоль и т.д.) локализуются чаще в задних отделах языка или на твердом небе. Рост образований медленный, локализация чаще на боковой поверхности языка, реже – в области средней линии. Образования округлой формы, покрыты неизменной слизистой оболочкой, при пальпации плотные. С целью диагностики необходимо провести цитологическое исследование пунктата.

Воспалительные процессы протекают с образованием болезненного инфильтрата. Проведение противовоспалительного лечения приводит к быстрому купированию процесса. Специфические воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта встречаются реже и обычно имеют вторичный характер. В диагностике помогают специфические серологические реакции и биопсия.

Рак органов полости рта в начальной стадии необходимо дифференцировать от первичного *сифилитического склероза* (твердого шанкра), *герпетического гингивостоматита*, в более поздней стадии – от *туберкулезной язвы* и распавшейся гуммы.

Дифференциальная диагностика *папилломы языка* с папиллярной формой рака обуславливается тем обстоятельством, что рак языка у ряда больных в начальной стадии развития проявляется в виде сосочковых выростов, выступающих над поверхностью эпителиальных покровов языка, напоминающих папилломы, которые довольно часто наблюдаются на языке. Так, Н.А. Федосов (1968) из 34 больных с доброкачественными эпителиальными опухолями языка у 32 отметил папилломы. Отличием папиллярных форм рака от папиллом является то, что эта форма рака характеризуется наличием на языке плотных выростов, инфильтрацией их основания, отсутствием четких границ между уплотненными и здоровыми тканями, появлением изъязвлений в области выростов и кровоточивостью. Папилломы языка обычно имеют ножку. Консистенция их мягкая, мягкое и основание. Не подвергаясь механической травме, папилломы не изъязвляются и не кровоточат.

Дифференциальная диагностика раковой язвы языка с *травматической язвой* определяется следующими общими симптомами:

сходством внешнего вида, локализацией в области заднебоковых отделов языка и иногда наличием увеличенных регионарных лимфатических узлов. Отличие раковой язвы языка от травматической состоит в том, что раковая язва имеет плотные бугристые края, покрытые крупнозернистой кровоточащей тканью, напоминающей грануляционную ткань. В основании язвы пальпируется инфильтрат. При метастазировании в регионарные лимфатические узлы на шее либо в подчелюстной области пальпируется плотный, безболезненный узел, вначале подвижный, а в более поздний период – спаянный с подлежащими тканями. Травматическая язва возникает в результате хронической травмы языка острым краем зуба, зубного протеза, кламером. Обычно она поверхностная, имеет неправильную форму, четкие границы с окружающими тканями, окаймлена болезненным, умеренно выраженным инфильтратом с венцом гиперемии. Дно ее розовое, покрытое желтым фибринозным налетом. При устранении травмирующей причины язва быстро заживает. Регионарные лимфатические узлы умеренно болезненны, имеют эластическую консистенцию, подвижны.

Дифференциальная диагностика раковой язвы с туберкулезной язвой обуславливается тем обстоятельством, что у них имеются похожие признаки, характеризующиеся изъязвлением, которое распространяется по поверхности и в глубь тканей, увеличением подподбородочных лимфатических узлов. Отличие раковой язвы от туберкулезной в том, что раковая язва безболезненна, имеет неровное, плотное дно и вывороченные твердые, бугристые края, с инфильтрацией подлежащих тканей.

Туберкулезная язва характеризуется резкой болезненностью, имеет мелкозернистое дно и подрытые мягкие края. Инфильтрация прилежащих тканей не определяется. Лимфатические узлы в подподбородочной области соединяются в пакеты, имеют умеренно плотную консистенцию и слегка болезненны при пальпации.

