



ФГБОУ ВО
«Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии

Злокачественные новообразования слизистой рта и губы

Лектор:
доцент, к.м.н. Е.В.
Кузьмина

18. 10. 2019

План лекции

- 1. Актуальность темы и статистика заболеваемости населения злокачественными новообразованиями СОПР.*
- 2. Классификация злокачественных опухолей СОПР.*
- 3. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей СОПР.*
- 4. Статистика, классификация, клиника, диагностика и лечение рака губы.*
- 5. Роль врача-стоматолога в решении онкологических проблем.*

Актуальность

- *За последние 10-15 лет число больных злокачественными опухолями СОПР увеличилось в 2 раза. В 2017 г. рак слизистой рта был диагностирован у 6 459 мужчин и 2 828 женщин.*

- *У большинства больных (60-80%) обнаруживаются запущенные стадии – III-IV*

- *На специальное лечение принимается только 49-57%*

- *Лечение очень трудоёмкое (сложность анатомического строения)*

- *Результаты лечения малоутешительны – высокая смертность из-за позднего обращения*

Статистика заболеваемости злокачественными новообразованиями слизистой рта

- *90-95 % злокачественных опухолей СОПР составляет плоскоклеточный ороговевающий рак, 5-10 % приходится на аденокарциному, меланому и саркому*
- *Рак полости рта и глотки занимает 6 место по количеству ежегодно диагностируемых в мире*
- *Общий уровень заболеваемости раком СОПР в России составляет 10,4, а смертность – 2,9 случая на 100000 населения*
- *Мужчины болеют в 5-7 раз чаще, чем женщины.*
- *Наибольший риск – люди в возрасте 60-70 лет.*
- *Одногодичная летальность составляет 41,3-43,8%*

Причины запущенности онкологической патологии СОПР:

- *Недостаточные знания и отсутствие онкологической настороженности у врачей первичного приёма и стоматологов в этом разделе медицины;*
- *Длительное бессимптомное течение злокачественного новообразования;*
- *Признаки воспаления, маскирующие течение опухолей;*
- *Несвоевременное обращение больных к врачу.*

Частота и локализация рака СОПР

Ранг	Локализация опухоли	%
1.	<i>Рак языка</i>	52%
2.	<i>Рак слизистой дна полости рта</i>	20%
3.	<i>Рак слизистой оболочки щеки</i>	7%
4.	<i>Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти</i>	6%
5.	<i>Рак слизистой оболочки мягкого нёба</i>	5%
6.	<i>Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти</i>	4%
7.	<i>Рак слизистой оболочки твёрдого нёба</i>	4%

Виды эпителиальных злокачественных новообразований СОПР в международной гистологической классификации

- ***интраэпителиальная карцинома (Carcinoma in situ);***
- ***плоскоклеточный рак;***
- ***разновидности плоскоклеточного рака:***
 1. *веррукозная карцинома,*
 2. *веретенноклеточная карцинома,*
 3. *лимфоэпителиома.*

Международная классификация опухолевого процесса по TNM (7-е издание, 2009 г.)

- **T** – первичная опухоль
- **Tx** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- **T0** – первичная опухоль не определяется.
- **Tis** – *carcinoma in situ*.
- **T1** – размеры опухоли до 2 см в наибольшем измерении.
- **T2** – размеры опухоли от 2 до 4 см в наибольшем измерении.
- **T3** – размеры опухоли более 4 см в наибольшем измерении.
- **T4** – опухоль любых размеров распространяется на соседние структуры (мышцы, кости), другие органы.

Международная классификация опухолевого процесса по TNM (7-е издание, 2009 г.)

- **N** – регионарные лимфатические узлы
- **Nx** – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- **N0** – нет метастазов в регионарные лимфатические узлы.
- **N1** – наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы на стороне поражения менее 3 см.
- **N2** – регионарные метастазы на стороне поражения до 6 см, или на противоположной стороне менее 6 см.
- **N3** – регионарные метастазы более 6 см.
- **M** – отдалённые метастазы
- **Mx** – недостаточно данных для оценки отдалённых метастазов.
- **M0** – нет признаков отдалённых метастазов.
- **M1** – наличие отдалённых метастазов (клинические, УЗИ).



