

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»**

**Кафедра онкологии**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ У НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
(Методические рекомендации)**

**ИРКУТСК  
2012**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного  
профессионального образования «Иркутская государственная медицинская  
академия последипломного образования»

Кафедра онкологии

В.В. Дворниченко, И.В. Ушакова, А.В. Шелехов,  
Р.И. Расулов, Е.В. Панферова

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ У НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**  
(Методические рекомендации)

Иркутск — 2012

## Термины и определения

**Атипия (атипичное перерождение, атипичный процесс, тканевый атипизм)** - гистологическая характеристика клеток, говорящая о том, что клетки ткани или органа изменены и склонны к появлению злокачественной опухоли.

**Диагностика заболевания** – совокупность медицинских услуг, результатом которых является установление диагноза заболевания.

**Злокачественное новообразование (ЗНО)** – заболевание, характеризующееся появлением бесконтрольно делящихся клеток, способных к инвазии в прилежащие ткани и метастазированию в отдаленные органы, и связанное с нарушением пролиферации и дифференцировки клеток вследствие генетических нарушений.

**Запущенная форма злокачественного новообразования** – заболевание, характеризующееся наличием бесконтрольно делящихся клеток с инвазией в прилежащие ткани и метастазами в отдаленных органах (ЗНО IV клинической группы).

**Инкурабельный.** Слово образовано от латинского «curabilis» — излечимый, способный вылечиться, и отрицающей приставки «in». Означает неизлечимый, не подлежащий лечению, безнадежный случай. Онкологи между собой называют таких больных «квартами» — то есть больными с четвертой стадией процесса (quarto на латыни).

**Малигнизация,** от латинского слова «malignus» — злой, зловредный, губельный, и означает переход неизменных клеток ткани или доброкачественной опухоли в злокачественную форму.

**Предраковое (предрак) или предопухоловое состояние** - означает наличие в организме человека изменений, из которых может развиваться злокачественная опухоль. Изменения могут обязательно привести к раку — их называют **облигатными** (например, полипы) или же заболевания с длительным течением и меньшей вероятностью озлокачествления— **факультативный предрак.**

УДК 616.31/321-006-07(571.53)

ББК 55.694.32

Р 22

Утверждено Методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО «\_\_» \_\_\_\_  
2012г.

### **Рецензенты:**

В.Г. Лалетин - Доктор медицинских наук,  
профессор кафедры онкологии и лучевой  
терапии ГБОУ ВПО ИГМУ;

О.В. Бакланова - Кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры онкологии и лучевой  
терапии ГБОУ ВПО ИГМУ

Дворниченко В.В., Ушакова И.В., Шелехов А.В., Расулов Р.И.,  
Панферова Е.В.

Ранняя диагностика онкологических заболеваний полости рта и  
глотки у населения Иркутской области (методические рекомендации).  
Иркутск: 2012. 33 с.

### **Аннотация:**

В методических рекомендациях для врачей первичного звена,  
врачей-специалистов освещены основные факторы онкориска,  
изложены симптомокомплексы опухолей различных локализаций,  
методы первичной диагностики и применяемые методы специального  
лечения.

Отражена тактика врача общей практики при подозрении или  
выявлении злокачественной опухоли у пациента, а также в процессе  
дальнейшего его наблюдения.

Представлены сопутствующие и фоновые заболевания,  
являющиеся причиной развития злокачественных новообразований.  
Изложены понятия о первичной и вторичной профилактике  
злокачественных новообразований.

Методические рекомендации для врачей первичного звена, врачей-  
специалистов

## ВВЕДЕНИЕ

Социальное и медицинское значение проблемы злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, как и опухолей других локализаций, продиктовано высокой заболеваемостью и смертностью больных в результате несвоевременной диагностики и недостаточной осведомленности о клинике заболеваний и лечебной тактике.

Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения. В медицине есть такое понятие - "онкологическая настороженность", т.е. врач любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре пациента исключить симптомы, подозрительные на онкологическую патологию.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей первичного звена, врачей-специалистов и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного.

Общее число выявленных случаев ЗНО губы, полости рта и глотки в 2011г. – 288 случаев от общего числа выявленных злокачественных новообразований Иркутской области 9955, составляет – 2,9%. (РФ- 2-4%).

Первичная заболеваемость губы, полости рта и глотки – 11,9 на 100 000 населения.

В структуре первичной заболеваемости губы, полости рта и глотки ведущими локализациями являются злокачественные новообразования (ЗНО) полости рта – 43,1%, ЗНО глотки – 37,5%, ЗНО губы – 19,4%.

В возрастной группе 55-64 года наибольший удельный вес имеют ЗНО полости рта и глотки, ЗНО губы развиваются в возрасте 70 лет и старше.

К сожалению, у 60–80% больных с впервые установленным диагнозом рака полости рта и глотки определяются III–IV стадии заболевания.

В структуре запущенности (III-IV стадии заболевания) – ведущее место принадлежит – ЗНО глотки 90,7% (98 случаев из 108), полости рта – 73,4% (91 из 124), губы – 28,6% (17 из 56).

По числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом полости рта и глотки в 2011г. Иркутская область занимает третье место среди 12 территорий Сибирского

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ЗНО – злокачественное новообразование

КТ – компьютерная томография

МАИР – Международное агентство по изучению рака

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

УФ-радиация – ультрафиолетовая радиация

ФДТ – фотодинамическая терапия

Для проведения морфологического исследования, в случае отсутствия данной лаборатории в учреждении, руководителем учреждения должен быть заключен договор с учреждением, имеющим данный вид исследования.

**2. Предрак** — это динамическое состояние, которое переходит в рак в результате прогрессии, т.е. постоянного изменения свойств клеток в сторону злокачественности.

**1) Кератозы без тенденции к озлокачествлению:**

- начальная форма лейкоплакии,
- мягкая лейкоплакия,
- географический язык

**2) Факультативный предрак в широком смысле (с частотой озлокачествления до 6%):**

- плоская лейкоплакия,
- гиперкератозная форма красного плоского лишая,
- пемфигоидная форма красного плоского лишая.