Дифференциальная диагностика рака слизистой оболочки органов полости рта с первичным сифилитическим склерозом (твердым шанкром) необходима ввиду наличия следующих общих клинических проявлений: оба заболевания проявляются в виде безболезненных язв, с плотным основанием и краями, без воспалительных изменений в окружающих тканях, сопровождаются увеличением лимфатических узлов в подподбородочной области, которые также оказываются безболезненными. Отличие рака от твердого шанкра в том, что раковая язва развивается весьма медленно под корочкой, при снятии которой

возникает кровотечение. Увеличение лимфатических узлов в подбородочной области наступает через сравнительно длительный срок после появления раковой язвы. При этом узлы имеют плотную консистенцию, вначале бывают подвижными и лишь позднее спаиваются с окружающими тканями. При твердом шанкре язва характеризуется ровной поверхностью, покрыта буроватого цвета корочкой, при снятии которой кровотечения, как правило, не наблюдается. Отмечается лишь скудное серозное отделяемое, придающее поверхности язвы специфический зеркальный блеск. Часто в центральной части язвы, реже по всей поверхности, имеется плотный налет серовато-желтого цвета (цвета испорченного сала). У некоторых больных в центре язвы наблюдаются мелкие геморрагии. Увеличение подбородочных лимфатических узлов до размера вишни или даже голубинового яйца обычно возникает на 5–7-й день после появления твердого шанкра. При этом не все узлы имеют одинаковые размеры. Нередко один из них бывает больше, чем другие. В отделяемом с поверхности твердого шанкра обнаруживаются бледные трепонемы.

Дифференциальная диагностика раковой язвы с распавшейся сифилитической гуммой. Сифилитическая гумма губы является уникальным заболеванием. Но именно из-за крайней редкости гуммы эти два заболевания трудно различить, ибо сифилитическая гумма и раковая язва имеют инфильтрированные края и плотное дно. Отличие их состоит в том, что сифилитическая гумма при ее распаде представляется весьма глубокой с отвесными гладкими краями и как бы сальным дном, покрытым желтым налетом.

Дифференциальная диагностика узловатой (инфильтративной) формы рака языка с актиномикозом необходима из-за следующего общего признака: наличия в боковых отделах, спинке или корне языка ограниченных, безболезненных уплотнений, свойственных возникновению как ракового, так и актиномикотического процесса.

Отличие ракового процесса от актиномикотического состоит в том, что инфильтрат при раковом процессе довольно быстро переходит в раковую язву с характерными для нее признаками. При актиномикотическом процессе инфильтрат чаще медленно, постепенно размягчается, вскрывается наружу точечными свищами, из которых выделяется небольшое количество гнойного экссудата и, выбухают грануляции. Рядом можно обнаружить ранее зарубцевавшиеся очаги, чего не бывает при раке.

Дифференциальная диагностика рака с герпетическим стоматитом определяется наличием сходства в их внешних проявлениях: при обоих поражениях изъязвленные поверхности покрыты коричневой или темной коркой, при удалении которых определяется кровотечение. Язва при герпетическом поражении, также как и при раковом, может сопровождаться увеличением подбородочных лимфатических узлов.

Отличие ракового поражения от герпетического состоит в том, что рак обычно развивается на фоне дискератоза, папиллом, хронических трещин и других изменений слизистой оболочки. При этом раковое поражение начинается с возникновения на измененной красной кайме бляшки, похожей на струп при кожных ссадинах, которая постепенно увеличивается, уплотняется и по периферии имеет валикообразные твердые края. При герпетических поражениях наблюдается следующая динамика элементов поражения: на фоне розового пятна появляется группа пузырьков, которые, вскрываясь, образуют эрозию с неровными, мелкосетчатыми краями, окруженную ободком гиперемии. Возникновение эрозии сопровождается появлением чувства жжения и зуда. Пальпируемые иногда увеличенные подподбородочные лимфатические узлы имеют мягкую консистенцию и болезненны.

ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИИ

Комплексная профилактика включает первичную (доклиническую), вторичную (клиническую).

Под первичной профилактикой ЗНО понимается предупреждение возникновения ЗНО путем устранения воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни.