В развитии рака СОПР можно выделить 3 фазы течения:

- 1. Начальный период**
- 2. Развитой период**
- 3. Период запущенности**

Начальный период

- *Рак всегда формируется в наружном слое слизистой оболочки и может расти как внутрь, так и наружу: с деструктивными или продуктивными изменениями.*
- *Характеризуется бессимптомным течением: появляются безболезненные узелки, поверхностные язвы или трещины, постепенно увеличивающиеся.*
- *Выделяют 3 анатомические формы начального периода: язвенную, узловую, папиллярную.*
- *Только у 25% пациентов наблюдаются боли, которые они связывают с ангиной или заболеваниями зубов.*

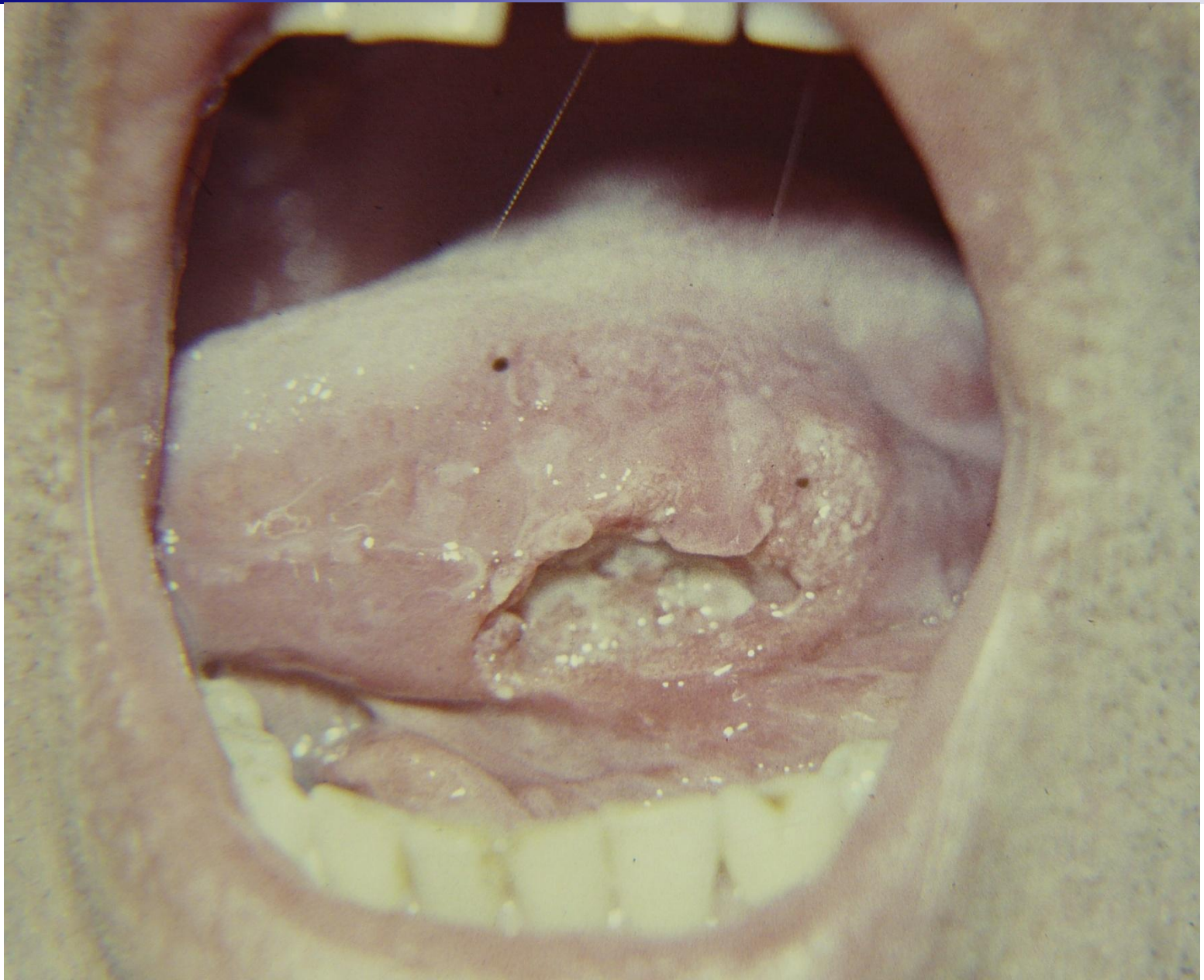






Развитой период

- *Характеризуется проявлением ряда симптомов:*
 1. *боли разной интенсивности, локализованные или иррадиирующие;*
 2. *усиливается саливация;*
 3. *возникает зловонный запах изо рта.*
- *Клинически чаще выявляются язвенно-инфильтративная (41%) и язвенная (30%) формы, реже – папиллярная (12%) и инфильтративная (7%).*