**3) Факультативный предрак в узком смысле (с частотой озлокачествления от 6 до 15%):**

- бородавчатая, эрозивная формы лейкоплакии,
- бородавчатая форма красного плоского лишая,
- эрозивная форма красного плоского лишая,
- гиперластическая форма ромбовидного глоссита

**4) Облигатный предрак с возможностью озлокачествления более 16%:**

- язвенная форма лейкоплакии,
- келоидная форма лейкоплакии,
- язвенная форма красного плоского лишая,
- фолликулярный дискератоз,
- болезнь Боуэна,
- атрофический кератоз,
- пигментная ксеродермия,
- вульгарный ихтиоз

(Классификация Н.Ф. Данилевского и Л.И. Урбановича (1979)).

**3. Признаки 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 признаки могут встречаться как порознь, так и в различных сочетаниях. В любом случае они должны

Федерального округа после Новосибирской области и Красноярского края.

По числу запущенных больных - второе место (83,1%) после Забайкальского края (84,0%).

Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансерное обследование населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Таким образом, основной задачей врача первичного звена, врача-специалиста в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Для удобства восприятия представленного материала по ранней диагностике онкопатологии в методических рекомендациях приведены таблицы основных симптомов, методов первичной диагностики, и возможные варианты лечения. Срок рекомендуемых обследований для врача – специалиста не должен превышать 5 – 7 дней. После уточнения диагноза больной подлежит направлению для проведения уточняющей диагностики и лечения в онкологическое учреждение.

**Морфологическое исследование** — абсолютно необходимый этап обследования онкологического больного, даже при отсутствии у врача сомнений в наличии новообразования. Тканевая принадлежность опухоли определяет характер лечения больного.

Например, если у больного выявлена ретикулосаркома, то может быть применено комбинированное лечение: лучевая терапия + радикальная операция, т.к. эта морфологическая разновидность сарком радиочувствительна. Если у больного диагностирована фибросаркома, то необходимо радикальное хирургическое вмешательство, т.к. данная морфологическая форма саркомы радиорезистентна.

Знание морфологической принадлежности новообразования помогает врачу правильно выбрать химиопрепарат для проведения лекарственного лечения. Кроме того, морфологическое подтверждение диагноза новообразования необходимо с юридических позиций, ибо большинство операций у больных злокачественными опухолями являются калечащими.



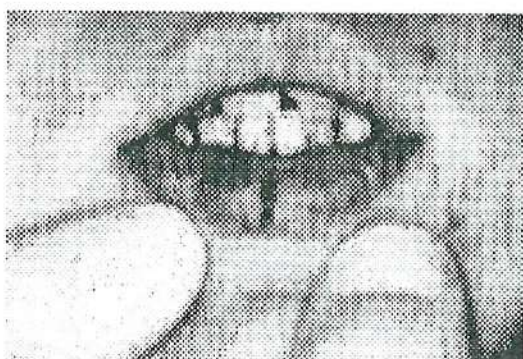
**Факторы риска:** различные фоновые процессы и предопухолевые состояния слизистой оболочки губы.

**Фоновые процессы:**

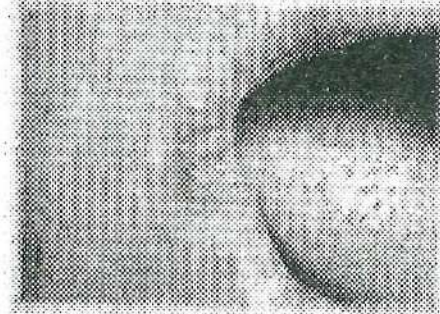
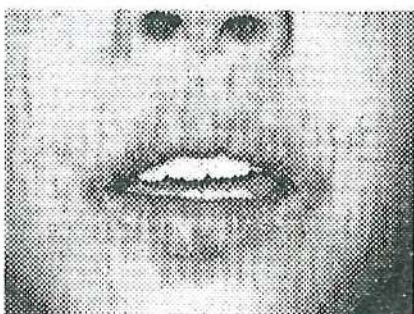
1. плоская форма лейкоплакии,



2. хронические язвы и трещины губ,



3. атмосферный и актинический хейлит.



**Облигатные предраки (с высокой частотой озлокачествления):**

1. кожный рог,
2. бородавчатый предрак,
3. ограниченный гиперкератоз,
4. кератоакантома.

насторожить врача. Наблюдение или консервативное лечение больного (без применения прижигающих, раздражающих средств, физиопроцедур (не должно в этом случае превышать 3-недельный срок во избежание появления запущенных в результате несвоевременной диагностики форм злокачественных опухолей).

**При указанных признаках и условиях лечения выше, пациенты должны быть направлены в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», каб. № 219 с направлением (приказ МЗ Иркутской области от 07.10.2010г. № 315)**

**4. Предраковые состояния имеют своеобразную морфологическую картину, которой свойственны:**

- гиперплазия эпителия (чрезмерное разрастание клеток покровного или железистого эпителия);
- увеличение количества митозов (клеток в фазе деления);
- появление клеточной атипии (клеток с измененной формой);
- гиперкератоз (усиление ороговения эпителия).

**Группа пациентов с указанной морфологической картиной должны быть направлены в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» каб. № 219 с направлением (приказ МЗ Иркутской области от 07.10.2010г. № 315).**