Направления первичной профилактики

Онкологическая профилактика

Основные: такими являются образ жизни питание человека. Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю курения. Большое значение придаётся действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, электромагнитному излучению, установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями и возникновением ЗНО.

Биохимическая профилактика

Имеет целью предотвращение воздействия канцерогенов **путем применения нитратного загрязнения** окружающей среды, в том числе воды и пищи.

Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оценивается снижением заболеваемости на 70–80%.

Медико-генетическая профилактика

Выделяются семьи с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям. Часто решающее значение имеют эндокринные факторы.

Иммунобиологическая профилактика

Проводится путем выделения людей с иммунологической недостаточностью. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после пересадки органов и тканей, а также при лечении аутоиммунных заболеваний.

Эндокринно-возрастная профилактика

Проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза.

Теоретически эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением заболеваемости на 10 %.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по выявлению предопухолевых заболеваний, ранней диагностике онкозаболеваний, что обеспечивает эффективность лечения. Диспансеризация населения, формирование групп повышенного риска и их углубленное обследование позволяют повысить выявляемость предраковых и злокачественных новообразований на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.

Риск увеличивается с возрастом; большинство случаев заболевания наблюдается у людей в возрасте за 45 лет и у мужчин почти в два раза чаще, чем у женщин.

НАВИГАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТА

Любая информация о больном составляет врачебную тайну. Врач должен подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Сообщать больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса лечение в онкодиспансере не всегда возможно. Больного лучше ориентировать, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дообследования в онкодиспансере.

Важно понимать, что в задачу медицинских работников не онкологического профиля, в том числе смотровых кабинетов ФАП/ФП не входит установление точного диагноза. Врач должен только заподозрить патологию и направить пациента к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование. При подозрении на злокачественное новообразование заполняется форма сигнального извещения смотрового кабинета (Приложение №7 к Алгоритму организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на территории Томской области, распоряжение ДЗТО от 18.07.2013 №406).

Направление пациента в специализированное учреждение осуществляется по утвержденной форме направления **057/у-04**.

Контактная информация:

ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер»

634050, г. Томск, пр. Ленина, 115

Тел.: 8-913-821-6300

справочная: (3822) 909-516

регистратура: (3822) 909-505

Клиника Томского НИИ онкологии

634028, г. Томск, ул. Савиных 12/1

Тел.: (3822) 41-80-72

регистратура: (3822) 42-00-51 –

Консультативно-диагностическое отделение

Томского НИИ онкологии

634050, г. Томск, пер. Кооперативный, 5

ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА РАКА ПОЛОСТИ РТА

В настоящее время на рынке существуют различные приборы для экспресс скрининга предрака и рака полости рта. Наибольшую популярность, по данным литературы, приобрела система «Визилайт». Принцип ее работы основан на следующем: когда клетки мутируют из нормальных в раковые, они претерпевают множество изменений. Одно из изменений, происходящих в клетке – это расширение (раздувание) ядра клетки в ускоренном темпе. ДНК начинает занимать все больший процент клетки. Ядро клетки может увеличиваться относительно цитоплазмы до тех пор, пока не займет почти 100% объема всей клетки.

Для врачей в арсенале на сегодняшний день существует мощное диагностическое средство – «Визилайт Плюс», которое помогает идентифицировать, оценивать, наблюдать и маркировать атипичные поражения слизистой оболочки рта и губ, которые, возможно, претерпевают выше описанные дисплазические изменения.

Специальный раствор для полоскания рта пациента, входящий в набор «Визилайт Плюс», слегка подсушивает клетки слизистой оболочки ротовой полости, делая их более выпирающими, а, следовательно, более видимыми. Свет слабой интенсивности, излучаемый специальным одноразовым фонариком, проникает вплоть до базальной мембраны, где ядра клеток более крупные, отражаясь от таких атипичных клеток в виде белого свечения на поверхности слизистой оболочки ротовой полости и делая эти клетки легко обнаруживаемыми.

«Визилайт Плюс» - система, использование которой занимает всего 2-3 минуты.