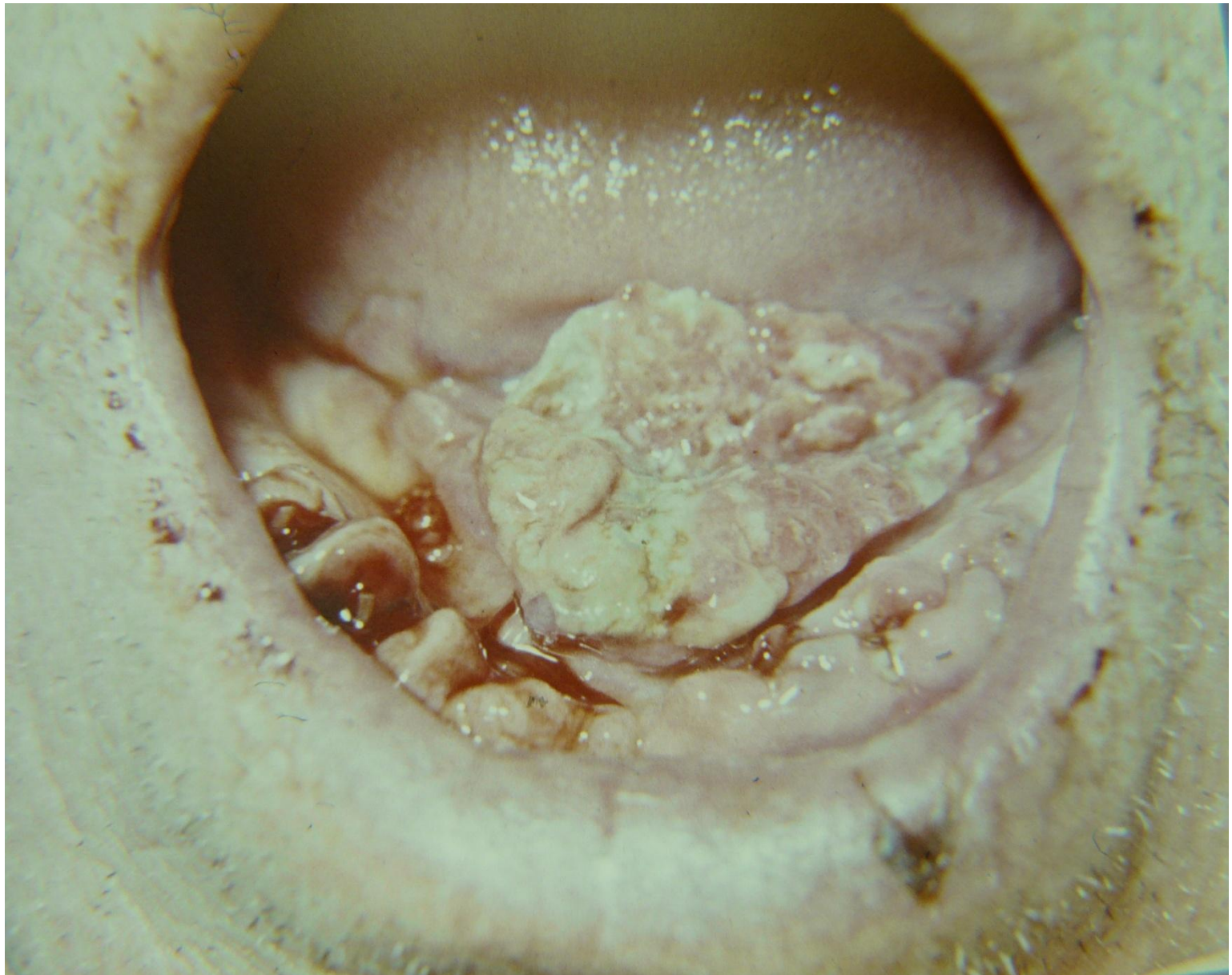


Период запущенности

- *Рак быстро распространяется, разрушает окружающие ткани.*
- *Относится к наиболее агрессивным и злокачественным.*
- *Раннее регионарное метастазирование в лимфатические узлы диагностируется у 85% больных, отдалённое метастазирование в 1-5% случаев (лёгкие, печень, головной мозг).*