## Рак губы

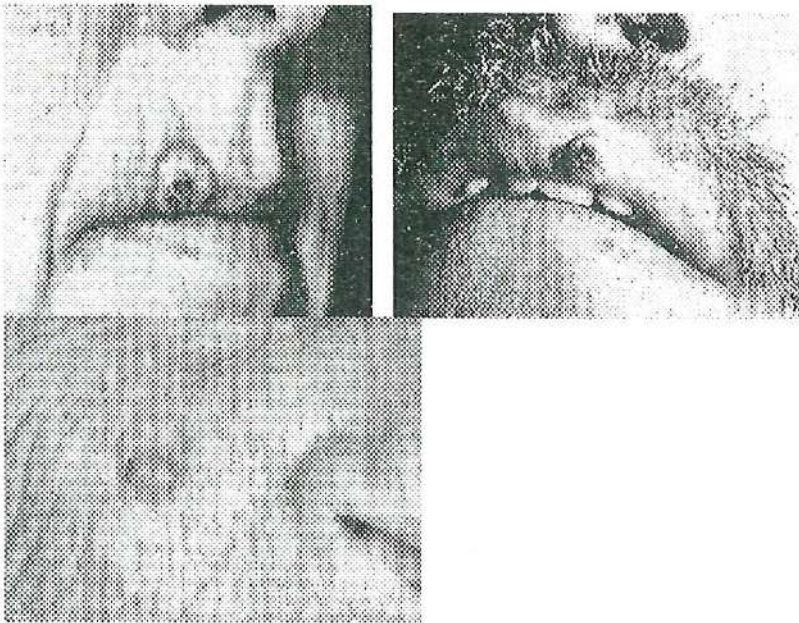


Рак губы. Фото: ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» Иркутской области. Кабинет № 219.



Рак губы. Фото: ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» Иркутской области. Кабинет № 219.

С учетом доступности для осмотра данная патология является одной из немногих, выявляемых в большинстве случаев на ранних стадиях.



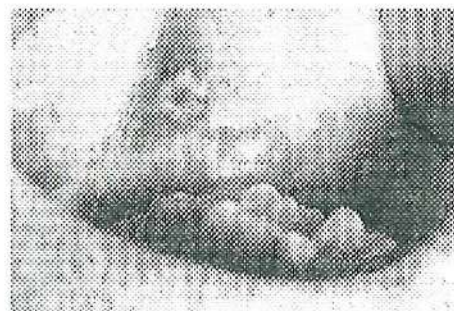
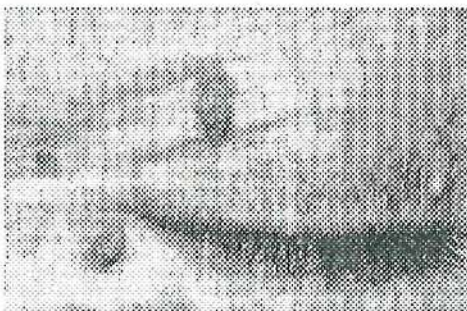
**Факультативные предраки (с малой частотой озлокачествления):**

**1. бородавчатая и эрозивная формы лейкоплакии,**



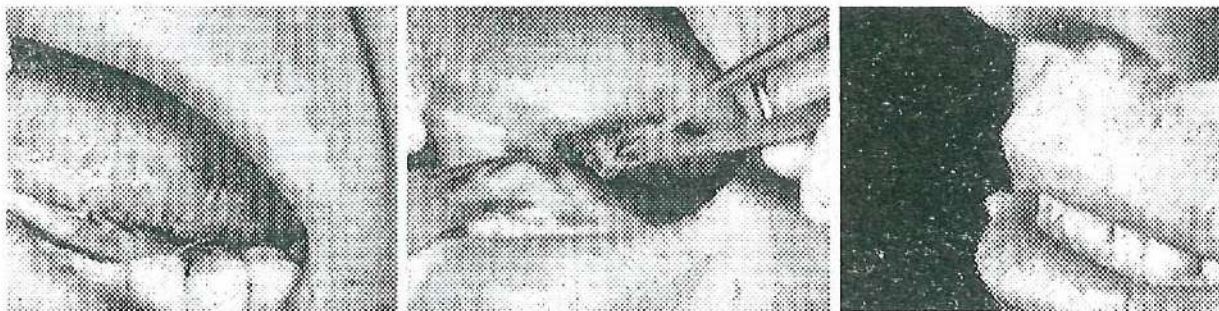
эрозивная форма лейкоплакии    бородавчатая форма лейкоплакии

**2. папиллома с ороговением,**



**3. эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая,**

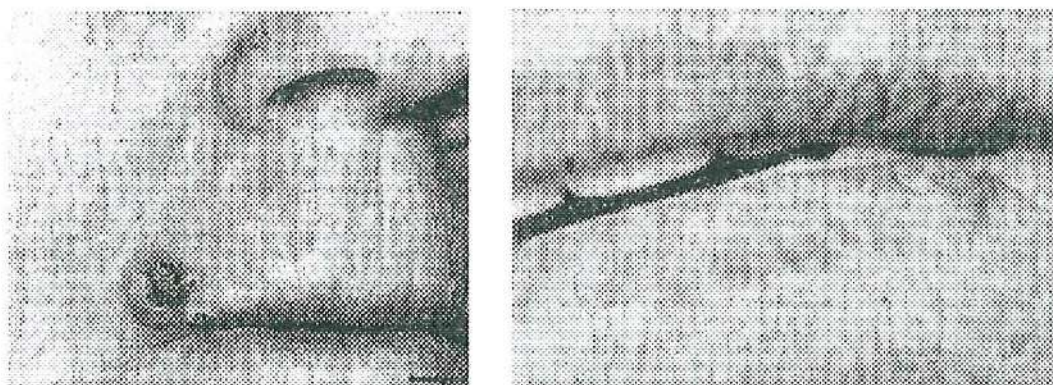
## 1. кожный рог



Нижней губы справа

Нижней губы справа

## 2. бородавчатый предрак



## 3. ограниченный гиперкератоз



## 4. кератоакантома

- механические: кариозные зубы, острые края корней зубов, прикусывание губы,
- химические канцерогены табака;
- вирусные инфекции (опоясывающий лишай - Herpes zoster);
- воспалительные и грибковые заболевания красной каймы губ.

5. Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени.

\*\*\* При первичном клиническом осмотре пациента врачом любой специальности или профильными специалистами обязательному обследованию подлежат:

- кожные покровы,
- полость рта,
- молочные железы,
- половые органы,
- прямая кишка,
- щитовидная железа,
- лимфатические узлы.