Этапы проведения исследования:

Шаг 1: Проведите стандартный осмотр ротовой полости пациента.

Шаг 2: Попросите пациента прополоскать рот специальным раствором «Визилайт Плюс». Подсушите слизистую оболочку ротовой полости слабым напором воздуха из шприца «вода-воздух». Пока пациент полощет рот, активируйте специальный одноразовый источник света «Визилайт Плюс», надломив его посередине до характерного хруста, и вставьте его в одноразовый держатель для фонарика.

Шаг 3: Наденьте специальные очки «Визилайт» и проведите осмотр ротовой полости пациента с использованием специального ис-

точника света «Визилайт» (рис. 9). Ищите поражения слизистой оболочки ротовой полости, которые могут отчетливо светиться белым светом. Отметьте все обнаруженные светящиеся белым цветом участки ротовой полости на топографической карте полости рта пациента. Шаг 4: Если Вы обнаружили подозрительное поражение слизистой оболочки ротовой полости, и травма данного участка слизистой была исключена, то используйте систему для маркировки поражений слизистой оболочки ротовой полости красителем «ТиБлю». Участок синего цвета – это поражение слизистой оболочки языка, прокрашенное TBlue® (рис. 10).



Рис. 9. Осмотр ротовой полости пациента с использованием специального источника света «Визилайт»

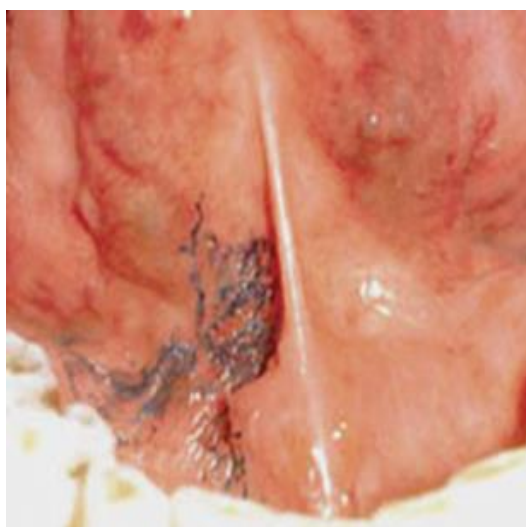


Рис. 10. Участок синего цвета – поражение слизистой оболочки языка, прокрашенное TBlue

По возможности сфотографируйте прокрашенный с помощью «ТиБлю» участок слизистой оболочки ротовой полости. Направьте пациента немедленно к специалисту для взятия образцов ткани на биопсию из прокрашенного участка слизистой.

Шаг 5: Утилизируйте одноразовый источник света «Визилайт» и запишите в историю болезни пациента результаты проведенного теста.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКТ «АФС-Д» ДЛЯ ОСМОТРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Комплект «АФС-Д» (ООО «Полироник», г. Москва) позволяет проводить визуализацию (или осмотр) слизистой оболочки рта (СОР) в свете флуоресценции (рис. 10). Комплект состоит из аппарата медицинского назначения «АФС-400» (Регистрационное удостоверение № ФСР 2011/106669), защитных очков для пациента и специальных очков для врача-стоматолога (рис. 11).

Аппарат «АФС-400» включает в себя светодиоды с длиной волны излучения в фиолетовой области спектра (400 ± 10 нм). При освещении полости рта аппаратом «АФС-400» излучение с длиной волны 400 ± 10 нм поглощается эндогенными флуорофорами слизистой оболочкой рта (СОР) и вызывает их флуоресценцию. В результате возникает эндогенная или аутофлуоресценцию СОР, которую врач стоматолог наблюдает через специальные очки. Входящие в состав комплекта очки с желтым светофильтром позволяют врачу стоматологу визуально наблюдать возникающее флуоресцентное свечение. Защитные очки блокируют излучение светодиодов и предназначены для защиты глаз пациента.



