

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

Учебно-методическое пособие



Минск 2007

УДК 616.311/313–006.6–089 (075.8)

ББК 56.6 я 73

3-68

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 27.12.2006 г., протокол № 4

А в т о р ы: О. П. Чудаков, Л. Е. Мойсейчик, Т. Б. Людчик, Л. Г. Быкадорова

Р е ц е н з е н т ы: доц. каф. ортопедической стоматологии Ю. И. Коцюра; зав. 1-й каф. терапевтической стоматологии, доц. Л. А. Казеко

Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка :
3-68 учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. – Минск: БГМУ, 2007. – 28 с.

ISBN 978–985–462–656–7.

Освещаются вопросы этиологии, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и языка.

Предназначено для студентов стоматологического факультета, интернов, клинических ординаторов.

УДК 616.311/313–006.6–089 (075.8)

ББК 56.6 я 73

Учебное издание

Чудаков Олег Порфирьевич

Мойсейчик Людмила Евгеньевна

Людчик Татьяна Борисовна

Быкадорова Лидия Григорьевна

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Б. Людчик

Редактор А. И. Кизик

Корректор Ю. В. Киселёва

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать _____. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. _____. Уч.-изд. л. _____. Тираж ____ экз. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

ISBN 978–985–462–656–7

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

Мотивационная характеристика темы

Цель занятия: на основании клинико-морфологической классификации, клинико-рентгенологических данных и результатов специальных методов обследования научить диагностировать злокачественные поражения полости рта и языка; проводить дифференциальную диагностику предраковых состояний и доброкачественных опухолей; составлять план обследования и лечения больных с указанной патологией.

Задачи задания:

1. Научиться собирать жалобы, анамнез болезни и выявлять ранние клинические симптомы, характерные для злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта.

2. Научиться составлять план обследования больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта.

3. Научиться определять степень развития опухолевого процесса, используя при этом международную классификацию по TNM и по стадиям распространенности процесса.

4. Научиться составлять план лечения больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и языка в зависимости от стадии развития процесса в соответствии с протоколами диагностики и лечения злокачественных новообразований (Приказ МЗ РБ № 76А от 12.02.2004 г.).

ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ

Для освоения темы студенту необходимо повторить разделы:

Морфология человека:

- кровоснабжение головы и шеи;
- пути регионарного лимфооттока от органов головы и шеи;
- гистологическое строение слизистой оболочки полости рта и языка.

Челюстно-лицевая хирургия:

- обследование пациентов с патологией челюстно-лицевой области;
- клиника и диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН:

1. Каким эпителием выстлана слизистая оболочка полости рта?
2. Из каких слоев клеток состоит эпителий слизистой полости рта?
3. Чем отличается по своему строению слизистая оболочка языка от слизистой оболочки полости рта?
4. Какие сосуды кровоснабжают слизистую оболочку полости рта и языка?
5. Назовите пути лимфооттока от слизистой оболочки полости рта и языка.
6. Что входит в понятие «клиническое обследование пациента»?
7. Что входит в понятие «лабораторное обследование пациента»?

8. Что входит в понятие «специальное обследование пациента»?
9. Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.
10. Составьте план лечения и проведения диспансеризации пациентов с предраковыми заболеваниями.

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и языка

Слизистая оболочка 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 нёба.
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 нёба; 6,2 % — на мягкое нёбо; 5,9 % — на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти; 1,5 % — на язычок мягкого нёба и 1,3 % — на передние нёбные 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 не ясны. 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 4 стадии развития 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** (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, высококонцентрированные 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 углеводов, содержится 3-4-бензпирен и мышьяк. Одним из раздражающих моментов курения является термический фактор.

3. Производственные раздражители: щелочи, кислоты в виде паров и аэрозолей, др. химические вещества.

4. Хроническая термическая травма: горячая пища, многократное воздействие повышенных температур при курении: прижигание губ сигаретой (в зоне сгорания табака t достигает $400\text{ }^{\circ}\text{C}$), 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 — те, 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 возникновении 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 происхождения, 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 некоторых 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. Облигатные предраки с высокой степенью озлокачествления:

1. Болезнь Боуэна.

2. Эритроплакия Кейра.
3. Бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы.
4. Ограниченный предраковый гиперкератоз.
5. Абразивный преанцерозный 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 (нёбные дужки, мягкое нёбо, корень языка). Возможно поражение ретромолярных областей и красной каймы губ. Элементы поражения проявляются в виде эритем, папул, эрозий. В начале возникает пятнисто-узелковое поражение диаметром 1,0 см и более. Поверхность участка гиперемирована, гладкая или бархатистая с мелкими сосочковыми разрастаниями. Возможны незначительное шелушение и зуд. Затем очаг поражения слегка западает, на его поверхности появляются эрозии. Гистологически это заболевание относят к *carcinoma in situ*.