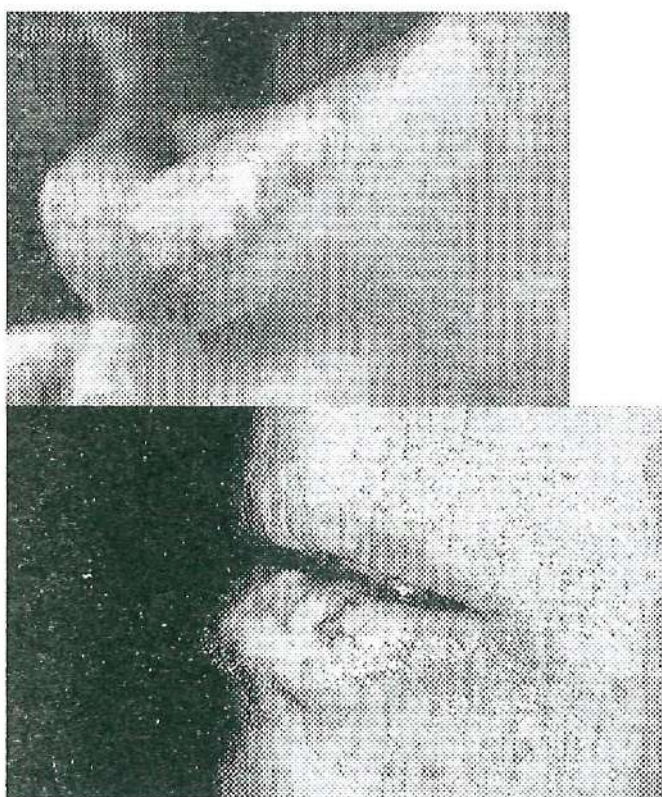
### СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ГУБЫ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Болезненное или безболезненное уплотнение или шероховатая бляшка, слегка возвышающаяся над окружающими тканями, или сосочкового вида кровоточащая поверхность, длительно незаживающая язва с валикообразными краями, кровоточивость при контакте.</p>	<p>Клинический осмотр* Цитологическое, гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза) Пункция увеличенного лимфатического узла. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое Лучевая терапия Фотодинамическая терапия (ФДТ) Лазерная хирургия Комбинированное Комплексное лечение Лечение в специализированном онкологическом стационаре</p>



эрозивно-язвенная      красный плоский      язвенно-эрозивная форма  
лишай

#### 4. постлучевой хейлит



#### **Предрасполагающими факторами являются:**

1. длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов (солнечная радиация, ветер, резкие колебания температуры воздуха, ионизирующие воздействия);
2. воздействие канцерогенных веществ эндогенной и экзогенной природы;
3. вредные привычки: курение, алкоголь, жевание различных смесей;
4. травмы красной каймы губ:

- ♦ Изъязвления слизистой оболочки, не исчезающее со временем

Боль или изъязвления возникают не всегда. К другим симптомам рака ротовой полости относятся:

- ♦ Красные или белые пятна на слизистой оболочке ротовой полости или глотки, которые со временем не исчезают
- ♦ Припухлость или утолщение во рту, на губе или глотке
- ♦ Затруднение или болезненность при глотании, жевании или разговоре
- ♦ Онемение или кровоточивость в ротовой полости
- ♦ Выпадение зубов без видимой причины
- ♦ Припухлость на шее
- ♦ Выраженное похудание за короткое время
- ♦ Неприятный запах изо рта

Такие симптомы встречаются не только при раке. Об их появлении необходимо как можно быстрее сообщить лечащему врачу или стоматологу. Шансы на успешное излечение увеличивает ранее выявление рака ротовой полости.

### **Диагностика рака ротовой полости**

Стоматолог или лечащий врач внимательно осматривают ротовую полость и уделяют особое внимание подъязычной области. Консультация и дополнительное обследование специалистов требуют посещения клиники.

С помощью небольшого зеркала и лампы специалист осматривает ротовую полость. Врач может использовать эндоскоп для более тщательного осмотра задних отделов ротовой полости и глотки.

Постановка диагноза требует проведения биопсии. В ходе биопсии врач удаляет небольшой участок ткани для последующего изучения под микроскопом. Данная процедура обычно проводится под общим наркозом, и требует кратковременного пребывания в клинике.

### **Дальнейшее обследование**

Анализ крови и рентгенограмма органов грудной клетки проводятся для оценки общего состояния здоровья. В диагностике рака ротовой полости и выявлении отдаленных метастазов помогают и другие методы обследования. Наиболее подходящий способ лечения помогут врачу выбрать результаты тестов.

Увеличение лимфатических узлов подбородочной, подчелюстной областей.		
--	--	--

## **Рак органов полости рта и глотки**

### **Ротовая полость включает в себя:**

- Губы
- Передние 2/3 языка
- Нижние и верхние десны
- Внутреннюю выстилку щек и губ
- Дно ротовой полости
- Твердое небо
- Ткани позади зубов мудрости

### **Рак ротовой полости**

Среди опухолей головы и шеи ведущее место занимает рак ротовой полости. Он возникает в любых отделах ротовой полости.

Обычно рак ротовой полости поражает людей старше 50 лет. Мужчины страдают чаще женщин. Из клеток, которые выстилают ротовую полость изнутри или покрывают язык, развивается большинство опухолей ротовой полости. Такие опухоли называются **плоскоклеточными**.

### **Причины развития рака ротовой полости**

Курение и злоупотребление алкоголем являются основными причинами рака ротовой полости. Существенно увеличивает риск рака одновременное наличие данных факторов.