Рис. 11. Комплект «АФС-Д»

Осмотр СОР в свете эндогенной или аутофлуоресценции проводится при выключенном освещении. Для избегания попадания возбуждающего излучения в глаза пациенту надевают специальные очки. Излучение аппарата «АФС-400» направляют в полость рта и через специальные очки проводят визуальный осмотр всех отделов полости рта. При осмотре слизистой оболочки губ их оттягивают вперед и вы-

врачи, а для осмотра слизистой оболочки щек и боковой поверхности языка пациента просят широко открыть рот и повернуть голову в сторону. Одновременно захватывают кончик языка пальцами, оттягивая его в сторону. Для осмотра дна полости рта, нижней и верхней поверхности языка больного просят широко открыть рот, наклонить голову слегка вниз, а язык либо вытянуть вперед, либо поднять вверх. Осмотр слизистой оболочки мягкого и твердого неба проводят при запрокинутой назад голове больного и широко открытом рте.

Особое внимание обращают на цветовую палитру свечения нормальной СОР и участков аномального свечения. При освещении светодиодным аппаратом «АФС-400» нормальная слизистая оболочка щеки, мягкого и твердого неба имеет зеленое свечение. Очаги воспаления (пародонтиты, гингивиты) имеют красное свечение, обусловленное наличием эндогенных порфиринов как продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры. Слизистая оболочка языка имеет темно-зеленое свечение, однако на поверхности языка могут визуализироваться очаги красной флуоресценции различной интенсивности. Красную флуоресценцию дают эндогенные порфирины, выделяемые микрофлорой при наличии бактериального налета (рис. 12а). Аутофлуоресцентное свечение очагов предрака (веррукозной лейкоплакии и плоского лишая) значительно отличается от свечения здоровой СОР. В большинстве случаев эти очаги визуализируются в виде темных участков с неровными краями без видимого свечения. В зависимости от состояния полости рта свечение этих очагов может иметь красновато-коричневый или розовый оттенок. Очаги, находящиеся в стадии ремиссии заболевания, имеют, как правило, зеленое свечение и не выявляются на фоне здоровой СОР.

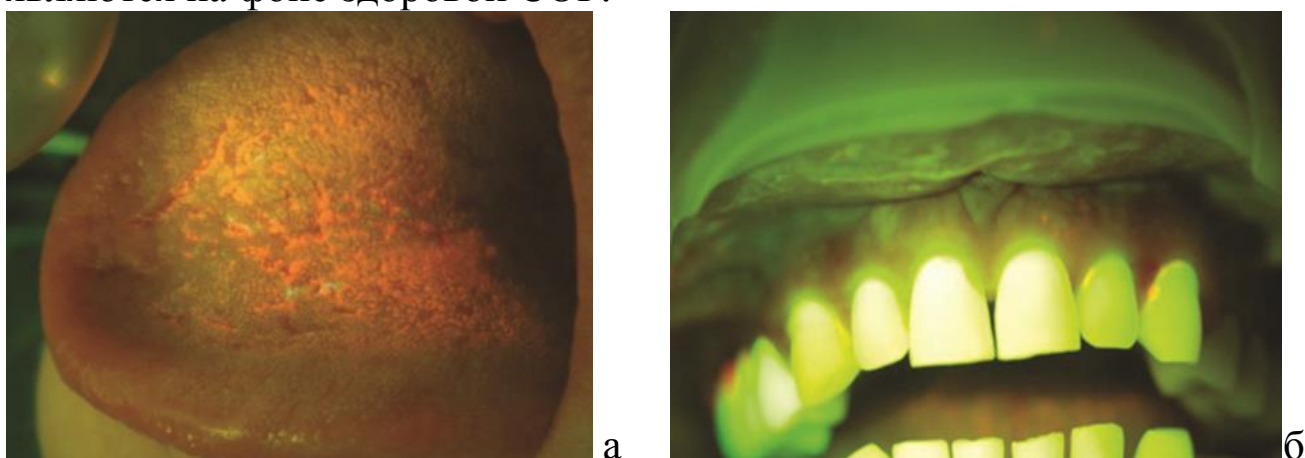


Рис. 12. Эндогенная флуоресценция а) языка (бактериальный налет); б) слизистой десны при воспалительных процессах

