

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования «Северо-Осетинская  
государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Методические рекомендации**

**«ОНКОЛОГИЯ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ**

**Раздел 5. Злокачественные опухоли верхней и нижней губы, слизистой  
полости рта.**

Владикавказ 2016г.

УДК:

ББК

Печатается по решению Центрального методического совета ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская медицинская академия» министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №... от .. 201 г.

Рецензенты:

- 1.
- 2.

**Преподавание разделов дисциплины «онкология» в клинической ординатуре:** методические рекомендации для преподавателей доцент С.М. Козырева – Владикавказ: СОГМА, 2016. - 92с. зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В., ст. лаборант Саутиева М.Г.

Методические рекомендации предназначены в помощь преподавателям медицинских Вузов в организации учебного процесса на кафедрах онкологии последипломного медицинского образования. Рекомендации составлены в соответствии с рабочей программой дисциплины «Онкология» основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования для обучающихся в ординатуре по специальности «Онкология». В рекомендациях предусмотрены теоретические и практические формы организации обучения клинических ординаторов, последовательность проведения занятий для систематизации знаний по клиническому течению, диагностике, лечению, профилактике злокачественных новообразований.

**СОГМА, 2016г.**

**Составители:**

**к.м.н. доцент Козырева С.М.  
зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В.  
ст. лаборант Саутиева М.Г.**

**ТЕМА 1. "Злокачественные опухоли верхней и нижней губы, слизистой полости рта".**

1. Продолжительность: 8 академических часов (1 академический час - 45 мин).

2. Место проведения: онкологический диспансер.

3. **Цель занятия:**

- Осмыслить лекционный материал, детально обсудить возможности выявления рака губы и слизистой полости рта на амбулаторном приеме. Изучить стандартную методику обследования больных с подозрением на рак нижней губы, распознать это заболевание на амбулаторном приеме.
- Обучить ординаторов основам диагностики опухолей губы и слизистой полости рта, губы, клиническому обследованию больных, выбору метода лечения на этапах медицинской помощи, диспансеризации и проведению профилактических мероприятий.

Для этого необходимо:

3.1. Систематизировать знания о биологической сущности опухоли, бластоматозных факторах и причинах, способствующих возникновению рака губы, слизистой оболочки полости рта.

3.2. Изучить принципы построения классификации новообразований.

Место онкологии в системе противоопухолевой службы.

Диспансеризация больных со злокачественными опухолями губы, слизистой полости рта.

3.3. Обучить ординаторов проведению обследования и составления плана лечения больных данных локализаций.

3.4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у ординаторов клинических навыков обследования и лечения больных данной локализацией.

3.5. Истоки темы: исходные знания ординаторы приобрели на кафедрах: нормальной и патологической анатомии, патологической физиологии, гистологии и цитологии, хирургии, терапии.

3.6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для освоения методов ранней диагностики и принципов лечения рака щитовидной железы, губы, слизистой полости рта.

**Мотивация темы занятия.** Рост заболеваемости раком слизистой полости рта и высокий показатель поздней диагностики диктует необходимость знания и внедрения мероприятий по своевременной диагностике этого заболевания. Необходимость овладения методами дифференциальной диагностики между раком нижней губы и предраковой патологией этого органа.

**План занятия.**

1. Контрольные тестовые задания.

2. Устно-речевой опрос по теоретическому материалу (этиология и факторы риска, предраковые заболевания, клиническая и морфологическая классификации, клинические проявления ранних и поздних форм, методы диагностики (инструментальные,

морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения).

**Контрольные вопросы:**

- Как осуществляется лимфоотток из нижней губы?
- Могут ли при раке нижней губы, расположенном слева от средней линии, возникнуть метастазы в л/у правой подчелюстной области?
- Способствующие факторы возникновения рака нижней губы?
- Назовите предраковые заболевания нижней губы.
- Чем отличается операция Ванаха от операции Крайля?
- Что такое хейлит?
- На основании чего можно заподозрить рак слизистой полости рта?
- Каким путем можно добиться снижения смертности от рака слизистой полости рта?
- Возможно ли осуществление активного скрининга на рак слизистой полости рта?
- Факультативные предраки этого заболевания.

**3. Заслушивание и обсуждение рефератов:**

- Роль смотрового кабинета в выявлении рака слизистой полости рта.
- Роль стоматологов в своевременной диагностике рака слизистой полости рта.
- Современные методы лечения рака слизистой полости рта.
- Красная волчанка (эрозивная форма), лейкоплакия (эрозивная и веррукозная), красный плоский лишай – факультативные предраки полости рта.

**4. Практическая работа ординаторов:**

**4.1. Клинический разбор больных на амбулаторном приеме.**

Обучение методики правильного осмотра слизистой полости рта.

Освоение методики взятия мазков на цитологическое исследование.

Освоение методики постановки диагноза согласно международной TNM-классификации.

**4.2. Решение ситуационных задач.**

**Злокачественные опухоли полости рта** – новообразования, происходящие из клеток эпителиальной и соединительной ткани, проявляющие склонность к инфильтративному росту, метастазированию. У онкобольных на слизистой возникает язвенное или папиллярное поражение. Наблюдается болезненность при приеме пищи и во время разговора. Присутствует иррадиация боли в ухо, висок. Диагностика состоит из сбора жалоб, клинического осмотра, рентгенографии, цитологического исследования. Эффективным методом лечения злокачественных опухолей полости рта является комбинация лучевой терапии с хирургическим удалением новообразования.



**Злокачественные опухоли полости рта** – неопластические процессы, развивающиеся из поверхностного эпителия, клеток соединительной ткани. В РФ среди всех онкологических заболеваний злокачественные опухоли полости рта диагностируют у 3% пациентов, в США этот показатель равен 8%. В Индии новообразования ротовой полости выявляют у 52% онкобольных. Наиболее часто встречаются опухоли языка. Второе место по распространенности занимают поражения щечной области. Реже всего диагностируют новообразования языка мягкого неба и небных дужек. Злокачественные опухоли полости рта обнаруживают преимущественно у мужчин после 50-60 лет. Частота регионарного метастазирования достигает 50-70%. Отдаленные метастазы выявляют у 3% пациентов.

### **Причины**

К местным причинам, вызывающим появление злокачественных опухолей полости рта, в стоматологии относят механические травмы. В месте контакта слизистой с острыми краями протеза, разрушенными стенками зубов возникает язвенная поверхность. Длительное воздействие раздражающих факторов приводит к озлокачествлению декубитальной язвы. Быстрая трансформация клеток эпителия наблюдается у пациентов с низким уровнем гигиены, а также при наличии вредных привычек. Агрессивное воздействие на слизистую оболочку полости рта оказывает курение наса и бетеля.

Развитие злокачественных опухолей полости рта вызывают такие предраковые заболевания, как эритроплазия Кейра, язвенная и веррукозная формы лейкоплакии, болезнь Боуэна. Неблагоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки ротовой полости постоянное употребление горячих, пряных, острых продуктов. Профессиональные вредности, чрезмерное УФ-излучение также могут спровоцировать перерождение слизистой, способствуя появлению злокачественных опухолей полости рта. Дефицит ретинола приводит к нарушению процессов десквамации, вследствие чего существенно возрастает риск неопластических процессов.

## **Классификация**

Эпителиальные злокачественные опухоли полости рта разделяют на две основных категории:

1. Рак in situ. Сопровождается трансформацией эпителиальных клеток, при этом признаки вовлечения в неопластический процесс базальной мембраны отсутствуют. Интраэпителиальный рак является наиболее благоприятной формой среди всех злокачественных опухолей полости рта, поскольку раковые клетки не распространяются за пределы первичного очага.
2. Плоскоклеточный рак. К этой группе относят ороговевающий, неороговевающий плоскоклеточный рак и низкодифференцированный неопластический процесс. У больных нарушается целостность базальной мембраны, трансформации подвергаются окружающие ткани.  
В стоматологии различают три степени малигнизации:
  1. G1. Определяются множественные эпителиальные жемчужины. Присутствует незначительный ядерный полиморфизм. Атипичные митозы встречаются в единичных случаях. Межклеточные связи не нарушены.
  2. G2. Эпителиальные жемчужины выявляют редко. Наблюдается ядерный полиморфизм. Определяют несколько фигур атипичного деления клеток. Межклеточные связи нарушены.
  3. G3. Обнаруживают одиночные эпителиальные жемчужины. Выражен клеточный, ядерный полиморфизм. Наблюдается большое количество атипичных митозов. Присутствуют гигантские многоядерные клетки.

## **Симптомы**

При злокачественных опухолях полости рта выявляют язвы или папиллярные разрастания слизистой. В латентном периоде жалобы, как правило, отсутствуют. Со временем появляется болезненность при жевании, во время разговора. Для злокачественных опухолей полости рта характерна иррадиация боли в ухо, висок. При эндофитном типе роста новообразования на слизистой выявляют язву небольших размеров с выраженным инфильтратом у основания. Папиллярные злокачественные опухоли полости рта представляют собой разрастания эпителия. В начальном периоде слизистая над патологически измененными тканями в цвете не изменена, новообразование четко отграничено от здоровых тканей. В дальнейшем опухоль прорастает в смежные участки, поверхность подвергается изъязвлению.

При раке языка наиболее часто диагностируют поражение боковых поверхностей, корня. Выражен болевой синдром. Интенсивность боли возрастает во время жевания, глотания. При осмотре выявляют язву неправильной формы с уплотненными краями, которая кровоточит даже от незначительного повреждения. При пальпации у основания язвенной поверхности обнаруживают плотный инфильтрат. При новообразованиях дна полости рта возникает ощущение инородного тела под языком. Также выражен болевой синдром. Наблюдается гиперсаливация. Злокачественные опухоли полости рта могут распространяться на смежные участки, поражая язык, альвеолярный отросток, слюнные железы, мышечную ткань. При раке слизистой щеки выявляют язвенные или папиллярные элементы поражения. Больные указывают на болезненность во время приема пищи. При вовлечении в патологический процесс жевательных мышц нарушается открывание рта. Опухоли неба быстро изъязвляются, что вызывает выраженную болезненность. При экзофитных новообразованиях появляется ощущение стороннего тела в гортани.

## **Диагностика**

Постановка диагноза злокачественные опухоли полости рта базируется на основании жалоб, данных анамнеза, результатов физикального осмотра и цитологического исследования. Во время клинического обследования врач-стоматолог выявляет кровоточащую язвенную поверхность неправильной формы с плотным разлитым инфильтратом у основания. Провести грань между участком поражения и здоровыми тканями не удастся. При экзофитном типе роста опухоли в полости рта образуется плотное новообразование грибовидной формы. Подлежащие ткани инфильтрированы. У пациентов со злокачественными опухолями полости рта регионарные лимфоузлы увеличены, уплотнены, безболезненны.

Цитологическое исследование соскоба, взятого с поверхности неопластического образования, проводят для определения степени дифференцировки метаплазированных тканей, а также с целью обнаружения уровня митотической активности опухоли. В состав обязательного диагностического минимума при злокачественных опухолях полости рта входят рентгенография челюстей, УЗИ шейного отдела, рентген грудной клетки, анализ крови. Дифференцируют злокачественные опухоли полости рта с предраковыми заболеваниями, декубитальной язвой, а также с туберкулезными, актиномикотическими и сифилитическими поражениями. Обследование проводит челюстно-лицевой хирург и онколог.

## **Лечение**

Основными методами лечения злокачественных опухолей полости рта являются лучевая терапия и хирургическое удаление новообразования. Во время начальной стадии канцерогенеза достичь регрессии опухоли удастся с помощью дистанционного излучения и брахитерапии. Кроме воздействия на первичный очаг поражения, лучевой терапии подвергается также зона регионарного метастазирования. Лечение злокачественных опухолей полости рта III-IV степени включает пред- и послеоперационную лучевую терапию, химиотерапию. Во время хирургического вмешательства новообразование удаляют вместе с подлежащими тканями. При распространении неопластического процесса на челюсть осуществляют краевую или сегментарную резекцию кости.

Если после воздействия лучевой терапии на зону регионарного метастазирования лимфоузлы уменьшились в размере, оперативное вмешательство не проводят. При отсутствии положительной динамики показано иссечение шейных лимфоузлов. При наличии метастазов, спаянных с кивательной мышцей, выполняют операцию Крайля, которая заключается в удалении лимфоузлов, клетчатки, слюнных желез, кивательной мышцы, внутренней яремной вены. Прогноз при злокачественных заболеваниях полости рта зависит как от степени канцерогенеза, так и от выбора метода лечения. Выживаемость при опухолях I степени – 80%, II степени – 60%, в случае III степени – 35%. При злокачественных опухолях полости рта IV степени прогноз неблагоприятный. Регрессии новообразования удастся достичь только в отдельных клинических случаях.