Увеличивается риск развития рака ротовой полости на фоне:

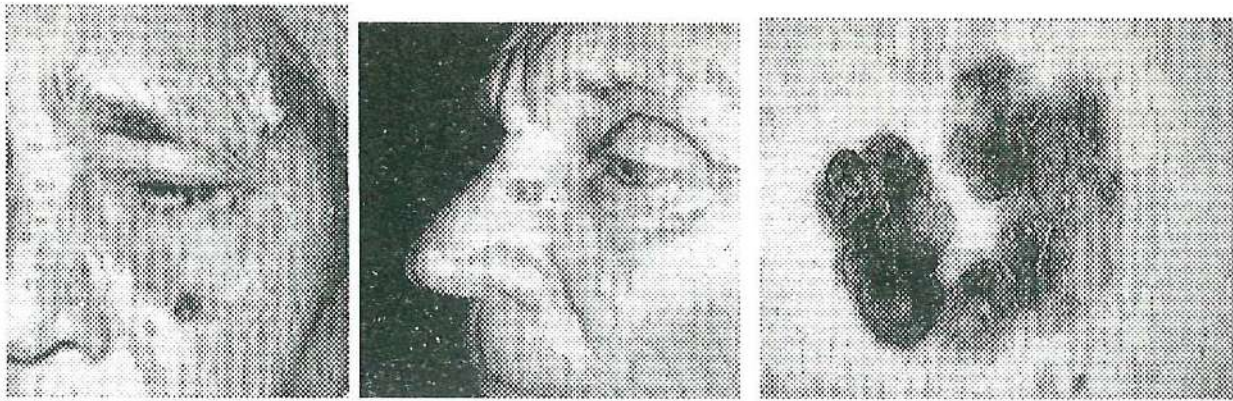
- неполноценного питания,
- плохой гигиены полости рта,
- нерегулярного стоматологического осмотра.

### **Признаки и симптомы**

Выделяется два основных симптома рака ротовой полости:

- Боли или неприятные ощущения в ротовой полости





**Факультативные предраки с большой потенциальной злокачественностью:**

**1. лейкоплакия эрозивная и верукозная,**

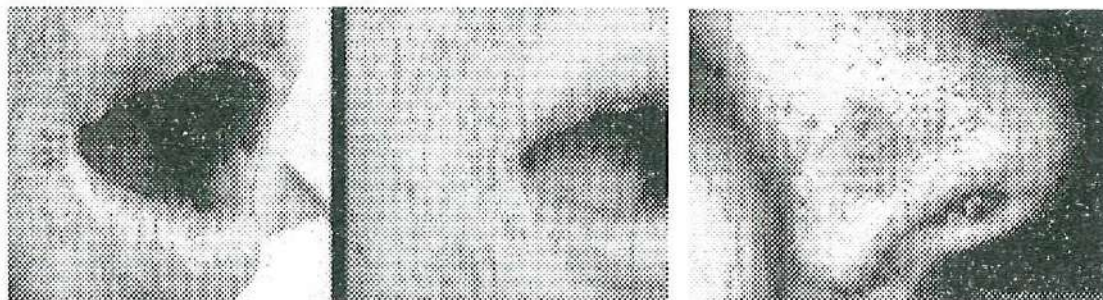


лейкоплакия верукозная

верукозная

эрозивная

**2. папиллома и папилломатоз нёба,**



**3. эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая,**

**4. постлучевой хейлит**

**Факультативные предраки с меньшей потенциальной злокачественностью:**

**1. лейкоплакия плоская,**

**2. хронические язвы слизистой оболочки полости рта,**

Чтобы выявить поражение костей, врач назначает **рентгенографию** лицевого отдела черепа или шеи. Особый вид рентгенографического исследования под названием **ортопантограмма** используется для оценки состояния челюстей и зубов.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ).** Электромагнитное излучение используется для получения детального изображения тканей и органов.

Некоторым пациентам вводится специальный краситель внутривенно. Это контрастное вещество, увеличивает четкость снимков и позволяет лучше разглядеть ткани и органы.

**Компьютерная томография (КТ)** - это серия рентгеновских снимков, которая создает объемное изображение внутренних структур организма. Сканирование безболезненно и занимает от 10 до 30 минут.

**Сканирование костей.** Это исследование позволяет увидеть патологические образования в костях. При этом внутривенно вводится небольшое количество радиоактивного вещества. Сканирование проводится через 2-3 часа. Любые отклонения выводятся на экран компьютера как ярко подсвеченные области. Сканирование не увеличивает радиоактивный фон организма и безвредно для окружающих людей.

**Факторы риска:** курение, алкоголь, многократное травмирование слизистой оболочки полости рта, языка (кариозными зубами, острыми краями корней зубов, протезами и т.п.), жидкие смолы, продукты перегонки нефти у лиц соответствующих профессий.

**Облигатный предрак заболеваний слизистой оболочки полости рта:**

### 1. болезнь Боуэна

лейкоплакию, либо красный плоский лишай. Возникает преимущественно в задних отделах полости рта. Поверхность поражения бархатистая, при длительном существовании - легкая атрофия слизистой оболочки полости рта. Очаг поражения кажется как бы запавшим, имеющим в этих случаях застойно-красный цвет с глянцевитой поверхностью. Иногда поверхность очага местами эрозируется.

**Дифференцировать** следует с лейкоплакией, красным плоским лишаем.

**Микроскопически** - явления слабовыраженного гипер- или паракератоза, акантоз и наличие расширенных эпителиальных выростов. Базальный слой сохранен, инвазивного роста нет. В шиповатом слое - картина интраэпителиального рака.

**Течение** заболевания неблагоприятное. Ранний инвазивный рост бывает при локализации процесса на слизистой оболочке полости рта.

**Лечение** заключается в полном удалении пораженного участка. При обширном распространении - иссечение, криодеструкция, электрокоагуляция участков, подозрительных на наличие инвазивного роста.

### **Бородавчатый предрак красной каймы губ**

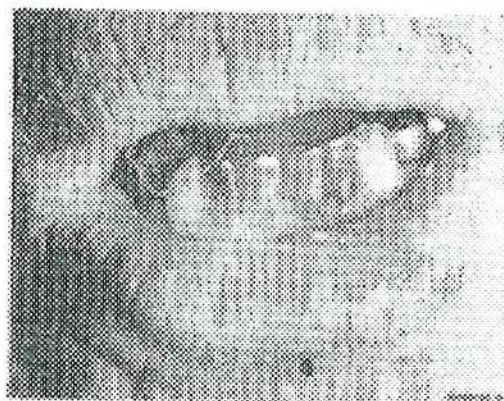
Имеет вид ограниченного узелка от 0,4 до 1 см в диаметре. В основании его обнаруживается иногда уплотнение, а на поверхности небольшое количество плотно сидящих чешуек. Окраска от нормальной до застойно-красной. Такой узелок возникает либо на внешне неизменной красной кайме губ, либо на фоне небольшого воспаления. Данное заболевание из-за схожести внешних признаков часто ошибочно диагностируют как папиллому или бородавку. Течение его довольно быстрое и спустя 1-2 мес. после клинического проявления может произойти малигнизация.

**Микроскопически** выявляют ограниченную пролиферацию эпидермиса, иногда вверх (в виде широких сосочковых образований), либо вниз за обычный уровень эпителия. Гиперкератоз перемежается с зонами паракератоза. Наблюдается дисконфлексация и полиморфизм шиповатых клеток. **Лечение** хирургическое (иссечение, криодеструкция).

### **Кератоакантома**

3. эрозивные и гиперкератотические формы красного плоского лишая и красной волчанки,
4. постлучевой (рентгеновский) стоматит и др.

### **Абразивный хейлит Манганотти**

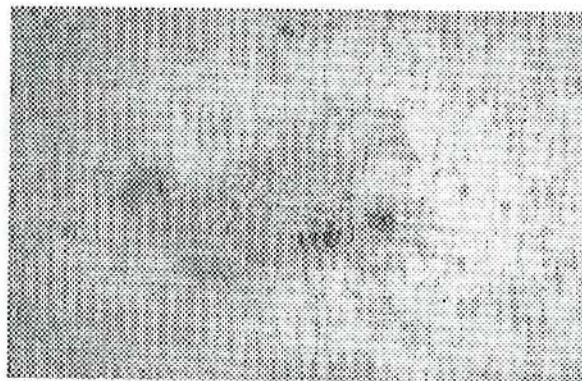
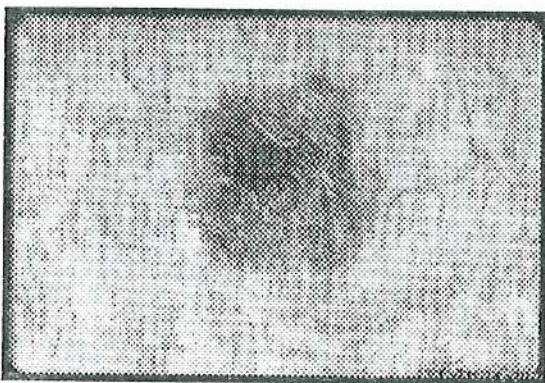


Своеобразное эрозивное изменение красной каймы нижней губы, имеющее тенденцию к озлокачествлению.

**Клиническая картина** отличается разнообразием. Возникает чаще у мужчин старше 60 лет. Обычно проявляется в виде овальной либо неправильной формы эрозии, нередко с гладкой на вид полированной поверхностью ярко-красного цвета. Поверхность эрозии может быть покрыта как бы истонченным эпителием.

Нередко на поверхности эрозии образуются корочки. Иногда на красной кайме губы имеется несколько эрозий, которые могут увеличиваться в размерах, затем самостоятельно эпителизоваться, появляться на других участках красной каймы. Эти явления обусловлены фоновым воспалительным процессом.

### **Болезнь Боуэна**



Облигатный предрак, названный по имени автора, описавшего эту форму в 1912г.

**Клиническая картина** разнообразна. Вначале это высыпания пятнисто-узелкового характера до 1 см, иногда напоминающие

конусовидным разрастанием роговых масс.  
Лечение хирургическое.

## Лейкоплакия

Ороговение слизистой оболочки, сопровождающееся воспалением стромы и возникающее, как правило, в ответ на хроническое как экзогенное, так и эндогенное раздражение.

Различают плоскую, веррукозную, эрозивную формы лейкоплакии и лейкоплакию курильщиков Таппейнера.

**Лейкоплакия веррукозная (лейкокератоз).** Отличается от плоской резче выраженными процессами ороговения и гиперплазии эпителия, а иногда и метаплазии.

**Клинически** это проявляется разрастанием ороговевающего эпителия, выступающего над окружающими тканями. Различают 2 формы веррукозной лейкоплакии: бляшечную и бородавчатую. При первой очаги поражения имеют вид молочно-белых, резко ограниченных бляшек с шероховатой поверхностью. Озлокачествление при этой форме наступает редко.

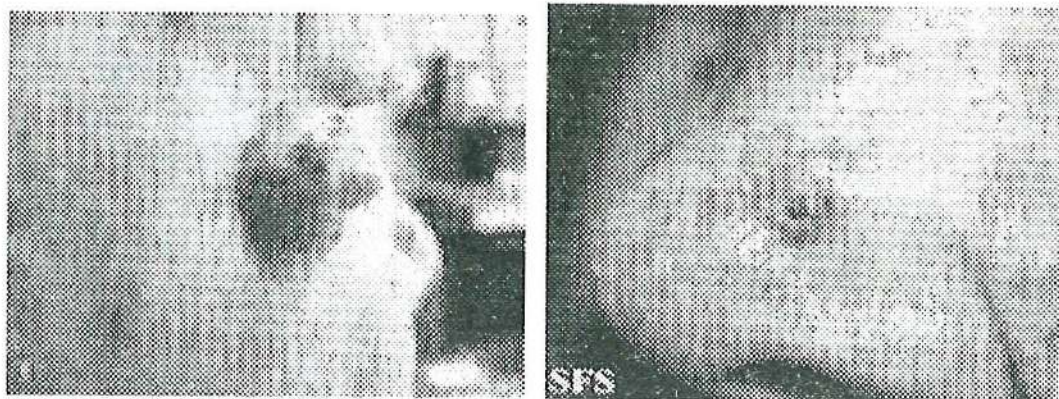
При второй - выглядят как бугристые разрастания, плотные, возвышающиеся на 2-3 мм над окружающей слизистой оболочкой, серо-белого цвета. У ряда больных на этом фоне довольно крупные бородавчатые разрастания. Озлокачествление происходит более чем у 20% пациентов.

**Микроскопически** - гиперкератоз с явлениями паракератоза, шиловидный слой утолщен.

**Лейкоплакия плоская.** На слизистой оболочке имеется ряд ограниченных очагов гиперкератоза беловато-серого цвета. Пораженные участки не возвышаются над остальной слизистой оболочкой. Иногда вокруг очага поражения имеется воспалительная полоска. Чаще поражаются боковая поверхность языка, слизистые оболочки, щек, нижней губы.

**Микроскопически** - явления паракератоза, утолщение шиловидного слоя. В строме обнаруживается выраженная воспалительная инфильтрация.

**Лейкоплакия Таппейнера.** Встречается только у курильщиков и поражает в основном твердое небо. Слизистая оболочка твердого неба, а иногда и прилегающий к ней отдел мягкого неба несколько уплотнены и приобретают серовато-белый цвет. На этом фоне хорошо проявляются красные точки - зияющие устья выводных протоков малых слюнных желез. Наличие таких узелков придает очагу поражения сходство с булыжной мостовой. Прогноз благоприятный.



Кератоакантома (роговой моллюск, доброкачественная акантома). Быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая форма предрака.

**Клиническая картина.** Полушаровидной формы узелок серовато-красного цвета или цвета нормальной красной каймы, плотной консистенции. В центре его имеется небольшое воронкообразное вдавление, заполненное легко снимающимися роговыми массами, в результате чего образуется кратерообразное углубление. Возможны 2 исхода этого вида предрака: спонтанная регрессия с исходом в рубец и озлокачествление. Часть авторов оспаривают возможность озлокачествления кератоакантомы, предполагая наличие рака с самого начала.

**Микроскопически** - ограниченная выступающая над окружающими тканями эпителиальная опухоль с большой роговой пробкой. Эпителий опухоли в состоянии акантоза, часто с явлениями атипии, гиперкератоза. В периферических отделах интенсивно растущих кератоакантом встречается значительное количество митозов. На отдельных участках поля - тяжи дифференцированных клеток шиповидного слоя. Эти участки могут напоминать разрастания высокодифференцированного плоскоклеточного рака.

**Лечение** хирургическое (иссечение, диатермокоагуляция, криотерапия).

### Кожный рог (фиброкератома Унны, старческий рог)

Разновидность кератоза, сопровождающаяся чрезмерным развитием рогового слоя эпидермиса кожи, красной каймы губ.

**Клиническая картина.** Резко ограниченный очаг диаметром до 1 см, от основания которого отходит конусообразной формы рог, грязно-серого цвета, плотной консистенции, спаянный с основанием. Возникает у лиц старше 60 лет. Клинические проявления весьма типичны.

**Микроскопически** - очаговая гиперплазия эпителия с массивным

**Клиническая картина** характерна и представляет собой множественные разрастания нодулярного или папиллярного типа на ограниченном участке тканей.

**Лечение.** При реактивных папилломатозах симптоматическое (устранение причинного фактора), при опухолевых-иссечение патологического участка.

### **Пути метастазирования.**

Метастазирование почти всегда носит **лимфогенный характер**. Метастазами поражаются преимущественно регионарные лимфатические узлы.

**Гематогенные метастазы** в отдаленные органы наблюдаются довольно редко.

**Регионарными лимфоузлами для слизистой оболочки полости рта и языка считаются:**

1. подподбородочные,
2. поднижнечелюстные,
3. заглочные,
4. верхние глубокие шейные.

Наиболее постоянной и многочисленной группой первичных лимфатических узлов является цепочка глубоких шейных лимфатических узлов.

В особенности часто наблюдается поражение этих регионарных лимфатических узлов у больных раком корня языка (до 70%).

### **Первый этап метастазирования.**

1. для рака **переднего отдела полости рта и языка** являются лимфоузлы:

- а) поднижнечелюстные
- б) подподбородочные

2. для рака **задних отделов полости рта и задней трети языка** являются глубокие шейные лимфоузлы:

- а) верхние
- б) средние
- в) окологлоточные

### **Второй этап метастазирования.**

1. метастазирование в шейные лимфоузлы

### **Третий этап метастазирования.**

**Лейкоплакия эрозивная.** Возникает, как правило, на фоне простой или веррукозной лейкоплакии. Эрозии могут быть как одиночными, так и множественными. Чаще появляются на участках, подвергающихся травме, термическому раздражению.

**Микроскопическая картина** характерна для лейкоплакий, при этом имеются явления нарушения целостности эпителиального покрова с наличием воспалительной инфильтрации.

**Лечение** комплексное и зависит от формы заболевания. Необходимо устранить раздражающий агент. Применяются большие дозы витамина А, рибофлавин, фолиевая кислота. Местно - аппликации витамина А, чередующиеся со смазыванием 10% раствором буры в глицерине.

Участки веррукозной и эрозивной лейкоплакии подвергаются иссечению, криодеструкции.

### **Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ**

**Клиническая картина.** Резко ограниченный, часто полигональной формы участок от 0,2 до 1,8 см на красной кайме нижней губы, поверхность которого покрыта плотно сидящими чешуйками. Очаг поражения не возвышается над окружающей красной каймой, а кажется слегка запавшим. При большом скоплении чешуек может слегка возвышаться над окружающими тканями. Образование кажется окруженным тоненьким белесоватым валиком, который при растяжении исчезает.

**Микроскопически** имеется пролиферация эпителия в глубь тканей, часто сопровождающаяся дисконкомплексацией шиповатых клеток и мощным гиперкератозом на поверхности.

**Лечение** хирургическое (иссечение, криодеструкция).

### **Папилломатоз**

Множественные разрастания папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи. Могут возникать в ответ на травму и хроническое воспаление, а также являться истинными опухолями.

Выделяют следующие виды папилломатозов:

- 1) реактивные папилломатозы различной природы (воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков; травматический папилломатоз слизистой оболочки щек, губ и языка, ромбовидный папилломатоз языка);
- 2) папилломатозы неопластической природы.



<p>тельно незаживающие язвы на коже, разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок Изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки - увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, увеличение лимфатических узлов.</p>	<p>диагностика Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза) УЗИ зон регионарных лимфатических узлов для меланомы кожи Определению уровня онкомаркера S 100 в сыворотке крови (для меланомы кожи) Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>лечение Лазерная хирургия</p>
---	---	--------------------------------------

### СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже Разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок Изменение цвета давно существующей</p>	<p>Клинический осмотр* Флуоресцентная диагностика Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое</p>	<p>Хирургическое Комбинированное лечение Фотодинамическая терапия (ФДТ) Близкофокусная Р-терапия</p>

1. метастазирование в надключичные лимфоузлы.

У больных раком языка и дна полости рта метастазирование наблюдается значительно раньше и часто имеет двусторонний или перекрестный характер, агрессивное течение.

### СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Наличие длительно незаживающей язвы во рту, непроходящая боль в полости рта. Припухлость или утолщение щеки.</p> <p>Белые или красные пятна на деснах, языке, миндалинах или слизистой оболочке полости рта.</p> <p>Ощущение инородного тела при глотании. Затруднение жевания или глотания.</p> <p>Затруднение движения челюстью или языком.</p> <p>Онемение языка.</p> <p>Появление припухлости на шее.</p>	<p>Клинический осмотр* и пальпация</p> <p>Фиброларингоскопия с гистологическим, цитологическим исследованием (морфологическая верификация диагноза)</p> <p>Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Комбинированное комплексное лечение</p> <p>Реконструктивно-пластические операции</p> <p>Лечение специализированном онкологическом стационаре</p> <p style="text-align: right;">В</p>

### СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Безболезненные уплотнения или дли-</p>	<p>Клинический осмотр*</p> <p>Флуоресцентная</p>	<p>Хирургическое</p> <p>Комбинированное</p>

Перед врачом любой специальности стоит задача подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

### **Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению**

Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

#### **Причины отказа от лечения могут быть следующие:**

*1. Необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами.*

Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

*2. Реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения.*

<p>родинки, появление зуда, Покалывания в области родинки Увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, Увеличение лимфатических узлов.</p>	<p>исследование (морфологическая верификация диагноза – биопсия с краев язвы или соскоб для цитологического исследования) УЗИ зон регионарных лимфатических узлов для меланомы кожи Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Криогенные технологии Ультразвуковая хирургия Лазерная хирургия</p>
---	--	--

## **ДЕОНТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА ЛЮБОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия в зависимости от категории больных.

### **Больные с подозрением на рак**

В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования.

Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

### **Больные с установленным диагнозом - рак**

понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма.

В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика рака проводится по следующим направлениям.

Онкогигиеническая профилактика, т.е. выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия. Спектр форм воздействия в этом направлении чрезвычайно обширен, и можно конкретизировать лишь основные из них. Такими являются образ жизни и питание человека.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю курения. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80–90% у мужчин и - 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона.

Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями (событиями) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы.

Важное значение в возникновении опухолевых заболеваний имеет характер питания (диеты) человека. Рекомендуемая сбалансированная диета должна содержать невысокое количество жиров, особенно насыщенных, не более - 75,0 в день для мужчин и 50,0 - для женщин. Она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Перечень факторов и воздействий на канцерогенез не ограничивается перечисленными выше и является достаточно обширным.

Таким больным необходимо разъяснить серьезность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать, и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. Если больного все-таки не удастся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне

поддается лечению;

*3. Больного пугает неполноценное существование после операции.*

Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства.

*4. Неверие больного в возможность излечения.*

Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет, ясен только после микроскопического исследования препарата и, если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена.

В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

*5. Боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими*

*или перенесенными заболеваниями сердца или других органов.*

В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

## ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИИ

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

**Под первичной профилактикой** злокачественных новообразований

и организация мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов.

В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы. Так, дочери матери, больной раком молочной железы, имеют риск заболеть этим заболеванием в 4,5 раза выше, чем их сверстницы, не имеющие такого анамнеза. Сестры больной раком молочной железы, если их мать страдала этим же заболеванием, имеют вероятность возникновения такой опухоли в 47–51 раз выше, чем их сверстницы с неотягощенной наследственностью. Женщинам, имеющим отягощенный анамнез относительно рака молочной железы, не рекомендуется грудное вскармливание детей, употребление кофе, прием некоторых медикаментов, особенно резерпина и группы раувольфии.

Доброкачественные опухоли молочной железы среди женщин, имеющих это заболевание в семейном анамнезе, встречаются в 4 раза чаще.

Иммунобиологическая профилактика проводится путем выделения людей или формирования групп с иммунологической недостаточностью и организации мероприятий по ее коррекции или устранению одновременно с защитой от возможных канцерогенных воздействий. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после гомологичной пересадки органов и тканей, а также при лечении аутоиммунных заболеваний.

Эндокринно-возрастная профилактика проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию злокачественных новообразований.

Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%. Стратегической целью этого раздела профилактики рака является снижение онкологической заболеваемости населения.

**Вторичная профилактика** злокачественных новообразований представляет комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний, раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. В осуществлении

Биохимическая профилактика имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 миллимоля этих химических соединений в сутки смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 миллимоля в сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония).

Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водоисточников соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью, бластомогенное действие которой при поступлении ее в организм ингаляционным путем в настоящее время является общепризнанным. Канцерогены химического происхождения окружают человека и в бытовой обстановке: полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и окислы азота - при сжигании газа, формальдегид и смолы содержатся в пластике, нитросоединения появляются в дыму при жарении пищи и т.д.

Биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако реализация возможностей этого направления представляется сложной: многие специалисты считают, что для организации мероприятий по предотвращению бластоматозного действия химических канцерогенов и контроля эффективности мер защиты необходим биохимический мониторинг. Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оценивается снижением онкологической заболеваемости на 70–80%. По данным МАИР 80–90% злокачественных новообразований детерминировано средовыми факторами.

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится медико-генетическая профилактика путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью



этого вида профилактики имеет применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования.

### **Заключение**

Диспансеризация населения, формирование групп повышенного онкологического риска и их углубленное обследование позволяют повысить выявляемость предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.