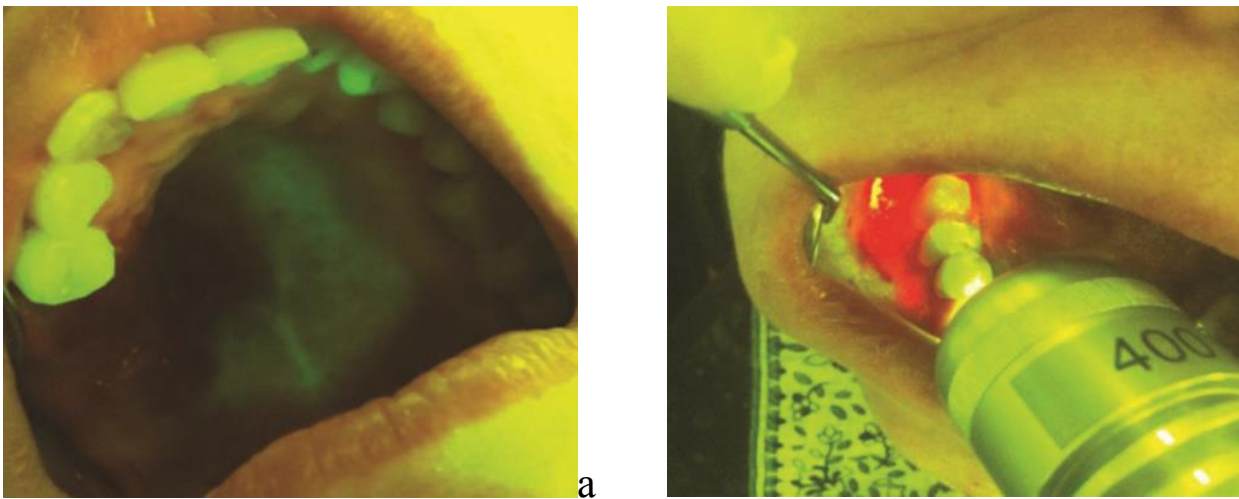


Рис 13. Аутофлуоресценция СОР а) при раке слизистой оболочки твердого неба справа (затемнение на фоне зеленого свечения здоровой СОР); б) при раке слизистой оболочки альвеолярного отростка и щеки справа (красное свечение).

Аутофлуоресцентное свечение эпителиальных карцином имеет ярко выраженные отличия от свечения здоровой СОР. Очаги рака СОР либо не имеют свечения – эффект «темного пятна» (рис. 13а), либо имеют красную очаговую флуоресценцию различной интенсивности (рис. 13б).

Осмотр СОР с экзогенным фотосенсибилизатором Комплект «АФС-Д» также может быть использован при фотодинамической терапии и флуоресцентной диагностике воспалительных заболеваний пародонта с любым препаратом из класса порфиринов или хлоринов (Аласенс, Фотодитазин, Фотолон, Рададент-плюс). Он позволяет выявлять очаги флуоресценцию фотосенсибилизатора, предварительно введенного в полость рта. В соответствии с задачей обследования осмотр проводится после нанесения и изоляции фотосенсибилизатора, в ходе лазерного воздействия и после проведения фотодинамической терапии. Присутствие в очагах воспаления активного фотосенсибилизатора детектируется по наличию характерной красной флуоресценции хлорина.

Приложение

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА ПО TNM

T – **первичная опухоль**

T_X – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ – первичная опухоль не определяется.

T_{is} – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).

T₁ – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T₂ – опухоль до 4 см в наибольшем измерении.

T₃ – опухоль более 4 см в наибольшем измерении.

T_{4a} – опухоль прорастает компактную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу.