Эритроплакия Кейра впервые описана в 1921 г. На слизистой оболочке губ, щек появляются резко очерченные ярко-красные очаги с малозаметным уплотнением в основании. Очаги слегка возвышаются над поверхностью слизистой. Поверхность очагов гладкая, гиперемированная, бархатистая. Постепенно на поверхности очага появляются изъязвления и в 100 % случаев происходит перерождение в рак с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Бородавчатый предрак — экзофитное образование СОПР, после скоблевания чешуек с которого обнажается крупнобугристая поверхность со значительным или умеренным ороговением, могут наблюдаться петлеобразные 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 представляет собой очаги округлой или неправильной формы размерами от 0,5 до 1,5 см с «отполированным» дном розовато-красного цвета, незначительно крово-

точащие, особенно после снятия корочек. Эпителий по краям эрозии гиперплазирован.

Лейкоплакия. 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 архитектурой.

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

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

Гиперкератотические 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.

Постлучевой стоматит и хейлит — атрофичный рубец с ровным или мелкобугристым рельефом. На красной кайме губы — умеренное ороговение, которого нет на слизистой оболочке полости рта. Сосудистая архитектура 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 опухоли слизистой оболочки полости рта и языка

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА ПО TNM

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO — первичная опухоль не определяется.

Tis — преинвазивная карцинома (*carcinoma in situ*).

T₁ — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T₂ — опухоль от 2 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 крылонёбную ямку, боковую стенку глотки или основание черепа, или затрагивает внутреннюю сонную артерию.

Примечание: К глубоким мышцам языка относятся: подъязычная, шилоязычная, подбородочно-язычная, нёбно-язычная мышцы.

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 (табл. 1).

М — отдаленные метастазы

МХ — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М₀ — нет признаков отдаленных метастазов.

М₁ — 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.

Таблица 1

Классификация рака полости рта

T₁	<2 см
T₂	от 2 до 4 см
T₃	>4 см
T_{4a}	Распространение опухоли на кость, глубокие мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу
T_{4b}	Распространение опухоли в крылонёбное пространство, основание черепа, внутреннюю сонную артерию
N₁	Одиночный метастаз на стороне поражения <3 см
N_{2a}	Одиночный метастаз на стороне поражения от 3 до 6 см
N_{2b}	Метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения <6 см
N_{2c}	Метастазы в нескольких лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны <6 см
N₃	>6 см

Группировка по стадиям

I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия		
			A	B	C
T ₁ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₃ N ₀ M ₀ T ₁ N ₁ M ₀ T ₂ N ₁ M ₀ T ₃ N ₁ M ₀	T ₁ N ₂ M ₀ T ₂ N ₂ M ₀ T ₃ N ₂ M ₀ T _{4a} N ₀ M ₀ T _{4a} N ₁ M ₀ T _{4a} N ₂ M ₀	T _{4b} любая NM ₀ ; любая TN ₃ M ₀	любая T любая NM ₁

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

1. Обязательные диагностические мероприятия:

- пальпация регионарных лимфатических узлов;
- осмотр и пальцевое исследование СОПР и языка;
- УЗИ шеи;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- рентгенография нижней челюсти (панорамная зонография);
- морфологическое исследование (цитологическое исследование, биопсия опухоли);

– общий анализ крови, определение группы и резус-фактора, анализ крови на RW, глюкоза крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

2. Дополнительные диагностические мероприятия:

- рентгено-компьютерная томография (РКТ);
- магнитно-резонансная компьютерная томография (МРТ);
- ангиография;
- синусография.

Клиническое распознавание опухолей полости рта основано на оценке локализации, размеров, анатомической формы, степени и направления роста опухоли. Задачей морфологического метода исследования является не только определение опухолевой принадлежности и гисто- или цитологической картины, но и выявление признаков, характеризующих структурные особенности плоскоклеточного рака, а именно — степень дифференцировки клеточного или ядерного полиморфизма, митотической активности. Необходимо также анализ инвазии опухоли в окружающие органы и ткани.

Прижизненное морфологическое исследование подозрительных на новообразование тканей может быть осуществлено в виде цитологической диагностики (исследование клеточного состава патологического материала) и гистологической диагностики биоптата (исследование тканевого среза).

МОРФОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

Среди злокачественных новообразований полости рта ведущее место занимают эпителиальные опухоли (раки). Реже встречаются саркомы (соединительнотканые опухоли) и меланомы. Описаны злокачественные опухоли, исходящие из эпителия малых слюнных и слизистых желез, локализующихся в различных отделах СОПР: нёбо, щеки, дно полости рта. Злокачественные опухоли СОПР эпителиального происхождения у большинства больных (90–95 %) имеют строение плоскоклеточного ороговевающего рака.

Согласно Международной классификации злокачественных опухолей органов полости рта, выделяют следующие виды эпителиальных злокачественных новообразований:

1. Интраэпителиальная карцинома (*carcinoma in situ*) — эпителий везде имеет признаки малигнизации и выраженный клеточный полиморфизм при сохраненной базальной мембране.

2. Плоскоклеточный рак разрушает базальную мембрану и прорастает в подлежащую соединительную ткань. Опухоль представлена малигнизированными эпителиальными клетками, которые могут располагаться в виде пучков, тяжей или неправильной формы гнезд. Клетки имеют сходство с многослойным эпителием.

Разновидности плоскоклеточного рака:

- **Ороговевающий плоскоклеточный рак** (веррукозная карцинома) микроскопически характеризуется большими пластами ороговевшего эпителия с булавовидными эндофитными эпителиальными выростами («раковые жемчужины» Эпштейна). Быстро разрушает окружающие ткани.

- **Неороговевающий плоскоклеточный рак** характеризуется разрастанием атипичных пластов клеток плоского эпителия без образования «раковых жемчужин» Эпштейна. Это более злокачественная форма.

- **Низкодифференцированный рак** (веретенноклеточная карцинома) представлен опухолевыми клетками веретенообразной формы, напоминающими саркому. Данный вид рака злокачественнее всех предыдущих.

В последние годы клиницистами активно изучается степень злокачественности плоскоклеточного рака. Степень малигнизации позволяет планировать лечение не только с учетом распространенности и локализации, но и особенностей его микроскопического строения. Определение степени малигнизации позволяет более точно прогнозировать течение и исход заболевания.

В четвертой Международной гистологической классификации опухолей полости рта и ротоглотки основными критериями при определении степени малигнизации являются:

- пролиферация;
- дифференциация опухолевой ткани.

Установлено три степени малигнизации:

I степень (G₁) — характерны многочисленные эпителиальные жемчужины, значительное клеточное ороговение, отсутствие митоза, минимальный ядерный и клеточный полиморфизм. Атипичные митозы и многоядерные гигантские клетки обнаруживаются редко. Межклеточные мостики сохранены.

II степень (G₂) — эпителиальные жемчужины редки или отсутствуют, не обнаруживается ни ороговение отдельных клеток, ни межклеточных мостиков. Наблюдаются 2–4 фигуры митоза с атипизмом, умеренный полиморфизм клеток и ядер, одиночные многоядерные гигантские клетки.

III степень (G₃) — одиночные эпителиальные жемчужины. Слабое клеточное ороговение и отсутствие межклеточных мостиков, более 4 митотических фигур с большим количеством митозов, отчетливый клеточный полиморфизм, часто встречаются многоядерные гигантские клетки.

Оценка степени злокачественности плоскоклеточного рака, основанная только на различных морфологических критериях, субъективна. Так, например, есть данные о различном происхождении раковых клеток проксимальных и дистальных отделов языка. Первые имеют эктодермальное происхождение, вторые — эндодермальное и, кроме того, различную степень дифференцировки. Эти обстоятельства в основном и объясняют раз-

личное клиническое течение заболевания и разную чувствительность к лучевому воздействию раковых клеток передних двух третей и корня языка.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Развитие раковых опухолей органов полости рта делят на 3 периода или фазы: начальный, развитой и период запущенности.

В **начальный период** развития рака полости рта выделяют три анатомические формы:

- язвенную;
- узловатую;
- папиллярную.

Язвенная форма наблюдается наиболее часто. Консервативное лечение (использование кератопластических препаратов) не эффективно. Раковая язва имеет вид кратера с приподнятыми вывернутыми валикообразными плотными краями. Дно язвы выполнено опухолевыми бугристыми плотными разрастаниями с некротическими участками и гнойным отделяемым.

Узловатая форма проявляется уплотнением в слизистой оболочке с белесоватыми пятнами вокруг. Уплотнения обычно имеют четкие границы и развиваются быстрее, чем при язвенной форме.

Папиллярная форма характеризуется наличием плотных выростов над слизистой оболочкой, целостность которой не нарушена. Очаг имеет тенденцию к быстрому росту.

Таким образом, рак полости рта, формируясь всегда в наружных слоях слизистой оболочки, в начальный период может расти не только внутрь ткани, но и наружу. В результате этого появляются экзо- или эндофитные анатомические формы опухолей с продуктивными и деструктивными изменениями.

В начальном периоде больные отмечают неприятные ощущения в области патологического очага. Боли, которые заставляют пациента обратиться к врачу, отмечаются в этот период развития рака примерно в 25 % случаев. Пациенты связывают начало своего заболевания с ангиной, заболеванием зубов и т. д. Особенно часто это наблюдается при раке с локализацией в дистальных отделах полости рта и в области слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей. При осмотре полости рта могут быть обнаружены различные изменения: уплотнение слизистой оболочки, поверхностные язвы, папиллярные новообразования, белые пятна и т. д.

В **развитой период** выделяют 2 клинические группы, которые подразделяются на несколько форм.

Экзофитная группа включает в себя:

- папиллярную форму рака — опухоль грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами. Границы опухоли четкие. Она располагается поверхностно. Наблюдается у 25 % больных.

– язвенную форму, которая встречается чаще, чем папиллярная. Эта форма характеризуется наличием язвы с краевым опухолевым валиком активного роста, он как бы ограничивает процесс. Язва, несмотря на увеличение размеров, остается поверхностной. В дальнейшем она увеличивается, принимая вид кратера. Образование язвы происходит в результате распада центральных и поверхностных участков опухоли. Язва долгое время остается отграниченной и такое состояние не может расцениваться как проявление инфильтрирующего роста.

Эндофитная группа включает в себя:

– язвенно-инфильтративную форму, которая встречается часто (41,1 %). Язва располагается на массивном опухолевом инфильтрате. Границы инфильтрата определить невозможно, он распространяется в подлежащие ткани. Язва часто принимает вид глубокой щели;

– инфильтративную форму, которая характеризуется диффузным поражением органа. Слизистая оболочка над опухолью не изъязвляется.

В развитом периоде почти всех больных беспокоят боли разной интенсивности, имеющие локальный характер или иррадиирующие в ту или иную область головы, чаще на стороне поражения (ухо, височную область). Усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада опухоли. Имеет место зловонный запах изо рта, как результат распада и инфицирования опухоли.

Период запущенности. Рак органов полости рта быстро распространяется, разрушает окружающие ткани. Рак языка быстро инфильтрирует дно полости рта, глотку, нёбные дужки. Рак СОПР — альвеолярный отросток, края тела челюсти, кость, щеку, дно полости рта, кожу и т. д.

Рак слизистой оболочки дистальных отделов полости рта протекает более злокачественно, чем передних.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Рак языка

Рак языка чаще развивается в средней трети его боковой поверхности (62–70 %) и в области корня. Реже — на нижней поверхности, иногда — на дорсальной поверхности (7 %) и кончике языка (3 %). Плоскоклеточный рак передней части языка чаще всего относится к 1-й и 2-й степени злокачественности; опухоли задней части языка — к 3-й степени и принадлежат часто к анапластическому виду. Отношение частоты заболевания среди мужчин и женщин составляет 3:1. Возраст больных составляет в среднем 60 лет, но рак языка может возникать и у больных моложе 30 лет.

Злокачественные опухоли языка больные нередко обнаруживают самостоятельно и довольно рано. У пациентов рано возникают болезненные ощущения и функциональные нарушения: жевания, глотания, речи. Затруднение и ограничение подвижности языка свидетельствуют о наличии опухолевого инфильтрата. Особенно четкие данные дает пальпация. Воз-

можно несоответствие размеров маленькой язвы и большого и глубокого инфильтрата вокруг нее. Размеры опухоли языка увеличиваются в направлении от кончика к корню, возможно распространение опухоли за среднюю линию языка. По мере роста опухоли боль приобретает постоянный характер, более интенсивно иррадирует по зонам ветвей тройничного нерва.

Характерной особенностью рака языка является частое и раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. Наличие густой лимфатической сети, большого количества лимфо-венозных анастомозов между сосудами обеих половин языка объясняет частоту контрлатеральных и билатеральных метастазов. Лимфоотток из дистальных отделов языка в глубокие лимфоузлы верхней трети шеи приводит к раннему обнаружению метастазов в этой группе лимфоузлов. Часто пациенты, обнаруживая опухолевый узел на шее, обращаются к общему хирургу или терапевту. Если врач оценивает эти проявления как лимфаденит, то неправильная лечебная тактика приводит к запущенности опухолевого процесса.

Рак слизистой оболочки щек

В начальной стадии злокачественную опухоль трудно отличить от банальной язвы. Характерная локализация — слизистая оболочка щек, в том числе по линии смыкания зубов, ретромоллярная область, углы рта. Симптомы: боли при разговоре, приеме пищи, при глотании. Поражение дистальных отделов приводит к ограничению открывания рта вследствие прорастания опухолью собственно жевательной или внутренней крыловидной мышцы.

Рак дна полости рта

Болеют преимущественно мужчины в возрасте 50–70 лет. Отношение частоты заболевания среди мужчин и женщин составляет 3:1. Рак этой локализации составляет 10–15 % всех плоскоклеточных раков полости рта. Из них 3 % — аденокарцинома малых слюнных желез. Часто дно полости рта инфильтрируется вторично.

Топографо-анатомические особенности этой локализации связаны с близостью и, следовательно, возможностью распространения на нижнюю поверхность языка, альвеолярный отросток нижней челюсти, противоположную сторону дна полости рта, что является плохим прогностическим признаком. Нередко распространение опухоли происходит паравазально по системе язычной артерии. Вначале больные отмечают опухоль, ощущаемую языком. При изъязвлении появляется гиперсаливация и боли, усиливающиеся при разговоре и приеме пищи. Возможны кровотечения. Иногда, как и при раке языка, первым признаком может быть метастатический узел на шее. При локализации в задних отделах слизистой оболочки дна полости рта язва имеет вид щели.

Рак слизистой оболочки альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей

Эти новообразования почти всегда имеют морфологическое строение плоскоклеточного рака. Проявляют они себя довольно рано, т. к. в процесс вовлекаются зубы и возникает зубная боль. По причине последнего нередко производится лечение и даже удаление зубов, что, в свою очередь, способствует распространению злокачественной опухоли в лунку зуба, а затем в кость. В начальный период опухоль локализована и кровоточит при легком прикосновении. Распространение в подлежащую костную ткань наступает через несколько месяцев и рассматривается как позднее проявление болезни. Регионарное метастазирование наблюдается рано и диагностируется у трети больных.

Рак слизистой оболочки нёба

На твердом нёбе чаще развиваются злокачественные опухоли, исходящие из малых слюнных желез (аденокистозная карцинома — цилиндромма, аденокарцинома). Плоскоклеточный рак слизистой оболочки твердого нёба развивается редко. Часто имеют место вторичные опухоли, в результате распространения рака верхней челюсти, носовой полости. На мягком нёбе новообразования, исходящие из малых слюнных желез, наблюдаются редко, и абсолютное большинство опухолей составляет плоскоклеточный рак. Плоскоклеточный рак твердого нёба быстро изъязвляется, вызывая неприятные ощущения или боли. Основная жалоба — наличие опухоли на твердом нёбе, т. к. новообразования, исходящие из малых слюнных желез, длительное время остаются инкапсулированными. По мере увеличения размеров опухоли усиливается ее давление на слизистую оболочку, появляется участок изъязвления, присоединяется вторичная инфекция, и возникает боль.

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

Рак слизистой оболочки полости рта рано метастазирует в поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи. Частота регионарного метастазирования варьирует от 40 до 76 %. Локализация метастазов во многом зависит от локализации опухоли в полости рта и особенностей лимфообращения в органе.

При раке среднёбоковых поверхностей и кончика языка метастазирование происходит в **поднижнечелюстные, средние и глубокие шейные** лимфатические узлы (35–45 % больных). Злокачественные опухоли задней трети языка метастазируют чаще и быстрее, чем передней, и метастазы локализуются чаще в **верхних глубоких шейных** лимфатических узлах (70–75 %).

При раке слизистой оболочки щеки, дна полости рта и альвеолярного отростка нижней челюсти метастазирование происходит чаще в **подчелю-**

стные лимфатические узлы, реже — в подподбородочные лимфатические узлы при раке передних отделов указанных органов. Злокачественные опухоли задних отделов СОПР метастазируют в **средние и верхние** яремные лимфатические узлы. Из опухолей, располагающихся на язычной поверхности десен, метастазирование происходит еще в **позадиглоточные** лимфатические узлы, недоступные для пальпации. Отмечается развитие коллатеральных и двусторонних метастазов на шее.

Становится очевидным, что при раке полости рта могут быть поражены любые лимфатические узлы шеи. Чрезвычайно редко поражаются надключичные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы при раке органов полости рта встречаются редко (1–5 % больных). Они могут поражать легкие, сердце, печень, мозг, кости скелета.

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 нёбе. 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 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 отметил папилломы у 32 пациентов.

Отличием папиллярных форм рака от папиллом является то, что эта форма рака характеризуется наличием на языке плотных выростов, ин-

фильтрацией 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, кламмером. 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 эластичную 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 заключается 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. Инфильтрации 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 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 подподбородочной 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 кровотечение, 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-желого цвета (цвета испорченного сала). У некоторых больных в центре язвы наблюдаются мелкие геморрагии. Увеличение подподбородочных 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 узловой (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.

Дифференциальная диагностика рака с герпетическим стоматитом определяется наличием сходства в их внешних проявлениях: при обоих поражениях изъязвленные поверхности покрыты коричневой или тем-

ной коркой, при удалении которой определяется кровотечение. Язва при герпетическом поражении, так же как и при раковом, может сопровождаться увеличением подподбородочных 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.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта и языка представляет собой сложную задачу. Патогенетическое лечение злокачественной опухоли основано на знании отдельных патогенетических звеньев опухолевого процесса и направлено, прежде всего, на радикальную ликвидацию первичного очага опухоли и регионарных метастазов, профилактику развития отдаленных метастазов, восстановление нарушенного гомеостаза. Условно выделяют лечение:

- первичного очага;
- регионарных метастазов.

У больных раком языка и дна полости рта широко используется лучевая, химиолучевая терапия и хирургическое вмешательство. Использование дистанционной лучевой терапии на зону лимфатических узлов шеи в СОД 50–70 Гр и сочетанной (дистанционной и брахитерапии) на первичный очаг в СОД 60–80 Гр позволяет при ранних стадиях заболевания (T_{1-2}) достигнуть регрессии опухоли на 80–100 %. При злокачественных опухолях, локализованных в других участках полости рта, таких как альвеолярный отросток или слизистая оболочка, хороший терапевтический эффект достигается также после хирургического вмешательства с послеоперационной лучевой терапией.

При злокачественных опухолях, соответствующих T_{3-4} , проводится комплексное лечение, включающее неоадьювантную химиотерапию, предоперационную лучевую терапию, хирургическое лечение и послеоперационную лучевую терапию до СОД 70 Гр. Среди хирургических подходов при первичном раке применяются внутриротовые, трансцервикальные и комбинированные операции.

При лучевой терапии обычно используются 2 противоположных поля. У больных с опухолями, соответствующими T₃₋₄, поля облучения включают всю полость рта. Запас в 1–2 см нормальных тканей должен быть запланирован всегда, за исключением больных с опухолями переднего отдела полости рта. У больных раком слизистой оболочки полости рта без клинически определяемых метастазов рекомендуется применение брахитерапии, однако общая доза и общее время лечения должны строго соблюдаться.

В планируемый объем облучения включаются все лимфатические узлы шеи со стороны поражения, а при центральной локализации опухоли — лимфатические узлы шеи с обеих сторон. Диссекция опухолей шеи необходима больным с не полностью регрессировавшими после облучения пальпируемыми шейными метастазами, при необходимости она выполняется с обеих сторон шеи поочередно.

Лечение рака языка

Чаще лечение рака языка заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования, дозой 40–50 Гр. Через 3 недели проводится хирургическое лечение (глоссэктомия). При этом необходимо учитывать, что опухолевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.

Лучевая терапия (дистанционная, брахи- или сочетанная в СОД 70 Гр) в качестве единственного метода лечения проводится при больших поверхностных опухолях, соответствующих T₁₋₂. При больших, инфильтративно растущих раках (T₃₋₄) используется комбинированное лечение (лучевая или химиолучевая терапия и операция).

В отношении опухолей, распространяющихся в ткани дна полости рта или на нижнюю челюсть, требуется проведение сложного хирургического вмешательства, включающего частичное удаление языка, резекцию тканей дна полости рта и частичную резекцию нижней челюсти. После таких операций больные нуждаются в замещении удаленных тканей. При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция с обязательным удалением клетчатки поднижнечелюстной и подбородочной областей.

Частота излеченности после лучевой терапии или хирургического вмешательства примерно одинакова для опухолей T₁ (80 %) и T₂ (60 %), а при T₃₋₄ после комбинированного и комплексного лечения составляет 15–35 %. Наличие метастазов в лимфатических узлах снижает показатель выживаемости больных на 50 %.

Лечение рака слизистой оболочки полости рта

Опухоли в стадии T₁ могут быть легко удалены хирургически либо подвергнуты лучевой терапии с СОД 70 Гр за 6–7 недель с равным терапевтическим эффектом. Если опухоль примыкает к нижней челюсти, сле-

дует проводить краевую континуитальную резекцию нижней челюсти. У других больных необходима сегментарная резекция. После операции обязательна дистанционная лучевая терапия в СОД 50 Гр.

При распространенном опухолевом процессе проводится комбинированное лечение, включающее предоперационное химиолучевое или лучевое воздействие, хирургическое вмешательство и послеоперационную лучевую терапию. При проведении операции может быть показана резекция нижней челюсти, гемилингвэктомия, шейная диссекция и пластическое замещение дефекта. Зоны регионарного метастазирования подвергаются лучевому воздействию в СОД 40–70 Гр, а при остальных метастазах необходима радикальная шейная диссекция.

В целом, при такой распространенности опухолевого процесса 40 % пациентов можно считать условно здоровыми; 5-летняя выживаемость при T_1 составляет 85 %, при T_2 — 75 %, при T_3 — 60 % и при T_4 — 30 %. К показателям неблагоприятного прогноза следует отнести прорастание опухоли в язык, нижнюю челюсть, мышцы дна полости рта.

Лечение рака языка и слизистой оболочки полости рта в зависимости от стадии болезни

I–II стадия ($T_{1-2} N_0 M_0$): дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая поднижнечелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняется резекция языка, гемилингвэктомия или резекция мягких тканей полости рта.

III–IVa стадии ($T_{1-2} N_{1-3} M_0$): принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при первой стадии, но у больных с недостаточной регрессией метастазов выполняется радикальная шейная диссекция.

III–IVb стадии ($T_{3-4} N_{1-3} M_0$): лечение комплексное: неоадьювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости — с пластическим возмещением дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и поднижнечелюстной области в СОД 40–50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведенного лечения: продолжение лучевой терапии до СОД 70 Гр или радикальная шейная диссекция.

Лечение регионарных метастазов

В настоящее время, к сожалению, отсутствуют единые подходы к выбору метода лечения регионарных метастазов у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Одна из причин такого положения — сложности диагностики метастазов. Есть сторонники лучевого, хирургического и комбинированного методов лечения. Однако основным методом лечения регионарных метастазов в настоящее время

остается хирургический. У больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области выполняются 4 типа лимфаденэктомий:

1. Операция Ванаха.
2. Верхняя шейная эксцизия (ВШЭ).
3. Фасциально-футлярная эксцизия (ФФЭ).
4. Операция Дж. Крайля.

Операция Ванаха

Показания: рак нижней губы I стадии (T_1); подозрение на метастаз в подподбородочной области; необходимость выполнения расширенной биопсии лимфоузлов подподбородочной или поднижнечелюстной областей.

Границы операционного поля: верхняя — нижний край нижней челюсти, нижняя — уровень подъязычной кости; латеральные — задние брюшки двубрюшных мышц.

Объем удаляемых тканей: обе поднижнечелюстные слюнные железы, клетчатка, лимфатические узлы обеих поднижнечелюстных и подбородочной областей.

Верхняя шейная эксцизия

Показания: рак нижней губы, кожи лица (T_{2-3}), передних отделов слизистой оболочки полости рта, щеки, саркома нижней челюсти.

Границы операционного поля: верхняя — нижний край нижней челюсти с соответствующей стороны, нижняя — уровень верхнего края щитовидного хряща, медиальная — средняя линия шеи, латеральная — передний край кивательной мышцы.

Объем удаляемых тканей: клетчатка, фасции, лимфоузлы в вышеуказанных границах, содержимое поднижнечелюстных и подбородочного треугольников.

Фасциально-футлярная эксцизия

Показания: профилактическое иссечение лимфоузлов при злокачественных опухолях дистальных отделов органов полости рта.

Границы операционного поля: верхняя — нижний край нижней челюсти, нижняя — верхний край ключицы, медиальная — средняя линия шеи, латеральная — передний край трапецевидной мышцы.

Объем удаляемых тканей: в едином блоке удаляют клетчатку, лимфатические узлы, поднижнечелюстные слюнные железы, фасции в указанных границах.

Операция Дж. Крайля

Показания: множественные метастазы в глубокие лимфоузлы шеи, наличие ограниченно смещаемых метастазов, спаянных с кивательной мышцей, стенкой яремной вены, с фасциальными футлярами.

Границы операционного поля: те же, что и при ФФЭ.

Объем удаляемых тканей: тот же, что и при ФФЭ плюс кивательная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв.

Сроки диспансерного наблюдения за больными

Первые полгода — ежемесячно.

Вторые полгода — через 1,5–2 месяца.

Второй год — через 3–4 месяца.

Третий–пятый годы — через 4–6 месяцев.

После пяти лет — через 6–12 месяцев.

Результаты лечения

Результаты лечения рака слизистой оболочки органов полости рта I и II стадий (размеры опухоли не более 4 см) составляют 60–94 % 5-летнего излечения при раке I стадии и до 65 % — при II стадии. Результаты лечения рака III стадии можно представить в следующей таблице:

Таблица 2

Результаты лечения рака III стадии

Метод лечения	5-летняя излеченность, %
Лучевой	16–25
Химиолучевой	37
Хирургический	27–35
Комбинированный	15–37

При IV стадии рака излечения удается достигнуть лишь у отдельных больных.

Реабилитация

Последние 15 лет успешно развивается новое направление в онкологии. Суть его состоит в разработке комплекса мероприятий, обеспечивающих раннюю медицинскую и социальную реабилитацию больных, излеченных от злокачественной опухоли. Комбинированные операции приводят к нарушению функций жевания, глотания и речи, а также к значительной деформации лица. В меньшей степени это затрагивает больных с малыми опухолевыми процессами, излеченными с помощью лучевого или криогенного методов.

В связи с этим, на этапе планирования комбинированной операции по поводу распространенного рака слизистой оболочки органов полости рта, необходимо решать вопрос о пластическом возмещении образовавшихся дефектов слизистой оболочки и мышечной ткани.

Контрольные вопросы

1. На какие группы по клиническому течению подразделяют все опухоли?
2. Дайте определение биопсии.
3. Какие способы диагностических биопсий используются в челюстно-лицевой хирургии?
4. В какой раствор помещают материал, взятый во время биопсии?
5. Какие методы взятия материала для цитологического исследования вы знаете?
6. Дайте определение термина предрак.
7. На какие группы делятся предраковые заболевания, учитывая частоту трансформации в рак и патоморфологические изменения?
8. На какие периоды делят клиническое течение злокачественной опухоли полости рта?
9. Назовите анатомические формы течения злокачественной опухоли полости рта в начальном периоде.
10. Какие клинические формы злокачественной опухоли выделяют в развитом периоде?
11. В какие лимфатические узлы метастазирует рак среднебоковых поверхностей и кончика языка?
12. Какие органы поражают отдаленные метастазы рака полости рта?
13. На какие этапы условно делится лечение злокачественных новообразований полости рта?
14. Перечислите разновидности плоскоклеточного рака.
15. Какими основными критериями определяется степень малигнизации?
16. Какое происхождение раковых клеток проксимальных отделов языка?
17. Какое происхождение раковых клеток дистальных отделов языка?

Ответы на вопросы

1. Доброкачественные, промежуточные (местнодеструктивные), злокачественные.
2. Метод получения ткани живого организма для морфологического исследования с диагностической целью.
3. Инцизионная, эксцизионная, пункционная, трепанационная.
4. 10 %-ный раствор нейтрального формалина.
5. Мазки-отпечатки, соскоб, эксфолиативный метод, смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа, аспирационный метод.
6. Патологические процессы, предшествующие злокачественной опухоли, но не всегда переходящие в нее.

7. Облигатные (с высокой частотой озлокачествления); факультативные (с малой частотой озлокачествления).
8. Начальный, развитой, период запущенности.
9. Язвенная, узловатая, папиллярная.
10. Экзофитная (папиллярная и язвенная), эндофитная (язвенно-инфильтративная и инфильтративная).
11. Поднижнечелюстные, средние и глубокие шейные лимфатические узлы.
12. Легкие, печень, сердце, мозг, кости скелета.
13. Лечение первичного очага и регионарных метастазов.
14. Ороговевающий плоскоклеточный рак, неороговевающий, низкодифференцированный (веретенноклеточный).
15. Пролиферация, дифференциация опухолевой ткани.
16. Эктодермальное происхождение.
17. Эндодермальное происхождение.

Литература

1. Дунаевский, В. А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта / В. А. Дунаевский, Ю. А. Шеломенцев. I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1986. 184 с.
2. *Комбинированное* и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями / В. И. Чисов [и др.] ; под ред. В. И. Чисова. М.: Медицина, 1989. 560 с.
3. *Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани* / А. И. Пачес [и др.]. М.: Медицина, 1988. 304 с.
4. *Протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований* / Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова / под ред. И. В. Залуцкого. Минск: ОДО «Тонпик», 2004. 371 с.
5. *Реабилитация онкологических больных* / В. Н. Герасименко [и др.] ; под ред. проф. В. Н. Герасименко. М.: Медицина, 1988. 272 с.
6. *Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области* / И. М. Федяев [и др.]. М.: Медицинская книга, Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. 160 с.

Оглавление

Мотивационная характеристика темы.....	3
Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и языка (<i>О. П. Чудаков</i>)	4
Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта и языка	10
Классификация рака полости рта по ТМН.....	10
Методы обследования больных (<i>Т. Б. Людчик</i>)	11
Морфология злокачественной опухоли.....	12
Клиническое течение злокачественных опухолей (<i>Л. Е. Мойсейчик</i>)	13
Клинические проявления злокачественных опухолей (<i>Л. Е. Мойсейчик</i>).....	15
Особенности регионарного метастазирования (<i>Л. Е. Мойсейчик</i>).....	17
Дифференциальная диагностика (<i>Т. Б. Людчик</i>)	18
Общие принципы лечения (<i>Л. Г. Быкадорова</i>)	21
Контрольные вопросы.....	25
Ответы на вопросы	26
Литература.....	27