Язвенно-инфильтративная форма рака слизистой нёба

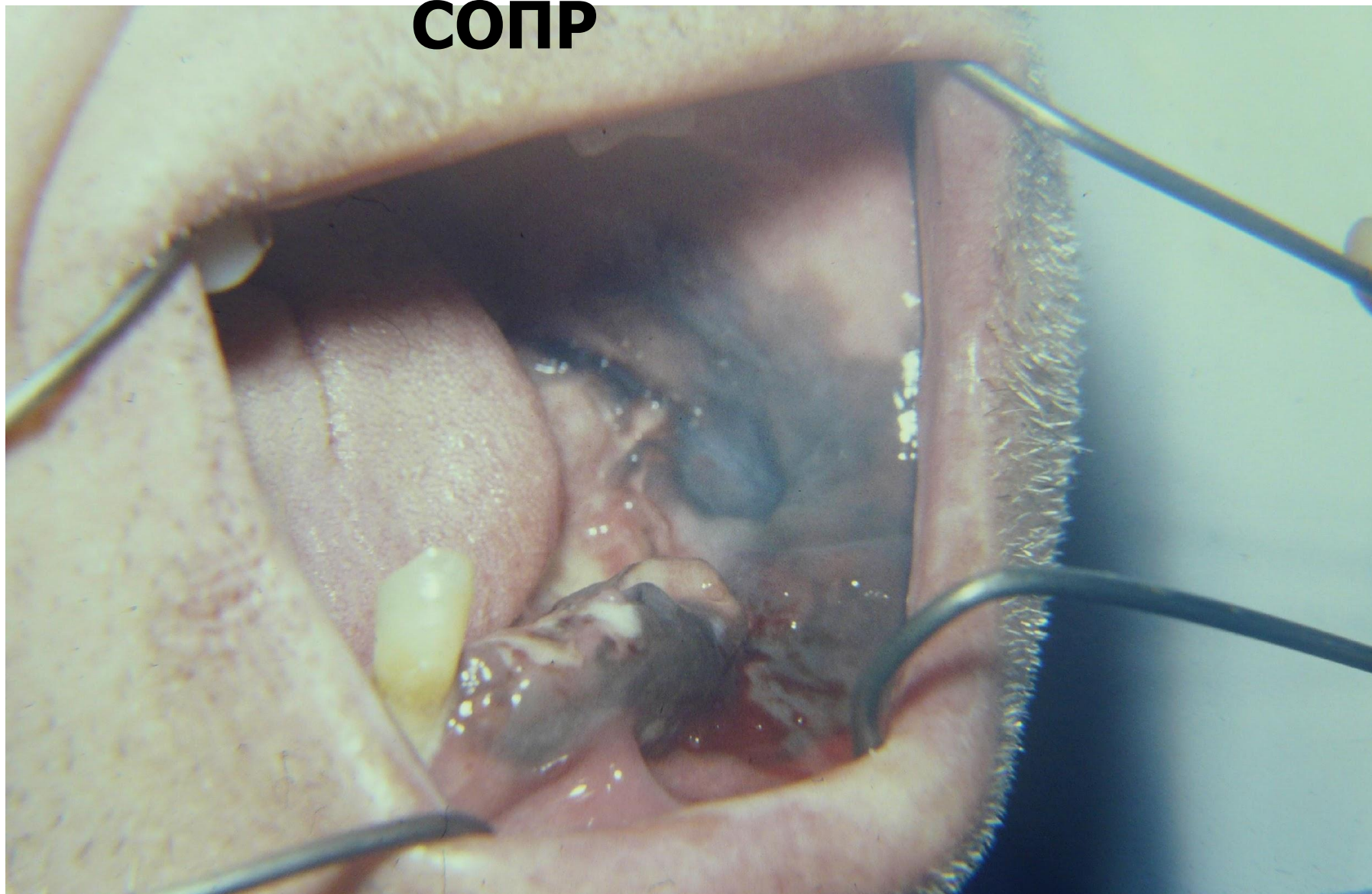




Меланома СОПР – 0,5%



Меланома СОПР



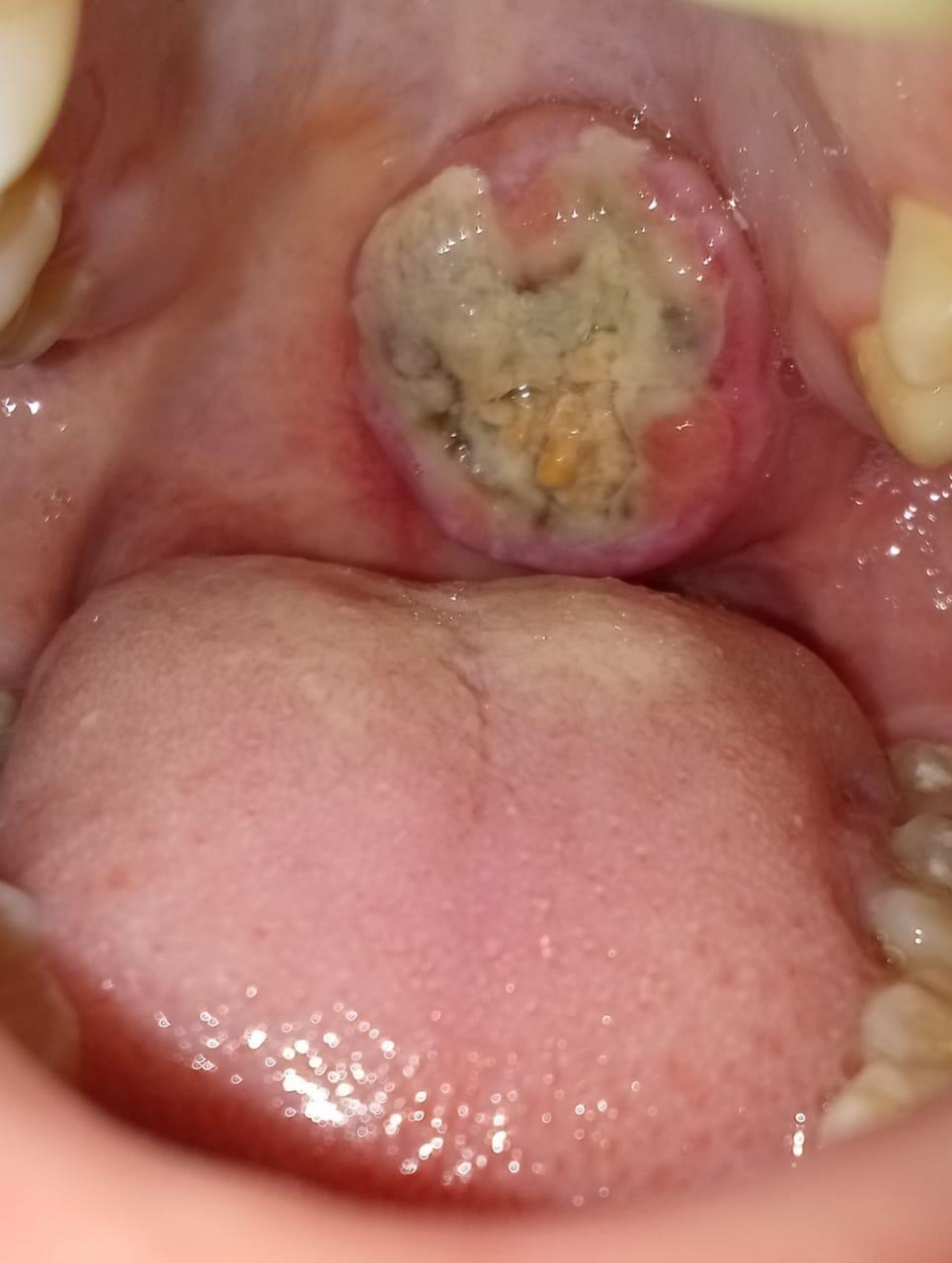
Диагностика ЗНО СОПР

- *анамнез заболевания: наличие предраковых заболеваний, хронической травмы, вредных привычек*
- *клинические данные: плотный инфильтрат в основании образования, ограничение подвижности, увеличение лимфатических узлов*
- *морфологическое исследование (цитологическое, патогистологическое)*
- *УЗИ*
- *КТ*

Дифференциальная диагностика ЗНО СОПР

- *предраковые заболевания*
- *воспалительные заболевания*
- *специфические заболевания*
- *другие язвы (трофическая, декубитальная, лучевая, язва при остром лейкозе)*





Лечение ЗНО СОПР

□ **Комплексное:**

химиотерапия+лучевое+хирургическое

1. Химиотерапия (ХТ) - препараты платины (цисплатин, платидиам), 5-фторурацил.
2. Лучевое – ДГТ 40 Гр. синхронно или после ХТ.
3. Если после этого лечения опухоль резорбируется на 50%, то химиолучевое лечение продолжают по радикальной программе.
4. При малочувствительных опухолях лечение дополняют хирургическим вмешательством на первичном очаге.
5. Лечение метастазов на шее (лучевое 40 Гр. + хирургическое: ВШЭ-I, ВШЭ-II, ФФИ, операция Крайля).
6. Паллиативное и симптоматическое лечение в запущенных случаях

Рак губы

- *к раку губы относятся те ЗНО, которые возникают первоначально на красной кайме*
- *чаще поражается нижняя губа*
- *чаще встречается у мужчин*
- *клинические формы: язвенная, язвенно-инфильтративная, папиллярная*
- *встречается преимущественно плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий)*
- *классификация по выделяют 4 стадии*
- *метастазирует лимфогенным путём*
- *в отдалённые органы метастазирует редко*













Диагностика рака губы

- *анамнез заболевания: наличие вредных привычек, предраковых заболеваний, хронической травмы*
- *клинические данные: плотный инфильтрат в основании образования, ограничение подвижности, увеличение лимфатических узлов*
- *морфологическое исследование (цитологическое, патогистологическое)*

Дифференциальная диагностика


- *предраковые заболевания*
- *системные заболевания*
- *специфические заболевания*

Лечение рака губы

- *хирургическое*
- *лучевое лечение*
- *термохимиолучевое лечение*
- *комбинированное или комплексное*
- *паллиативное*

Операции на шее при метастазах ЗНО губы

- *верхняя шейная эксцизия (I вариант)*
- *верхняя шейная эксцизия (II вариант)*
- *фасциально-футлярное иссечение*
- *операция Крайля*



**Сроки динамического наблюдения
пациентов III группы у онколога по месту
жительства:**

- 1-ый год – 1 раз в квартал
- 2-3-4-ый годы – 1 раз в полгода
- 5-ый год и последующие – 1 раз в год

**Инкурабельные больные IV группы лечатся
в хосписе или наблюдаются участковым
врачом.**

Роль врача-стоматолога

- ✓ *Диагностика предрака*
- ✓ *Первичная ранняя диагностика злокачественных опухолей*
- ✓ *Лечение предрака*
- ✓ *Санация полости рта перед радикальным лечением*
- ✓ *Проведение лечебных мероприятий у онкобольных после радикального лечения*

Аутофлуорисцентная стоматоскопия АФС



Стоматоскоп АФС позволяет выявлять очаги аномального флуоресцентного свечения, связанные с наличием воспалительных, предраковых процессов, а также онкологических заболеваний.

Преимущества аутофлуоресцентной стоматоскопии:

- **Неинвазивность и простота применения**
- **Время осмотра - 2-3 минуты**
- **Высокая чувствительность к любым заболеваниям СОР**
- **Отсутствие расходных материалов**
- **Может применяться после короткого обучения всеми врачами-стоматологами**

Благодарю за внимание !



Как работает технология?

При освещении полости рта светодиодным излучением аппарата АФС в полости рта возникает эндогенное или аутофлуоресцентное свечение, которое можно наблюдать через специальные очки в условиях затемнения.

Нормальная слизистая полости рта имеет зеленое свечение. При развитии патологических состояний характер свечения меняется, патологические очаги предрака, раннего рака имеют аномальное свечение.

Выявление аномального свечения позволяет проявить онкологическую настороженность при первичном осмотре пациента. "Аппарат АФС позволяет проводить осмотр слизистой оболочки рта в свете аутофлуоресценции и выявлять очаги предрака и ранних форм рака. Он отличается надежностью и простотой в эксплуатации и может быть рекомендован для онкоскрининга предраковых заболеваний слизистой оболочки рта в стоматологии".