T_{4b} – опухоль прорастает крылонебную ямку, боковую стенку глотки или основание черепа, или затрагивает внутреннюю сонную артерию.

Примечание: К глубоким мышцам языка относятся: подъязычная мышца, шиловязичная мышца, подбородочно-язычная мышца, небно-язычная мышца. У больных, у которых имеются сомнения в распространении опухоли на кость, надо выбирать низшую (т.е. менее распространенную) категорию по TNM. Если при сцинтиграфии определяется очаг патологически повышенного накопления радиофармпрепарата, то опухоль относится к категории T₄.

N/pN – **регионарные лимфатические узлы**

N_x – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов.

N₀ – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ – метастазы в одном лимфоузле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении.

N₂ – метастазы в одном или нескольких лимфоузлах на стороне поражения до 6 см и менее в наибольшем измерении или метастазы в лимфоузлы шеи с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2a} – метастазы в одном лимфоузле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2b} – метастазы в нескольких лимфоузлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2c} – метастазы в лимфоузлы с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.

N₃ – метастазы в лимфоузле более 6 см в наибольшем измерении.

M – **отдаленные метастазы**

M_X – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ – нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ – имеются отдаленные метастазы.

G – **патоморфологическая дифференцировка**

G_x – степень дифференцировки не может быть установлена.

G₁ – высокая степень дифференцировки.

G₂ – средняя степень дифференцировки.

G₃ – низкая степень дифференцировки.

G₄ – недифференцированная опухоль.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель Е. М. Онкология: справочник практического врача / Е. М. Аксель; под ред. И. В. Поддубной – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 767 с.
2. Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / Е. М. Аксель, М. Н. Давыдов // Вестник РОНЦ им. Блохина. – 2006. – С. 76-82.
3. Блинова Н. Н. Краткое руководство по диагностике и стадированию рака в развивающихся странах / Н. Н. Блинова, М. М. Константинова – СПб.: СОТИС, 2001. – 200 с.
4. Боровский Е. В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
5. Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка: учебно-методическое пособие / О. П. Чудаков, Л. Е. Мойсейчик, Т. Б. Людчик, Л. Г. Быкадорова – Мн.: БГМУ, 2007. – 39 с.
6. Кондон Р. Клиническая хирургия / Р. Кондон, Л. Найхус / пер. с английского – М.: Практика. – 1998. – 716 с.
7. Лангле Р. П. Атлас заболеваний полости рта / Р. П. Лангле, К. С. Миллер; под ред. Л. А. Дмитриевой / пер. с английского – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 224 с.
8. Мерабишвили В. М. Выживаемость онкологических больных / В. М. Мерабишвили. – СПб.: ООО «Фирма Коста», 2006. – 440 с.
9. Основные медико-статистические показатели оказания онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга в 2009-2013 годах / Г. М. Орлов и др. – СПб: МИАЦ, 2014. – 99 с.
10. Оценка тяжести общего состояния больного по системе SAPS: метод. пособие (J.R. Le Gallet al., 1984).
11. Распоряжение ДЗТО от 18.07.2013, № 406 «Алгоритм организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на территории Томской области (онкологический кластер)».
12. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология: учебник / Т. Г. Робустова, И. Ф. Ромачева, И. С. Карапетян – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

13. Справочно-методические материалы по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний у населения Томской области. – Томск, 2015 – 47 с.
14. Трезубов В. Н. Стоматология: учебник / В. Н. Трезубов, С. Д. Арутюнов – М.: Медицинская книга, 2003. – 580 с.
15. Чиссов В. И. Онкология национальное руководство / В. И. Чиссов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 1072 с.
16. Юрмазов Н. Б. Предраковые заболевания слизистой оболочки и красной каймы губ: учебное пособие / Н. Б. Юрмазов, О. А. Шелепанова – Кемерово, 2008. – 100 с.

Учебное издание

Ю.В. Шлегель, Т.В. Домнич, Д.И.Тазин

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Методические рекомендации

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать **10.12.2015**

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист 3

Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru