



ГБУЗ  
«КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №1»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ



**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ  
НОВООБРАЗОВАНИЯ  
ПОЛОСТИРТА И ГЛОТКИ**

КРАСНОДАР 2018

# Злокачественные новообразования (ЗНО) полости рта (код по МКБ-10 C00-C09)

ЗНО  
губы  
(C00)

ЗНО  
языка  
(C01-C02)

ЗНО  
десны  
(C03)

ЗНО дна  
полости  
рта  
(C04)

ЗНО  
неба  
(C05)

ЗНО других и  
неуточненных  
отделов рта  
(C06), включает  
ЗНО слизистой  
оболочки щек,  
преддверия рта,  
ретромолярной  
области

ЗНО  
миндалины  
(C09)

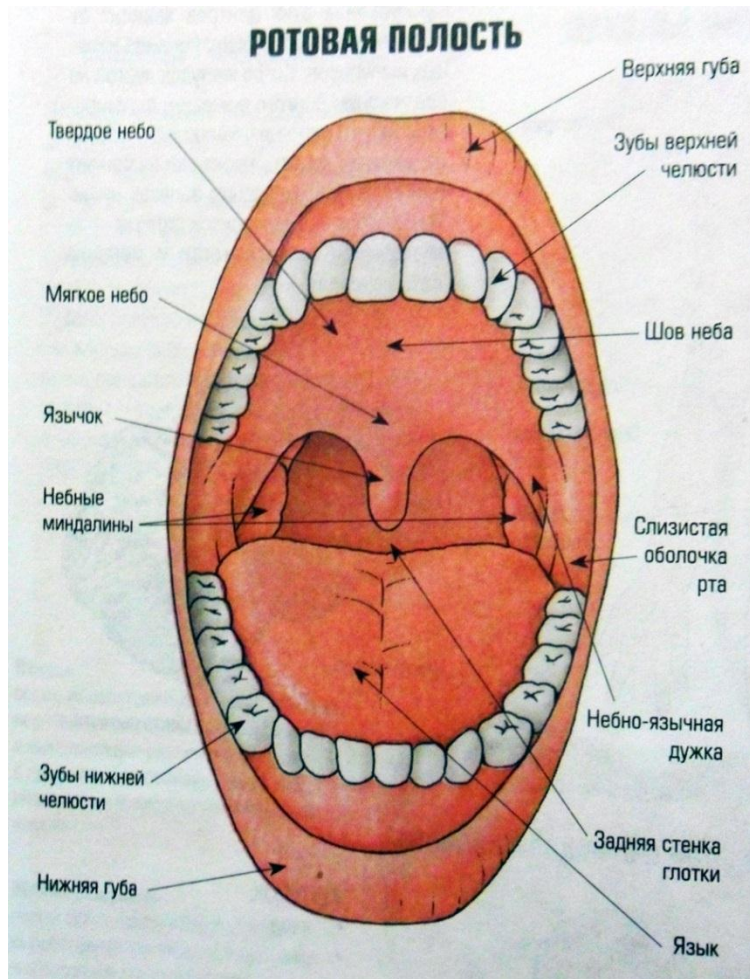
ЗНО  
околоушной  
слюнной  
железы  
(C07)

ЗНО других и  
больших  
слюнных  
желез  
(C08)

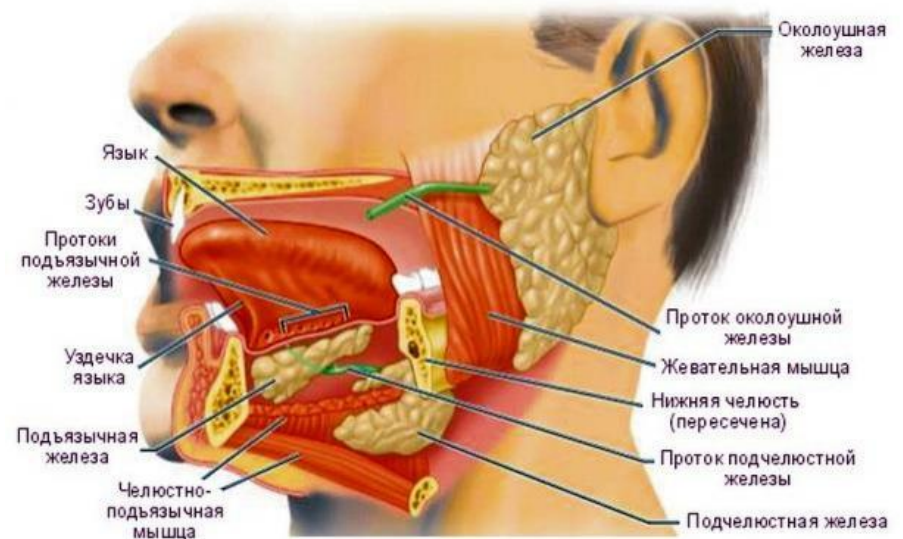


# Строение ротовой полости

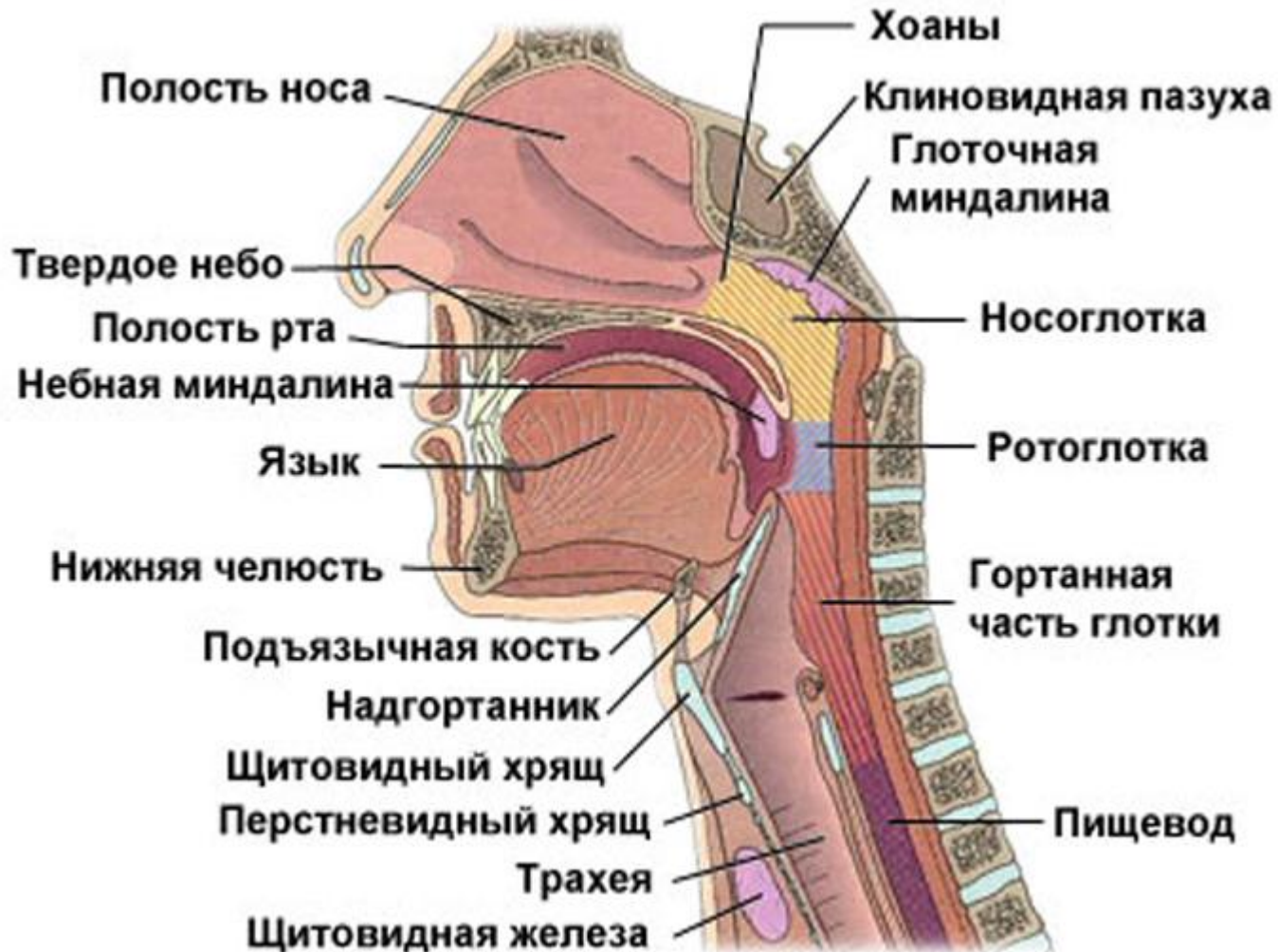
Злокачественные опухоли могут возникать в любых тканях и органах головы и шеи. Выделяют **более 30 локализаций** новообразований в области головы и шеи.



Полость рта включает преддверье рта и собственно ротовую полость. Раковая опухоль может поражать язык, твердое небо, дно ротовой полости (подъязычную область), десны и выстилку губ и щек (слизистую оболочку).



# Анатомическое строение глотки



Глотка - жизненно-важный орган, в котором происходит перекрест дыхательного и пищеварительного трактов. Глотка играет важную роль в формировании иммунитета, в образовании голоса и речи, актах дыхания и глотания.

# Виды злокачественных опухолей головы и шеи

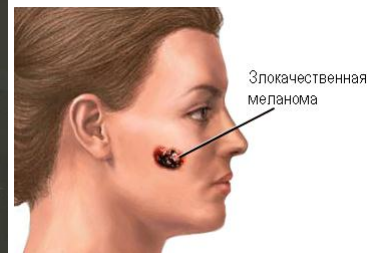
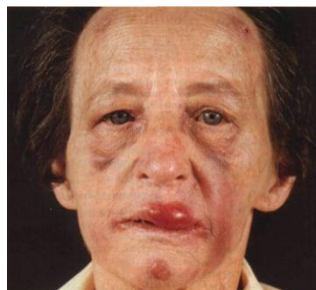
В 90% случаев рак головы и шеи представляет собой **плоскоклеточную карциному**. Опухоль возникает в клетках слизистой оболочки ротовой полости, носа, глотки, уха или поверхностного слоя, покрывающего язык.

**Лимфомы:** развиваются из клеток лимфатической системы.

**Аденокарциномы:** развиваются из клеток, выстилающих протоки железистых органов.

**Саркомы:** образуются из клеток, которые формируют мышцы, хрящи или кровеносные сосуды.

**Меланомы:** берут начало из клеток под названием меланоциты, которые придают особый цвет коже и радужке глаза.





**РАК ГУБЫ**

# РАК ГУБЫ

Рак губы — злокачественная опухоль из элементов покровного эпителия красной каймы губ.



Красная кайма губ — широкая переходная зона между слизистой оболочкой полости рта и кожей, покрытая многослойным плоским эпителием с тонким слоем ороговения. Верхняя губа поражается раком редко. Это объясняется анатомо-физиологическими особенностями губ (недостаточная смазка жиром) и неодинаковой подверженностью канцерогенным факторам.

Более 76% случаев поражений губы возникает у мужчин. Стандартизованная заболеваемость у мужчин — 3,62 случая на 100 000 населения, у женщин — в 10 раз меньше. Пик приходится на возрастную группу старше 70 лет.

# Этиология и патогенез

**1** Рак губы чаще встречаются у сельских жителей, особенно в южных районах.



**2** Довольно часто эта опухоль возникает у лиц, по роду занятий связанных с воздействием атмосферных факторов: инсоляцией, резкими сменами температуры и влажности.



**3** Существенную роль играет курение (особенно трубки), алкоголь, несоблюдение гигиены рта, вирусные инфекции.



**Все эти факторы нарушают процессы ороговения**



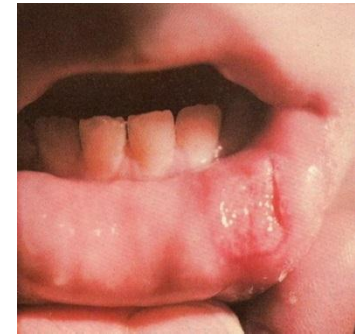
# Этиология и патогенез



гиперкератоз



лейкоплакия



папиллома



трещина



кератоакантома

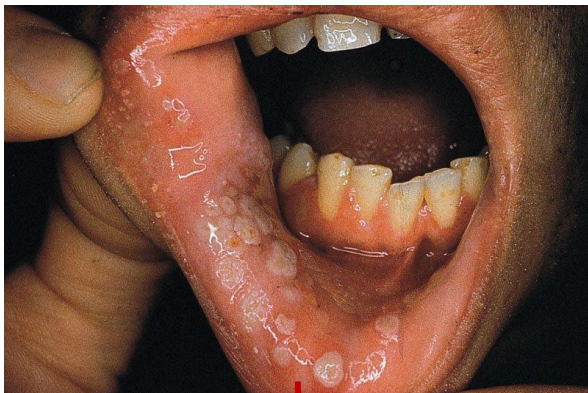
Очаговые дискератозы и папилломы обычно относят к облигатному предраку. Они проявляются гиперкератозом или лейкоплакией.

Эритроплакии относят к деструктивным формам дискератоза, которые проявляются трещинами и язвами на красной кайме губы.

Большой тенденцией к злокачественной трансформации обладают также диффузный дискератоз и кератоакантома.

# Этиология и патогенез

К факультативному предраку относят хейлит, хронические язвы, трещины и эрозивные формы плоского лишая.



Красный плоский лишай на губе



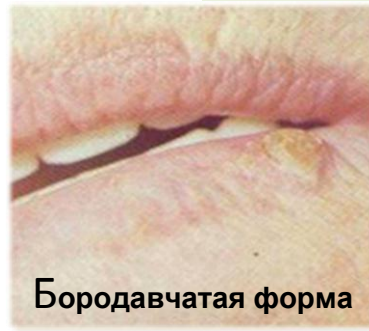
# Клиническая картина



На красной кайме нижней губы в стороне от средней линии возникает небольшое образование или участок уплотнения, выступающий над поверхностью. В центре образования формируется эрозия или язва с зернистой поверхностью и валикообразным краем. Образование отличается плотной консистенцией и постепенно увеличивается в размерах, приобретает неправильную форму. Границы образования нечёткие. Нередко опухоль растёт на фоне лейкоплакии, папилломы или трещины, кровоточит.



Папиллярная форма



Бородавчатая форма

**Экзофитный** рак чаще возникает из папилломы или бородавчатой формы продуктивного диффузного дискератоза. При экзофитном росте опухоль плотной консистенции часто покрыта плоскими чешуйками.

**Эндофитный** рост характеризуется язвой с неровными плотными краями, часто появляется на фоне деструктивного дискератоза, быстро инфильтрирует мягкие ткани губы и склонен к метастазированию. Характерная гистологическая форма опухоли — плоскоклеточный рак, чаще ороговевающий.

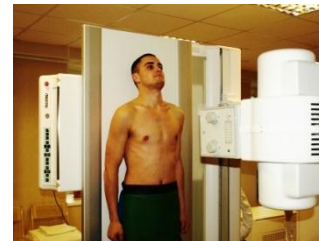
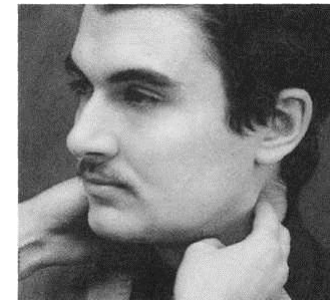
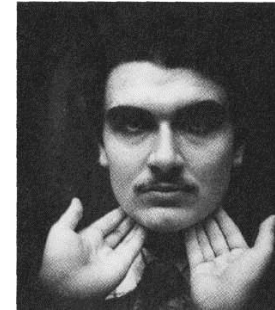
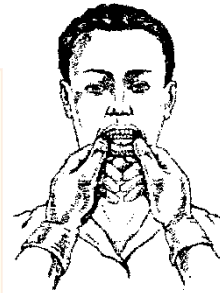


# Диагностика

Уточняют профессию больного и контакты с вредными веществами.

## Обследование:

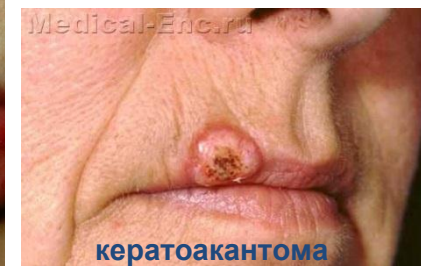
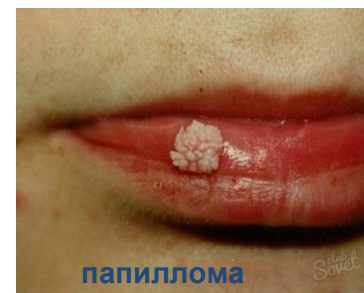
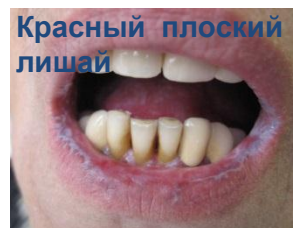
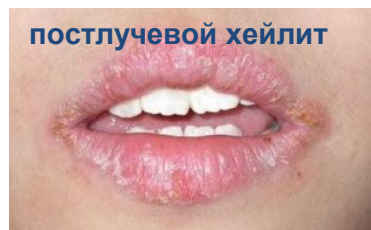
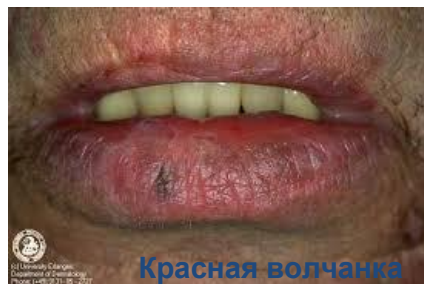
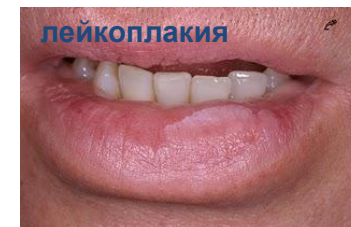
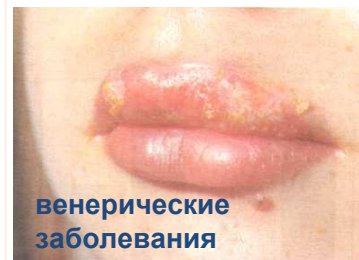
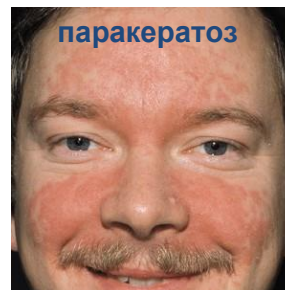
- ❖ осмотр и пальцевое исследование губы, щёчно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей;
- ❖ пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон;
- ❖ рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- ❖ УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости (по показаниям);
- ❖ рентгенография нижней челюсти, ортопантомография (по показаниям);
- ❖ мазки-отпечатки для цитологического исследования (при изъязвлении) или биопсия зоны поражения;
- ❖ цитологическая пункция лимфатических узлов шеи при их увеличении.



# Дифференциальная диагностика

## Необходимо исключить:

- ❖ паракератоз и акантоз;
- ❖ венерические заболевания;
- ❖ лейкоплакию;
- ❖ ограниченный гиперкератоз;
- ❖ хейлит Манганотти;
- ❖ папиллому;
- ❖ кератоакантому;
- ❖ кожный рог;
- ❖ эрозивно-язвенную форму системной красной волчанки и красного плоского лишая;
- ❖ постлучевой хейлит.



# Лечение

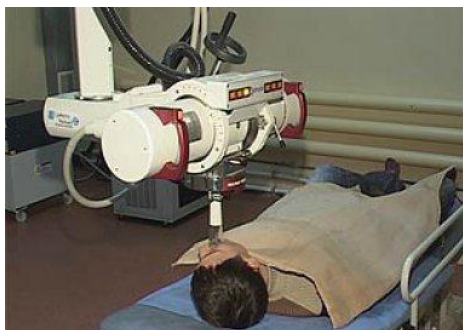


При раннем раке  
небольших размеров

Близкофокусная  
рентгенотерапия

Криогенное  
воздействие

Фотодинамическая  
терапия



Криогенное воздействие на  
опухоль (а) при раке  
нижней губы II стадии и  
результаты лечения (б).



При раннем раке небольших размеров эффективна близкофокусная рентгенотерапия, криогенное воздействие или фотодинамическая терапия. Обычно лечение рака губы начинают с лучевой терапии первичного очага и регионарной зоны в дозе **40-50 Гр** с последующей резекцией губы и шейной лимфаденэктомией. **При этом нужно учитывать, что опухолевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.**

# Лучевая терапия



**T1— 2N0M0**

Лучевую терапию (близкофокусная, дистанционная, брахитерапия, аппликационная, сочетанная) до суммарной очаговой дозы 70 Гр в качестве единственного метода лечения проводят при небольших поверхностных опухолях.

**T3—4**

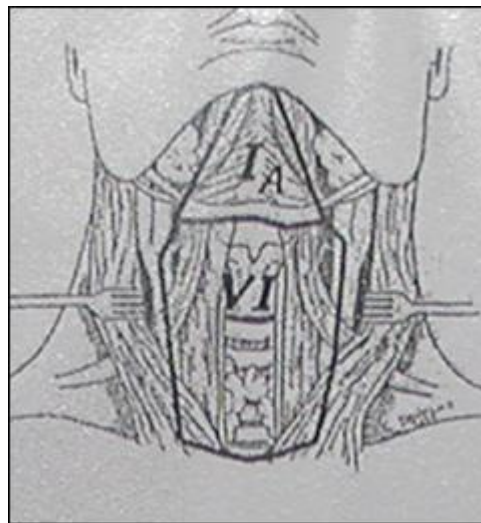
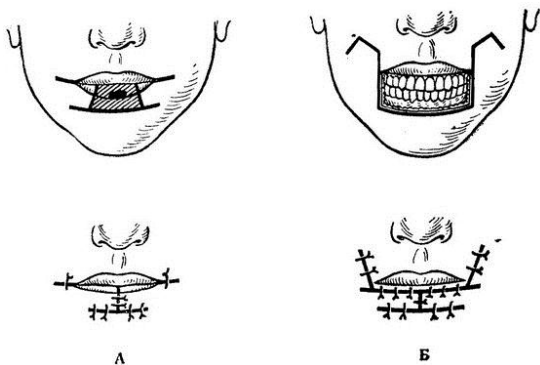
При инфильтративно растущих формах рака используют комбинированное лечение (лучевая или химиолучевая терапия и операция).



# Хирургическое вмешательство

Опухоли, растущие в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть

Требуется проведение сложного хирургического вмешательства, включающего частичное или полное удаление губы, резекцию тканей дна полости рта и частичную резекцию нижней челюсти. После таких операций многие больные нуждаются в замещении удалённых тканей или им оформляют оростому. При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция с обязательным удалением клетчатки подчелюстной и подбородочной областей. При двустороннем поражении лимфатических узлов шеи хирургический этап лечения разбивают на два этапа. Вторым этапом выполняют шейную лимфодиссекцию с противоположной стороны через 2—3 нед. после первой операции. Для профилактики затёка слюны в верхние дыхательные пути накладывают трахеостому.





# По клиническому течению разделяют 4 степени рака губы



1



2



3

## **I стадия:**

- опухоль или язва ограниченных размеров, преимущественно располагающаяся по середине губы, имеющая диаметр от 1,5 до 2 см. Она размещается в толще слизистой и в подслизистом слое красной каймы губ. Метастазов на этой стадии нет.

## **II стадия:**

- опухоль или язва свыше 1,5 см., локализованная в слизистой или подслизистом слое, но занимающая небольшую площадь (меньше половины) красной каймы губ;
- опухоль или язва такой же величины, а возможно и меньшей, имеющая метастазы в регионарных лимфатических узлах.

## **III стадия:**

- опухоль или язва занимает половину площади губы. Имеется прорастание в мягкие ткани щеки и подбородка. Ореол распространения – угол рта;
- опухоль или язва такой же или меньшей величины, но с выраженными подвижными метастазами в подбородочной и поднижнечелюстной областях.

## **IV стадия:**

- опухоль в стадии распада, занимающая большую часть поверхности губы, распространенная не только на угол рта и подбородок, но и на нижнюю челюсть;
- наблюдаются неподвижные метастазы в регионарных лимфатических узлах, а также в отдаленных органах.

# Лечение при различных стадиях

При I—II  
стадиях  
(T1-2N0M0)

Проводят дистанционную, брахитерапию или сочетанную лучевую терапию в дозе 40—70 Гр. Поля облучения включают подчелюстную регионарную зону. При недостаточной эффективности лечения после достижения 40 Гр выполняют резекцию губы.

При III-IVA  
стадиях (T1—  
2N1—3M0)

Принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при I-II стадии, но в случае недостаточной регрессии метастазов выполняют радикальную шейную диссекцию.

При III—IVB  
стадии (T3—  
4N1—3M0)

Лечение комплексное: неоадьювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости — с пластикой дефекта. При этом обязательно облучают регионарные зоны шеи и подчелюстной области в дозе 40—50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до суммарной дозы 70 Гр или радикальная шейная диссекция.

При IVС  
стадии

Показана палиативная химиолучевая терапия.

# Исходы, прогноз, диспансерное наблюдение

Наблюдение за группой повышенного риска и излеченными больными осуществляют по общим правилам. Кроме осмотра и пальпации губы необходимо обращать внимание на состояние лимфатических узлов шеи.

После излечения проводят комплекс стандартных исследований.

Результаты лечения зависят от стадии заболевания. При I — II стадиях **90%** больных живут более 5 лет. После комбинированного лечения этот показатель составляет **не более 50%**

## Профилактика

**Первичная.** Рекомендуют защищать лицо от прямых солнечных лучей (носить шляпу с широкими полями), отказаться от курения сигарет и трубки, изменить условия работы, соблюдать гигиену полости рта, не употреблять крепких спиртных напитков. Ежегодные диспансерные осмотры лиц, склонных к дискератозам губ, хейлиту.

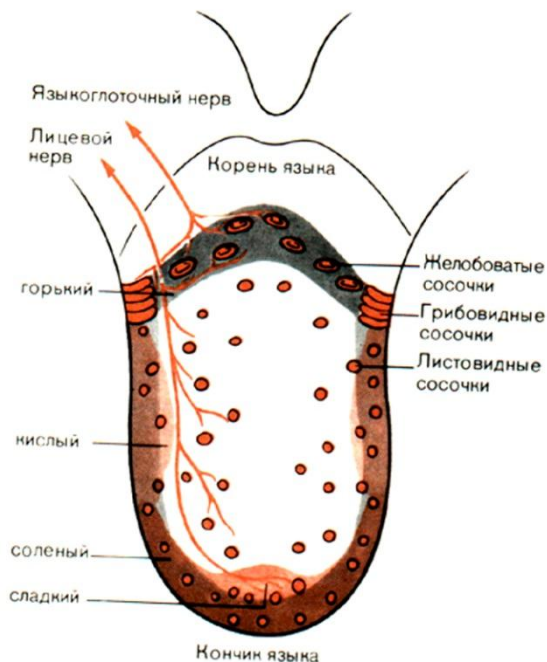
**Вторичная.** Регулярно лечить зубы у стоматолога. Провести лечение дискератозов и хейлитов, в том числе и хирургическое (консервативная терапия обычно малоэффективна). Активное выявление и лечение предраковых заболеваний у сельскохозяйственных рабочих, моряков и на предприятиях, связанных с вредными производствами.





# РАК ЯЗЫКА

# РАК ЯЗЫКА



Рак языка —  
злокачественная  
опухоль  
преимущественно из  
элементов плоского  
эпителия.  
МКБ-10. С01.9, С002.0—  
С002.9



## Эпидемиология

Рак языка составляет **0.45%** от всех ЗН.

Средний возраст больных — **60 лет**, но рак языка может возникать и у больных моложе 30 лет. Соотношение мужчин и женщин — **3:1**.

Боковая поверхность средней трети языка по частоте поражения стоит на первом месте, затем следует корень, спинка и кончик. Следует помнить о различном происхождении рака передних 2/3 языка (из эктодермы) и задней 1/3 (энтодерма). С этим связаны особенности дифференцировки, клинического течения, радиочувствительности и стадирования.

# Классификация рака языка

**В зависимости от локализации опухоли выделяют рак:**

- подъязычной области;
- кончика языка;
- корня языка;
- боковых поверхностей (встречается наиболее часто);
- спинки языка.



Начальная степень рака  
подъязычной области



Злокачественный процесс поразил  
корень языка



Поражение спинки языка  
злокачественным процессом

# Классификация рака языка

## По гистологическому составу:

- плоскоклеточный рак;
- аденокарцинома.



## Различают три анатомические формы:

**Язвенная.** Характеризуется появлением уплотнения на языке, которое со временем перерождается в язвочку. Может сопровождаться болью, кровоточивостью.

**Узловатая.** Новообразование имеет плотную консистенцию и чёткие края, на его поверхности присутствуют беловатые пятна.

**Папиллярная.** Такое образование твёрдое на ощупь, возвышается над поверхностью здоровых тканей, сверху имеет плотные бляшки.

## По характеру роста опухоли:

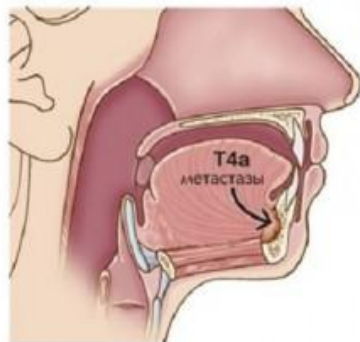
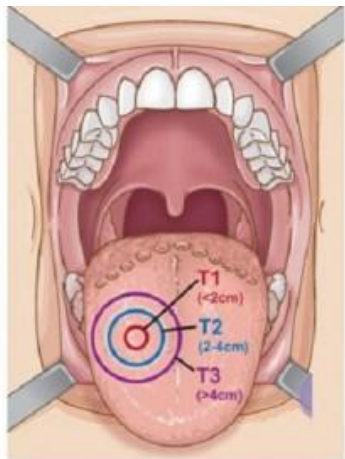
**Экзофитная.** Образование выступает в ротовую полость.

**Эндофитная.** Опухоль прорастает в глубокие ткани языка и рта.

**Смешанная.**



# Стадии развития рака языка



Стадии рака языка (T1-T4) в соответствии с классификацией TNM

Стадия	Характеристика
I	Образование имеет маленькие размеры, как правило, в диаметре не превышает 1 см. Не сопровождается дискомфортом, диагностироваться может лишь случайно при плановом осмотре.
II	Опухоль увеличивается в размере. Больной начинает замечать язвочки, участки уплотнения. На данном этапе новообразование распространяется на мышечные ткани, удаётся обнаружить метастазы в ротовой полости, под челюстью.
III	Опухоль занимает больше половины языка, поэтому хорошо заметна. Характеризуется чёткой симптоматикой. Метастазы можно обнаружить в затылочных лимфоузлах, за ушами, под мышками.
IV	Злокачественная опухоль достигает больших размеров, распространяется на весь язык, а также ткани рта, лица. Последняя стадия развития опухоли характеризуется проникновением метастазов во внутренние органы. Они могут поражать головной мозг, сердце, печень, кости. Прогноз крайне неблагоприятный, так как заболевание прогрессирует очень быстро.

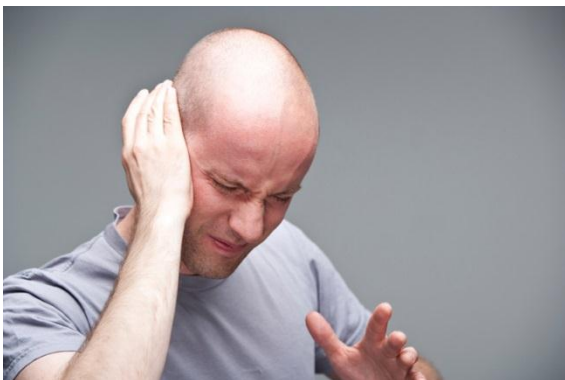


# Клиническая картина

На поверхности языка появляется безболезненное, постепенно увеличивающееся, не поддающееся медикаментозному лечению изъязвление. Боли возникают относительно поздно, обычно их связывают с ангиной, заболеванием зубов и дёсен. Опухоль склонна к быстрому инфильтративному росту. В ранних стадиях возникает уплотнение слизистой оболочки, подлежащих тканей, поверхностные язвы, папиллярные образования, белесоватые пятна. Заболевание может проявиться только метастазами в регионарных зонах. Характерно, что у 10% больных при первых обращениях к врачу местные поражения слизистой оболочки не выявляют — необходим тщательный осмотр полости рта и консультация стоматолога.

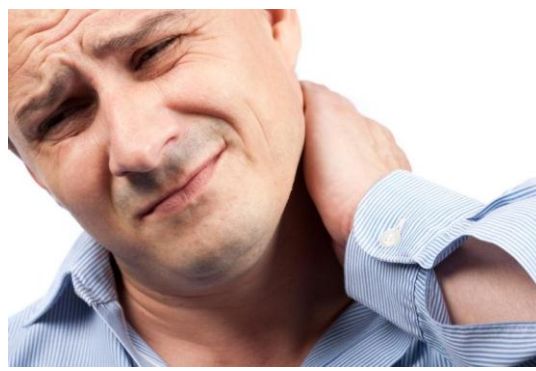
В поздних стадиях возникают боли разной интенсивности, локализованные или иррадирующие в ухо? височную, затылочную область. Усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада, возникает зловонный запах изо рта (распад, инфицирование опухоли).

Отдалённые метастазы наблюдают в 1—5% наблюдений (поражаются лёгкие, реже печень, головной мозг).



# Симптомы рака языка

Локализация	Симптомы
Корень	<p>Характеризуется быстрым и агрессивным развитием. Сопровождается:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ болью в горле, ухе;</li><li>➤ дискомфортом при глотании;</li><li>➤ кровотечениями;</li><li>➤ интоксикацией.</li></ul> <p>Опухоль нередко распространяется на слуховой нерв.</p>
Боковые поверхности	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ трудности при употреблении пищи;</li><li>➤ боль в области лица;</li><li>➤ в месте поражения появляются язвы, которые со временем распространяются на всю ротовую полость;</li><li>➤ полная неподвижность языка;</li><li>➤ истощение организма.</li></ul>
Подъязычная область	<p>Характеризуется поражением мышечных тканей. Сопровождается болью в шее, нижней челюсти.</p>
Кончик языка	<p>В месте поражения возникает уплотнение или опухоль возвышается над поверхностью. Сопровождается болью, кровотечениями.</p>



# Диагностика

## Физикальное обследование

- ❖ Осмотр и пальцевое исследование языка, дна полости рта, миндалин.
- ❖ Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.

## Инструментальные методы исследования

- УЗИ языка, шеи, органов брюшной полости.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
- Рентгенография нижней челюсти, ортопантомография (по показаниям).
- Биопсия опухоли или мазки-отпечатки для цитологического исследования.
- Пункция лимфатических узлов шеи для цитологического исследования.
- КТ или МРТ лицевого отдела черепа (по показаниям).
- Сканирование костей (по показаниям).
- Полноценное эндоскопическое исследование, обычно при общей анестезии, проводится после выполнения остальных диагностических процедур и позволяет оценить распространенность опухоли по площади (поверхности) органа, провести биопсию.
- Необходимо тщательно осмотреть все отделы из-за возможности первично-множественных опухолей (до 15% случаев). После выполнения эндоскопии целесообразно сразу провести пальпацию, что позволяет оценить глубину прорастания опухоли в отсутствие мышечного напряжения.

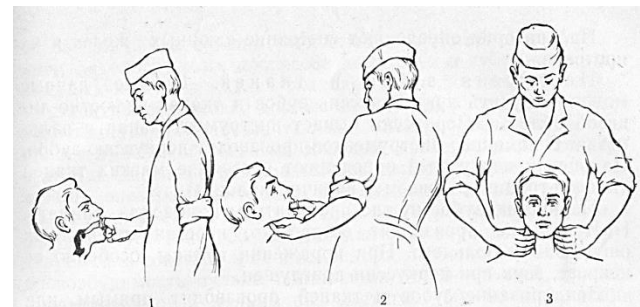
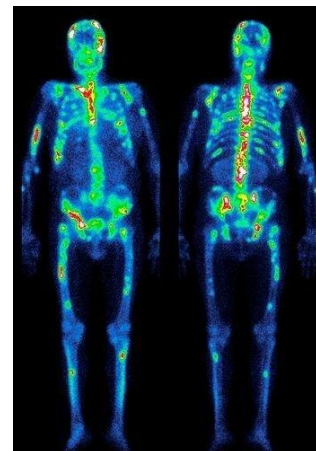


Рис. 2. Схема пальцевого обследования челюстно-лицевой области.  
1 — внутриротовая пальпация; 2 — глубокая внутриротовая пальпация тканей дна полости рта и подчелюстной области; 3 — глубокая пальпация шеи.



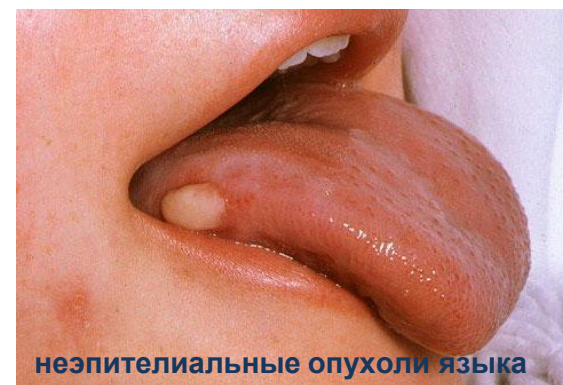
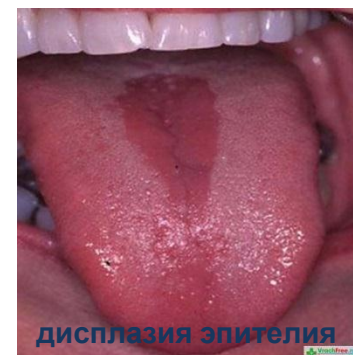
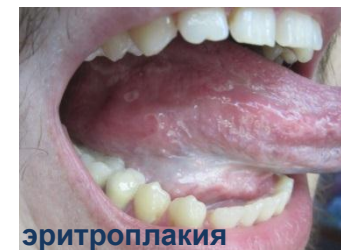
# Дифференциальная диагностика

При поражении передних отделов языка больные обращаются к врачу раньше. Рак отличается быстрым ростом. Для подтверждения диагноза нередко достаточно цитологического исследования соскоба с поверхности опухоли.

Необходимо исключить следующие заболевания слизистой оболочки языка:

- ❖ лейкоплакия;
- ❖ эритроплакия;
- ❖ дисплазия эпителия.

Неэпителиальные опухоли языка (фибромы, миомы, липомы, гемангиомы, лимфангиомы) встречаются крайне редко, чаще у детей. Они покрыты неизменённой слизистой оболочкой. Однако рост может привести к значительному увеличению размеров языка, а иногда и к изъязвлению.



# Лечение

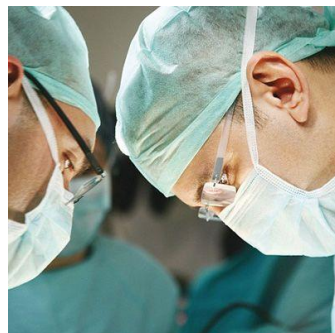
## Комбинированный метод лечения

Лучевая терапия

Операция

Криогенное воздействие

Фотодинамическая терапия



Рак языка может быть излечен с использованием комбинированных методов, включающих лучевую терапию, операцию, криогенное воздействие или фотодинамическую терапию. При локально распространённых поражениях необходимо использовать реконструктивно-пластические операции для компенсации нарушений функции органа.

Обычно лечение рака языка начинается с предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования, дозой 40—50 Гр с последующей частичной резекцией языка.

При этом **нужно учитывать, что опухолевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.**

# Лучевая терапия



T1—2

Лучевую терапию (дистанционная, брахитерапия или сочетанная) суммарной очаговой дозой 70 Гр в качестве единственного метода лечения проводят при небольших поверхностных поражениях.



T3—4

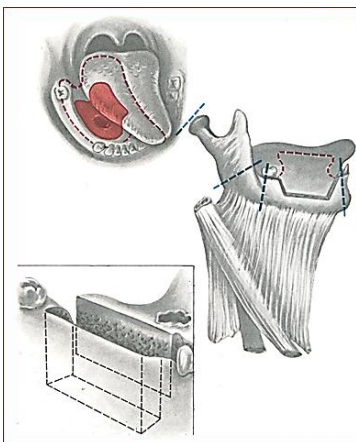
При больших инфильтративно растущих формах рака используют комбинированное лечение (лучевая или химио-лучевая терапия и операция).



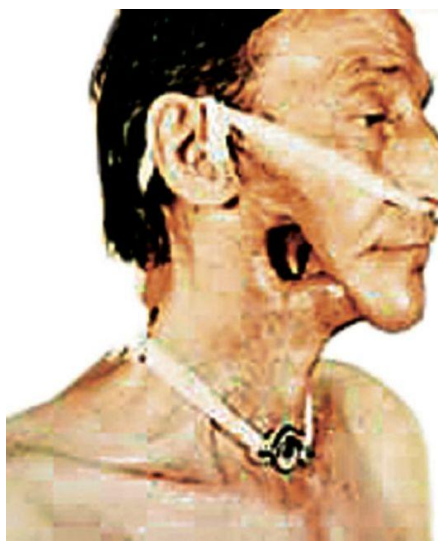
# Хирургическое вмешательство

Опухоли, растущие в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть

требуется проведение сложного хирургического вмешательства, включающего частичное или полное удаление языка, резекцию тканей дна полости рта и частичную резекцию нижней челюсти. После таких операций многие больные нуждаются в замещении удалённых тканей или им формируют оростому. При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция с обязательным удалением клетчатки подчелюстной и подбородочной областей. При двустороннем поражении лимфатических узлов шеи хирургический этап лечения разбивается на 2 этапа. Вторым этапом выполняют шейную лимфодиссекцию с противоположной стороны через 2-3 нед. после первой операции. Для профилактики затёка слюны в верхние дыхательные пути накладывают трахеостому.



132. Варианты электрорезекции тканей дна полости рта при раке. Внизу и слева — схема электрорезекции тканей дна полости рта с одновременной резекцией внутренней части нижней челюсти, к которой примыкает опухоль.



# Лечение при различных стадиях

При I—II  
стадиях  
(T1-2N0M0)

Дистанционная, брахитерапия или сочетанная. суммарная очаговая доза 40—70 Гр, включая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию языка, гемиглосэктомию.

При III-IVA  
стадиях (T1—  
2N1—3M0)

Принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при I — II стадии, но в случае недостаточной регрессии метастазов выполняют радикальную шейную диссекцию.

При III—IVB  
стадии (T3—  
4N1—3M0)

Лечение комплексное: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости — с пластикой дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и подчелюстной области суммарной очаговой дозой 40—50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до суммарной очаговой дозы 70 Гр или радикальная шейная диссекция.

При IVc  
стадии

Показана палиативная химиолучевая терапия.



# Исходы, прогноз, диспансерное наблюдение

## Сроки наблюдения:

- 1-й год после лечения 1 раз в 3 мес;
- 2—3-й годы после лечения 1 раз в 4 мес;
- 4-5-й годы после лечения 1 раз в 6 мес;
- 6-й и последующие годы после лечения 1 раз в год.

Полная ремиссия после лучевой терапии или хирургического вмешательства примерно одинакова для опухолей в стадии T1 (80%) и T2 (60%), а при T3—4 после комбинированного и комплексного лечения она не превышает 35%. Метастазы в лимфатических узлах — наиболее важный прогностический фактор. Поражение регионарных зон вдвое снижает выживаемость.

## Профилактика

**Первичная.** Необходимо настаивать на отказе от курения и злоупотребления крепкими алкогольными напитками. Важно своевременное выявление и лечение предопухолевых поражений слизистой полости рта. Рекомендуют диету, богатую витаминами.

**Вторичная.** Ежегодные осмотры стоматолога, распознавание и лечение лейкоплакий, папилломатоза, дискератозов.





**РАК  
ОРГАНОВ  
ПОЛОСТИ  
РТА**

# Опухоли слизистой оболочки полости рта



Чаще всего пораженными оказываются внутренние поверхности щек, особенно на уровне линии рта



Лейкоплакия полости рта — одна из причин развития рака



Рак слизистой оболочки полости рта:  
фото доброкачественной опухоли

# РАК ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

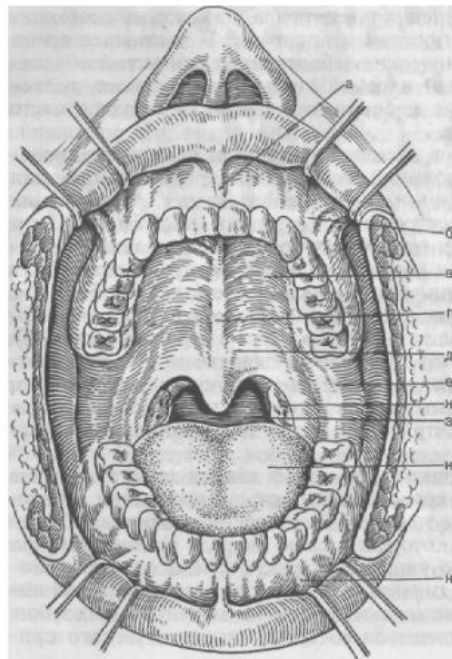
**ЗН, исходящие из плоского  
неороговевающего  
эпителия слизистой оболочки**

дна полости рта

щёк

твёрдого и мягкого нёба

альвеолярного отростка верхней  
и нижней челюстей



Слизистая оболочка полости рта.

а — уздечка верхней ; губы; б — щечно-десневая складка;  
в — поперечные небные складки; г — шов неба; д — слепые  
ямки; е — крылочелюстная складка; ж — небная миндалина;  
з — зев; и — язык; к — нижняя щечно-десневая складка.

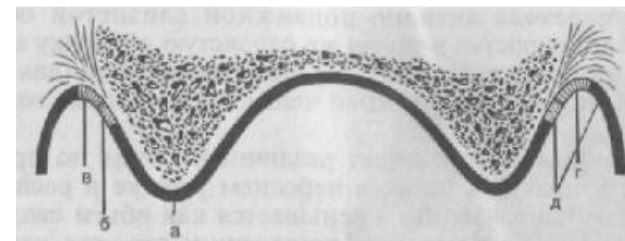


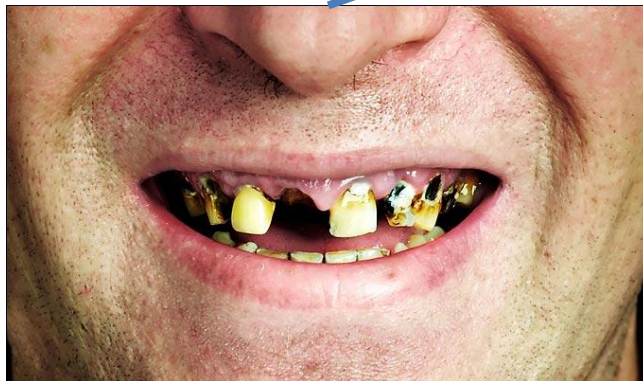
Схема расположения слизистой  
оболочки альвеолярного отростка.  
а — активно-подвижная; б — пассивно-  
подвижная; в — неподвижная  
слизистая; г — переходная складка; д —  
клапанная зона.

Полость рта выстлана многослойным плоским  
неороговевающим эпителием в толще которого расположены  
малые слюнные железы. Железистый рак из последних  
(чаще на слизистой оболочке нёба) развивается очень редко.  
Граница между полостью рта и ротоглоткой проходит по  
нёбно-язычным дужкам, нёбному язычку и желобовидным  
сосочкам корня языка.

# Этиология и патогенез

Заболеваемость составляет 2,25 случая на 100 000 населения. Соотношение мужчин и женщин — 3:1. Средний возраст больных — 60 лет.

Большое значение имеет употребление крепких алкогольных напитков, жевание бетеля и употребление наса (смесь табака, золы, извести и растительных масел). При отсутствии ухода за зубами возникают условия для развития инфекции, чаще возникают предраковые поражения слизистой оболочки.



# РАК ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

## Клиническая картина

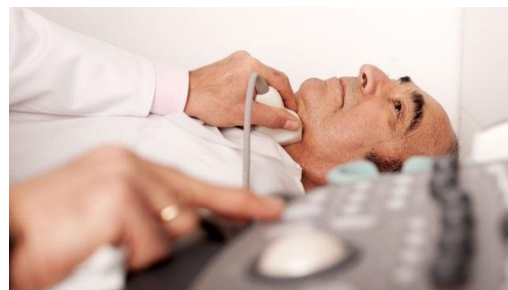
Начато заболевания обычно бессимптомно. Поэтому обращение к врачу с болезненным образованием (уплотнением, язвой) в полости рта должно настораживать. Необходимо выяснить скорость роста образования и изменение его характера. Рекомендуют консультацию стоматолога.

## Диагностика

Физикальное обследование. Осмотр и пальцевое исследование дна полости рта, пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон, лабораторные исследования проводят в объёме, как и при раке языка.

## Дифференциальная диагностика

Необходимо обратить внимание на стойкость изменений слизистой оболочки полости рта. При осмотре используют ларингоскопическое зеркало или специальный осветитель, а также шпатель. У всех больных обязательно тщательно пальпируют зоны регионарных лимфатических узлов. В диагностике наиболее важную роль играет цитологическое исследование отпечатков и соскобов с изъязвленной поверхности опухоли и пунктата из увеличенных лимфатических узлов. Необходимо исключить лейкоплакию и эритроплакию.



# Лечение

Основа лечения

Сочетанный метод

Комбинированный метод

Хирургический метод, как правило, сочетают с лучевой терапией или лекарственным лечением, тем не менее радикальная операция в значительной степени определяет результаты.

Воздействие на опухоль подразделяют на 2 этапа:

лечение первичного очага

лечение регионарных метастазов



# Лучевая терапия

**Лучевая терапия — наружное и внутреннее облучение, контактная терапия источниками нейтронов ( $Mf$ ).**



**Наружная лучевая терапия, когда применяется пучок радиации высокой интенсивности. Такое лечение обычно проводится в течение пяти дней в неделю. Курс длится несколько недель, а сам сеанс облучения занимает обычно несколько минут.**



**Внутреннее облучение, или брахитерапия – это вид лучевой терапии, при которой источник излучения радиации устанавливается непосредственно в ткани, пораженные раком. При таком виде облучения радиацией источником ионизирующего излучения являются радиоактивные предметы в виде зерен, ленты или капсул. Эти предметы устанавливаются непосредственно в ткань опухоли или в близлежащие ткани. Установка их проводится с помощью тонкой трубочки – катетера.**



**Внутриполостную и внутритканевую нейтронную терапию проводят с помощью  $^{252}Cf$ , являющегося источником смешанного нейтронного и гамма-излучения. Получены хорошие результаты использования  $^{252}Cf$  при раке шейки матки, языка и слизистой оболочки полости рта.**



# Хирургический этап лечения



Во время хирургического этапа блок тканей органов полости рта и нижней челюсти удаляют на 4—5 см отступая от края опухоли, оставшуюся часть языка подшивают к слизистой оболочке, восстанавливая целостность полости рта. Линию швов укрывают жевательной мышцей и последнюю фиксируют к окружающим тканям, затем ушивают подкожную клетчатку и кожу. Костные фрагменты нижней челюсти фиксируют назубными шинами. Питание больного осуществляют через носопищеводный зонд.

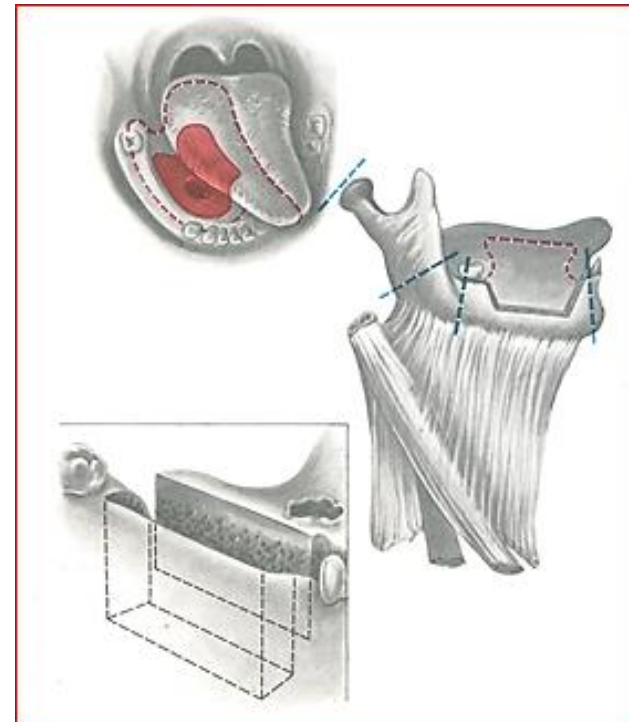


В зависимости от вариантов распространения опухоли и её локализации можно производить:

- ❖ электрорезекцию дна полости рта с одновременным удалением в едином блоке части языка;
- ❖ одномоментную краевую резекцию альвеолярного отростка нижней челюсти;
- ❖ сквозную резекцию нижней челюсти;
- ❖ иссечение клетчатки и лимфатических узлов шеи в едином блоке.

132. Варианты электрорезекции тканей дна полости рта при раке.

Внизу и слева—схема электрорезекции тканей дна полости рта с одновременной резекцией внутренней части нижней челюсти, к которой примыкает опухоль.



# Лечение при различных стадиях

При I—II  
стадиях  
(T1-2N0M0)

Дистанционная, брахитерапия или сочетанная, суммарная очаговая доза 40-70 Гр. включая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию мягких тканей полости рта.

При III-IVA  
стадиях (T1—  
2N1—3M0)

Принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при I—II стадии, но в случае недостаточной регрессии метастазов выполняют радикальную шейную диссекцию.

При III—IVB  
стадии (T3—  
4N1—3M0)

Лечение комплексное: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости — с пластикой дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и подчелюстной области суммарной очаговой дозой 40—50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до суммарной очаговой дозы 70 Гр или радикальная шейная диссекция.

При IVС  
стадии

Паллиативная химиолучевая терапия

# Исходы, прогноз, диспансерное наблюдение

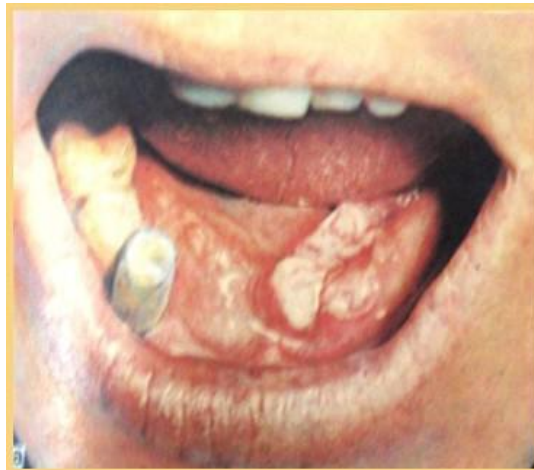
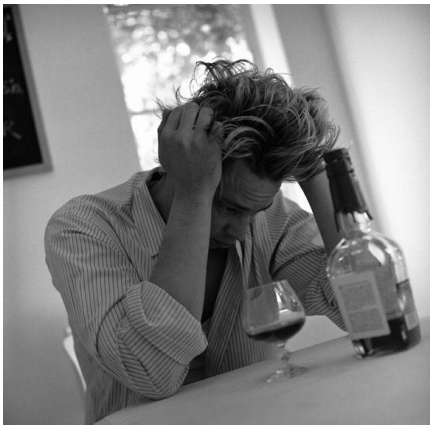
В целом стойкой ремиссии достигают у 40% больных. Результат лечения зависит в основном от распространённости рака — 5-летняя выживаемость при T1 составляет 85%, при T2 — 75%, при T3 — 60% и при T4 — 30%. К показателям неблагоприятного прогноза следует отнести прорастание опухоли в язык, нижнюю челюсть, мышцы дна полости рта.

Сроки наблюдения:

- ❖ 1-й год после лечения 1 раз в 3 мес;
- ❖ 2-3-й годы после лечения 1 раз в 4 мес;
- ❖ 4-5-й годы после лечения 1 раз в 6 мес;
- ❖ 6-й и последующие годы после лечения 1 раз в год.

## Профилактика

Исключение курения, крепкого алкоголя. Уход за зубами и полостью рта в основном совпадают с таковыми при профилактике рака языка.



# Актуальность темы



Частота онкологических заболеваний челюстно-лицевой локализации с каждым годом повышается. В связи с этим, несмотря на достигнутые успехи в разработке методов лечения, вопрос о профилактике и своевременной диагностике опухолей не утратил своей актуальности. Решить этот вопрос без участия стоматологов, силами одной онкослужбы не представляется возможным, так как профилактика рака основана в первую очередь на санитарно-гигиеническом воспитании широких слоев населения, строгом соблюдении правил гигиены полости рта, регулярном посещении врача-стоматолога.

**Вывод:** повышение эффективности лечения онкологических больных в наши дни во многом зависит от своевременной диагностики заболевания, поэтому на первую ступень врача-стоматолога выступает онконастороженность в его работе на поликлиническом приеме.



## ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ ГУБЫ И ПОЛОСТИ РТА

**Чем раньше выявлено онкологическое заболевание, тем эффективнее лечение и благоприятнее прогноз.**

### Показатели пятилетней выживаемости

Стадии заболевания	I-II стадии	III-IV стадии
<b>Губа</b>	<b>100%</b>	<b>Не более 40%</b>
<b>Полость рта</b>	<b>60-80%</b>	<b>15-30%</b>

# ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) знание симптомов ранних стадий злокачественных опухолей;
- 2) с целью исключения возможного онкологического заболевания тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности;
- 3) установка на подозрение атипичного или осложненного онкологического заболевания в трудных случаях диагностики;
- 4) лечение предраковых заболеваний;
- 5) своевременное направление больного с подозрением на опухоль к специалисту с учетом принципов организации онкологической помощи.



# Памятка врачу

- 1. У каждого больного, независимо от возраста и жалоб, необходимо исключить наличие опухоли и предопухолевых заболеваний челюстно-лицевой области.**
- 2. Результаты осмотра подлежат обязательной регистрации в истории болезни.**
- 3. У каждого пациента необходимо осмотреть кожные покровы лица, шеи, и в случае выявления какой-либо патологии направить его на консультацию к дерматологу или онкологу.**
- 4. Наличие следующих симптомов служит основанием заподозрить у больного наличие злокачественной опухоли:**
  - появление экзофитного образования с инфильтрированным основанием, увеличивающегося в размерах, кровоточащее;
  - наличие язвы с инфильтратом в основании, не заживающей в течении 2-3 недель;
  - появление постоянных болей умеренной интенсивности в зоне патологического процесса, особенно беспокоящих больного в ночное время;
  - появление подвижности одного или нескольких интактных зубов, сопровождающееся постоянными болями;
  - изменение характера отделяемого из носа у больных хроническим синуситом (гайморитом) -появление сукровичных, зловонных выделений;
  - постепенно нарастающий парез мимических мышц, парестезии и онемение в зоне иннервации подглазничного, подбородочного, язычного нервов;
  - наличие шаровидных плотных безболезненных лимфатических узлов в области шеи, увеличивающихся в размере.



# Памятка врачу

5. При подозрении на наличие злокачественной опухоли больного следует сразу же направить на консультацию в онкодиспансер.
6. При атипичном течении заболевания необходимо шире пользоваться консультацией коллег, чаще прибегать к цитологическому и гистологическому исследованию материала, взятого из патологического очага.
7. Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению с целью выяснения возможных ошибок в диагностике и лечении, формирования у врачей постоянной онконастороженности.
8. Ткани патологического очага, удаляемые во время оперативного вмешательства, необходимо направлять на гистологическое исследование.
9. При диспансеризации лиц с предопухолевыми заболеваниями следует шире пользоваться цитологическими исследованиями мазков-отпечатков, соскобов.
10. Существенный резерв в улучшении диагностики злокачественных опухолей - постоянное проведение санитарно-просветительной работы среди широких слоев населения, разъяснение необходимости неотложного обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, недопустимости самолечения.





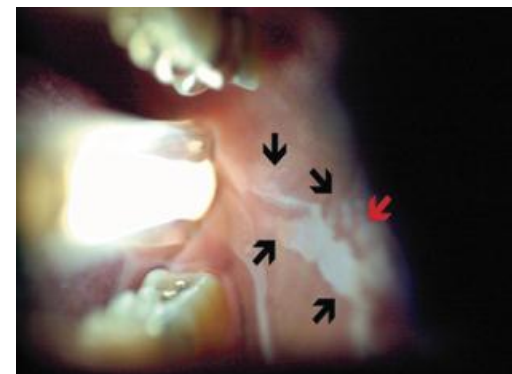
# РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СКРИНИНГ

## Основный принцип ранней диагностики:

у всех лиц, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение в текущем году к любому специалисту, в том числе к стоматологу, а также при проведении диспансеризации должны быть осмотрены полость рта.

## Скрининговая программа по раку полости рта в России отсутствует.

Скрининг рака и предраков полости рта стал массовой процедурой в США, где применяют клинический осмотр с последующим использованием гемилюминисцентного фонарика и раствора уксусной кислоты (скомпрометированные клетки теряют возможность поглощать весь спектр света, излучаемый этим фонариком, и отражают его определенную часть, которая видна как белые флюоресцентные пятна, уксусная кислота дегитратирует клетки и улучшает наглядность явления).



# 10 советов врачу по диагностике злокачественных опухолей:

(по М.М. Соловьеву (Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова), 2003 г.)

1. У каждого осматриваемого, независимо от возраста и предъявляемых жалоб, необходимо исключить наличие опухоли и предопухолевых процессов челюстно-лицевой локализации.
2. Результаты осмотра на выявление опухолей и предопухолевых процессов подлежат обязательной регистрации в медицинской документации.
3. У каждого пациента необходимо осмотреть кожные покровы лица, шеи и, в случае выявления какой-либо патологии, направить его на консультацию к дерматологу или онкологу.





#### **4. Наличие следующих симптомов служит основанием заподозрить наличие у больного злокачественной опухоли**

- **Появление экзофитного образования с инфильтрированным основанием, увеличивающегося в размере, кровоточащего.**
- **Наличие язвы с инфильтратом в основании, незаживающей в течение 2-3 нед.**
- **Появление постоянных болей умеренной интенсивности в зоне патологического процесса, особенно в ночное время.**
- **Появление подвижности одного или нескольких интактных зубов, сопровождающейся постоянными болями.**
- **Постепенно нарастающий парез мимических мышц, парестезии и онемение в зоне иннервации подглазничного и подбородочного нерва.**
- **Наличие шаровидных плотных безболезненных лимфоузлов в области шеи, увеличивающихся в размере.**

5. При подозрении на наличие злокачественной опухоли больного следует направить на консультацию к врачу-онкологу.

6. При атипичном течении заболевания необходимо шире пользоваться консультацией коллег.

7. Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению с целью выявления возможных ошибок в диагностике и лечении, формирования у врачей постоянной онкологической настороженности.

8. Ткани патологического очага, удаляемые во время оперативного вмешательства, необходимо направлять на гистологическое исследование.

9. При диспансеризации лиц с предопухолевыми заболеваниями следует шире пользоваться цитологическим исследованием мазков-отпечатков и соскобов.

10. Существенный резерв в улучшении диагностики злокачественных опухолей – постоянное проведение санитарно-просветительной работы среди широких слоев населения, разъяснение необходимости неотложного обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, недопустимости самолечения.

# Выводы

**а) заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации увеличилась до 3,3% в структуре общей онкозаболеваемости;**

**б) изменились структура и частота онкостоматологической заболеваемости;**

**в) при анализе причин запущенности заболевания установлено, что это преимущественно организационно-методические нарушения, такие как:**

- **неполное обследование;**
- **неадекватное лечение;**
- **недооценка клинических данных;**
- **рентгенологические ошибки;**
- **низкая грамотность врача в плане верификации диагноза и дополнительных методов обследования;**
- **отсутствие или недостаточная онконастороженность;**
- **недостаточное знание структуры онкологической службы;**
- **недостаточная профилактическая работа;**
- **низкий уровень диспансеризации больных;**
- **задержка больных на этапах общей лечебной системы;**
- **недостаточное обеспечение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностической аппаратурой;**
- **отсутствие мотивации населения обращаться к врачу-стоматологу или семейному врачу за помощью.**

# Опухоли челюстно-лицевой области

**Фиброма** — доброкачественная опухоль, встречается в различных местах челюстно-лицевой области: альвеолярный отросток, подслизистая оболочка щек, кожа лица.

Имеет широкую или узкую ножку. Чаще имеет плотную консистенцию, располагается в альвеолярном отростке. Фиброма мягкой консистенции чаще встречается под оболочкой щек.

Объективно: четкие границы, с окружающими тканями не спаяны, целостность слизистой оболочки над ней сохранена, растет медленно, болевых ощущений не вызывает.

Лечение: хирургическое, только по косметическим показаниям.



**Папиллома** состоит из соединительной ткани с сосудами с эпителиальным покровом. Встречается на слизистой оболочке.

Объективно: имеет вид сосочка различной величины. Иногда бывает округлой формы на тонкой ножке бахромы, имеет плотную или мягкую консистенцию. Безболезненны. Медленный рост.

Лечение: иссечение ее с окружающей ткани лазером, электроножом. Прижигание папилломы, частичное ее иссечение противопоказаны.

# Опухоли челюстно-лицевой области

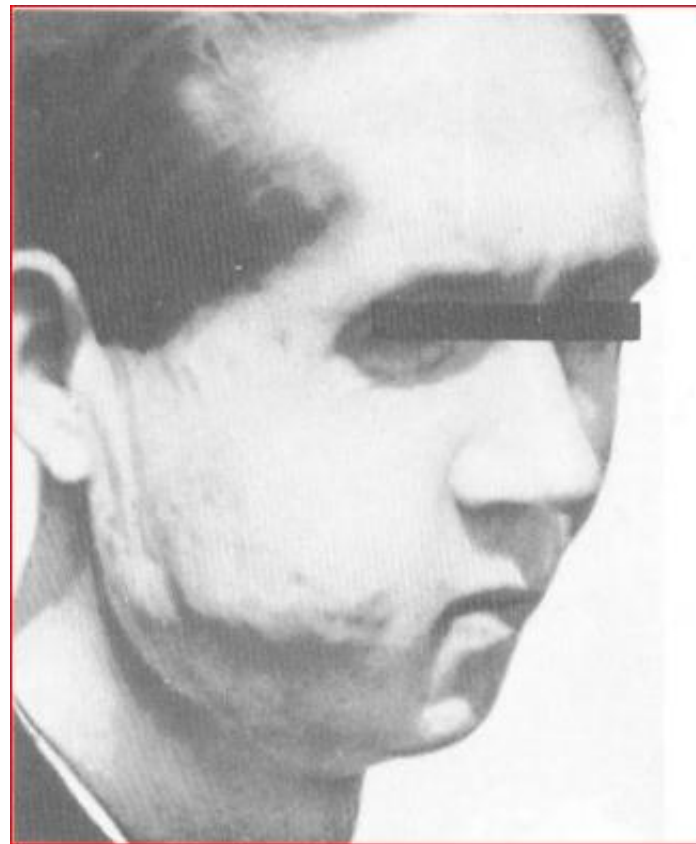
**Ангиома** — сосудистая опухоль, возникающая в результате порока развития сосудов. Чаще ангиома поражает мягкие ткани, до 65% располагаются на лице, чаще у женщин, чаще врожденные. В челюстно-лицевой области наиболее часты гемангиомы мягких тканей.

Объективно различают капиллярную, кавернозную и ветвистую формы опухолей. Опухоли располагаются как поверхностно, так и в глубине тканей. Характерна красная либо синюшная окраска, уменьшение при надавливании пальцами и восстановление прежнего объема опухоли после снятия давления.

Могут достигать больших размеров, случайная травма вызывает кровотечение.

Лечение: иссечение опухоли, множественные мелкие ангиомы лечат термокоагуляцией, иногда применяют перевязку наружной сонной артерии. Обширные ангиомы кожи лица иссекают, а образовавшийся дефект закрывают кожным аутотрансплантатом.

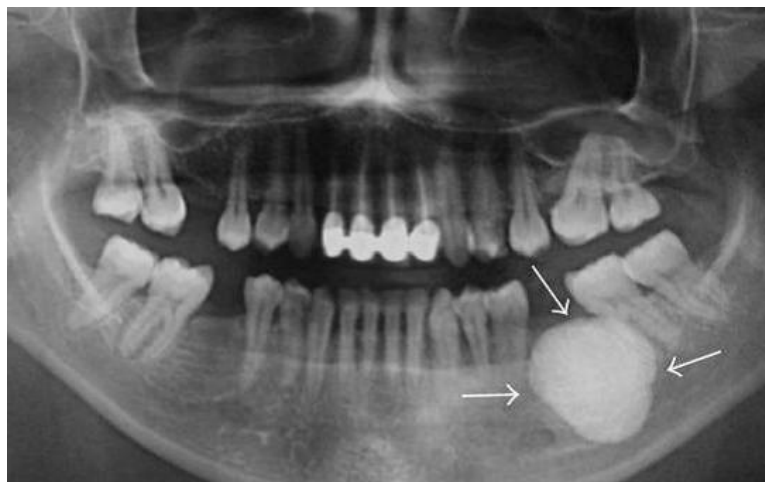
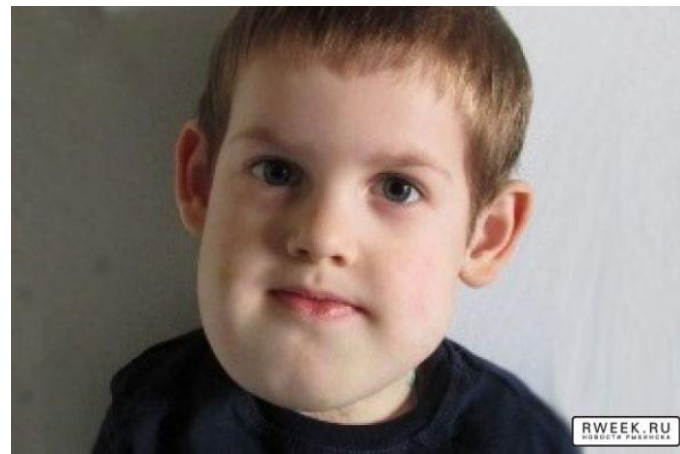
Проводят склерозирующую терапию раствором хинин-уретана (вызывает асептическое воспаление и образование сгустков крови, способствует развитию соединительной ткани в полости опухоли).



# Опухоли челюстно-лицевой области

**Лимфангиома** состоит из соединительной ткани и скопления расширенных лимфатических сосудов. Чаще встречаются на языке, реже — на губах. В отличие от гемангиомы при лимфангиоме отсутствует пигментация кожи или слизистой оболочки.

Лечение: клиновидное иссечение вместе с прилегающими здоровыми тканями, полное иссечение.



**Остеома (костная опухоль)** встречается в различных отделах лицевого скелета. Может располагаться снаружи кости (экзостоз) и внутри (энностоз). Растут очень медленно. Жалобы: болевые ощущения вследствие сдавления нерва, асимметрия лица. Объективно: асимметрия лица; рентгенографически определяется участок кости повышенной плотности, с четкими границами, чаще округлой формы. Лечение: хирургическое удаление опухоли. При множественном поражении костей лица хирургическое лечение не показано.



# Опухоли челюстно-лицевой области

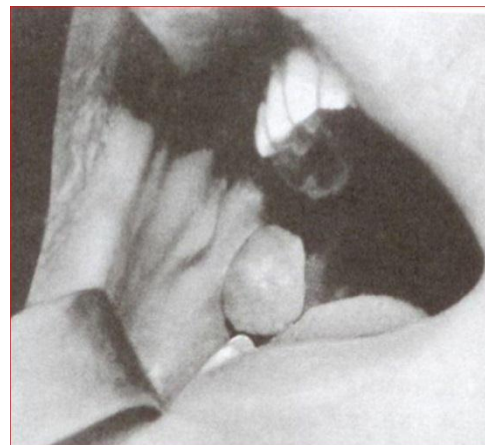
**Остеобластокластома** — опухоль остеогенного происхождения. Поражает челюстные кости, составляя около 65% всех опухолевых процессов челюстей. Остеобластокластомы делят на центральные (развиваются внутри кости) и периферические (развиваются экстраоссально на альвеолярном отростке и напоминают эпулис). Чаще поражается нижняя челюсть. Растут медленно. Различают ячеистую и диффузно-остеокластическую формы. При ячеистой форме остеобластокластом на рентгенограмме обнаруживается большое количество мелких и крупных полостей, отграниченных друг от друга крестными перегородками. Для диффузно-остеокластической формы характерно наличие гомогенного овального просветления кости. Лечение: хирургическое, лучевая терапия малоэффективна.



# Опухоли челюстно-лицевой области

**Липома** — опухоль из жировой ткани с соединительнотканными прослойками. Чаще встречаются в области лба, в толщине щеки. Дольчатая опухоль с широким основанием, мягкой консистенции. Растут медленно.

Лечение: вылушивание после рассечения.



**Пигментированное пятно** — порок развития кожного покрова, состоит из клеток, содержащих пигмент. На лице в виде плоских и бугристых разрастаний темно-коричневого цвета. Постепенно растет. Со временем может подвергнуться злокачественному росту.

# Опухоли челюстно-лицевой области

**Ретенционная киста** слизистой оболочки малой слюнной железы развивается в результате закупорки выводного протока, наблюдается на слизистой оболочке губ и щек. Объективно: округлое образование на внутренней поверхности губы, щеки, безболезненное, границы четкие. При значительных размерах кист (до 0,5—1,0 см в диаметре) слизистая вокруг кисты истончается и приобретает желтоватый цвет, обычно округлой формы с четкими границами, может спадаться после опорожнения. Содержимое кисты — бесцветное или желтоватое. Лечение: хирургическое — вылушивание кисты, удаление ее оболочки.



# Опухоли челюстно-лицевой области

**Дермоидная киста** — опухоль, состоящая из соединительной ткани, остатков потовых и сальных желез, волосяных фолликулов. Возникает при патологии эмбриогенеза в местах замещения щели дермой. Чаще встречаются в подбородочной области между подъязычной костью и внутренней поверхностью подбородочного изгиба челюсти. Растет медленно. Располагаясь на дне полости рта, киста может вызывать затруднения при разговоре и приеме пищи. При значительных размерах дермоидная киста может деформировать лицо. Пальпация дермоидной кисты безболезненна, ощупь тестоподобной консистенции. В сомнительных случаях производится пункция, которая выявляет характерное содержимое (эпидермальные клетки, жир, остатки волос). Лечение оперативное.



# Опухоли челюстно-лицевой области

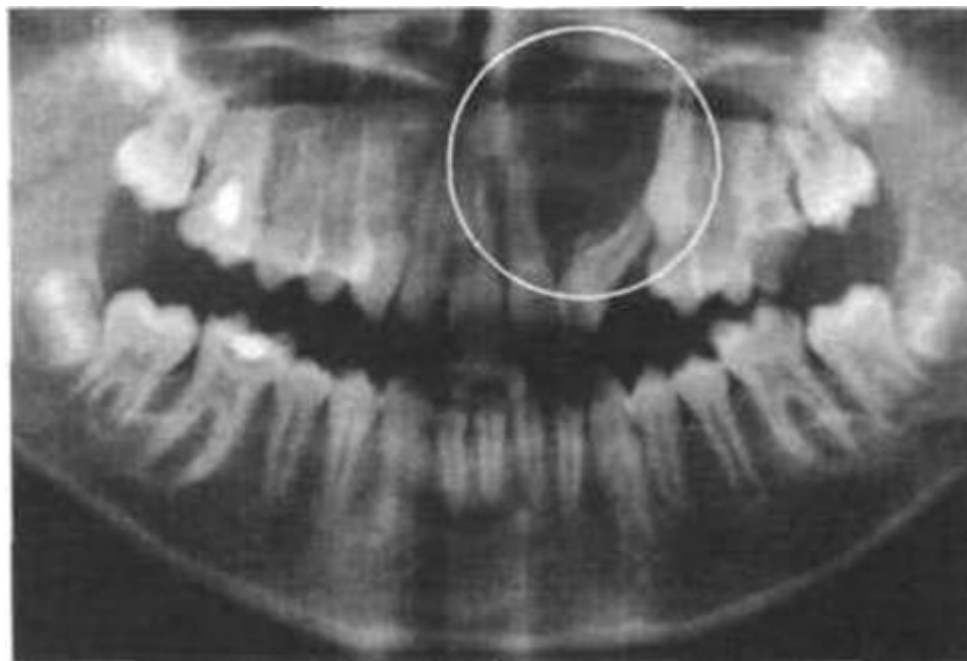
## **Фолликулярная киста —**

развивается из фолликула зачатка зуба вследствие его аномалии.

Развивается вокруг коронки непрорезавшегося зуба, коронка зуба при этом вовлекается в полость кисты. Характеризуется медленным ростом, отсутствием болевых ощущений.

Объективно: выбухание кортикальной пластинки челюсти, податливость ее при надавливании, пергаментный хруст, отсутствие воспалительных явлений. Рентгенографически округлой формы просветление кости челюсти с обязательным включением в него коронки зуба. Гистологический анализ пунктата определяет наличие холестерина.

Лечение: цистэктомия с обязательным удалением зуба, находящегося в кисте.



**Приказ Минздрава РФ  
от 19 апреля 1999 г. N 135  
"О совершенствовании  
системы Государственного  
ракового регистра"**

# Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования

Наименование учреждения  
(штамп)

ф. N 090/У Утв. МЗ  
Российской Федерации

19 апреля 1999 г. N 135

Извещение о больном с впервые в жизни установленным  
диагнозом злокачественного новообразования

01. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение \_\_\_\_\_
02. Извещение направлено в \_\_\_\_\_
03. фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Больного
04. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
05. Пол:  мужской;  женский;  неизвестен;
06. Этническая группа \_\_\_\_\_
07. Домашний адрес: область, край, республика \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_;  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом N \_\_\_\_\_ кв. N \_\_\_\_\_  
почтовый индекс \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_
08. Житель:  города;  села;  неизвестно
09. Профессиональная группа: \_\_\_\_\_  
Указать профессию, преобладающую в течение жизни
10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу данного заболевания:  
число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
11. Дата установления диагноза: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
12. Порядковый номер данной злокачественной опухоли у данного больного \_\_\_\_\_
13. Локализация опухоли \_\_\_\_\_
14. Морфологический тип опухоли \_\_\_\_\_
15. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T (0-4, x) \_\_\_\_\_  
N (0-3, x) \_\_\_\_\_ M (0, 1x) \_\_\_\_\_
- |                                   |                                    |                                     |                                    |                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ia       | <input type="checkbox"/> IIa       | <input type="checkbox"/> IIIa       | <input type="checkbox"/> IVa       | <input type="checkbox"/> in situ     |
| <input type="checkbox"/> Ib       | <input type="checkbox"/> IIб       | <input type="checkbox"/> IIIб       | <input type="checkbox"/> IVб       | <input type="checkbox"/> неприемлемо |
| <input type="checkbox"/> Ic       | <input type="checkbox"/> IIc       | <input type="checkbox"/> IIIc       | <input type="checkbox"/> IVc       | <input type="checkbox"/> неизвестно  |
| <input type="checkbox"/> I стадия | <input type="checkbox"/> II стадия | <input type="checkbox"/> III стадия | <input type="checkbox"/> IV стадия |                                      |

17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> отдаленные лимфатич. узлы | <input type="checkbox"/> кожа         | <input type="checkbox"/> другие органы |
| <input type="checkbox"/> кости                     | <input type="checkbox"/> почки        | <input type="checkbox"/> множественные |
| <input type="checkbox"/> печень                    | <input type="checkbox"/> яичники      | <input type="checkbox"/> неизвестна    |
| <input type="checkbox"/> легкие и/или плевра       | <input type="checkbox"/> брюшина      |  |
| <input type="checkbox"/> головной мозг             | <input type="checkbox"/> костный мозг |  |

18. Метод подтверждения диагноза:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> морфологический         | <input type="checkbox"/> лабораторно-инструментальный |
| <input type="checkbox"/> цитологический          | <input type="checkbox"/> только клинический           |
| <input type="checkbox"/> эксплоративная операция | <input type="checkbox"/> неизвестен                   |

19. Обстоятельства выявления опухоли

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> обратился сам                 | <input type="checkbox"/> посмертно при аутопсии |
| <input type="checkbox"/> активно, при профосмотре      | <input type="checkbox"/> посмертно без аутопсии |
| <input type="checkbox"/> активно, в смотровом кабинете | <input type="checkbox"/> неизвестно             |
| <input type="checkbox"/> при других обстоятельствах    |   |

20. В какое медицинское учреждение направлен больной \_\_\_\_\_

21. Дата заполнения извещения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы, телефон врача, заполнившего извещение \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение 8

Протокол\*

на случай выявления у больного запущенной формы  
злокачественного новообразования (клиническая группа IV)  
(составляется в 2-х экземплярах, первый остается в медицинской карте  
стационарного больного /амбулаторной карте/, второй пересылается

N медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты) \_\_\_\_\_

01. Составлен лечебным учреждением (название, адрес) \_\_\_\_\_

02. Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

03. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

04. Пол:  мужской;  женский;  неизвестен;

05. Домашний адрес: область, край, республика \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом N \_\_\_\_\_ кв. N \_\_\_\_\_ почтовый индекс \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

06. Основной диагноз

06.1 Локализация опухоли \_\_\_\_\_

06.2 Морфологический тип опухоли \_\_\_\_\_

06.3 Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T(0-4x) \_\_\_\_\_

N (0-3, x) \_\_\_\_\_ M(0, 1, x) \_\_\_\_\_

07. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

01 - отдаленные 06 - кожа 11 - другие органы

лимфатические узлы 07 - почки 12 - множественные

02 - кости 08 - яичники 00 - неизвестна

03 - печень 09 - брюшина

04 - легкие и/или плевра 10 - костный мозг

05 - головной мозг

08. Метод подтверждения диагноза:

1 - морфологический 3 - эксплоративная операция 5 - только клини-

2 - цитологический 4 - лабораторно-инструментальный ческие

0 - неизвестен





14. Причины поздней диагностики:

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 01 - скрытое течение болезни        | 07 - ошибка рентгенологическая  |
| 02 - несвоевременное обращение      | 08 - ошибка морфологическая     |
| 03 - отказ от обследования          | 09 - ошибка других специалистов |
| 04 - неполное обследование          | 10 - другие причины             |
| 05 - несовершенство диспансеризации | 00 - неизвестны                 |
| 06 - ошибка клиническая             |                                 |

15. Данные клинического разбора настоящего случая: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Наименование учреждения, где проведена конференция: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата конференции: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Организационные выводы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись врача, составившего протокол \_\_\_\_\_

Подпись главного врача \_\_\_\_\_

Дата составления протокола число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* настоящий протокол составляется и на III стадию злокачественных новообразований визуальных локализаций опухоли губы (C00), основания языка (C01), других и неуточненных отделов языка (C02), десны (C03), дна полости рта (C04), других и неуточненных частей рта (C06), околоушной слюнной железы (C07), других и неуточненных больших слюнных желез (C08), небной миндалины (C09), прямой кишки (C20), заднего прохода и анального канала (C21), кожи (C44), мошонки (C63.2), вульвы (C51), полового члена (C60), молочной железы (C50), влагалища (C52), шейки матки (C53), щитовидной железы (C73), яичка (C62).

## Лист профилактического онкологического осмотра

Локализация / годы					
Кожа лица					
Губа					
Слизистая оболочка полости рта					
Лимфатические узлы шеи					

**При подозрении на злокачественное новообразование губы и полости рта необходимо направить пациента в поликлинику по месту жительства (к онкологу либо для получения направления в онкологический диспансер)!**

# Профилактика рака полости рта:

- Курение и употребление табака – главный фактор риска. Лучше не начинать или расстаться с этой привычкой, даже если стаж курения довольно большой.
- Необходимо отказаться от злоупотребления спиртосодержащих продуктов.
- Пребывание на солнце нужно ограничить, особенно в середине дня, когда активность излучения наиболее высока.
- Важное место занимает рациональное питание. При составлении режима питания следует руководствоваться конституционными особенностями организма, профессией, условиями внешней среды. Необходимо включать в рацион питания продукты, богатые витаминами А, В, С.



# Профилактика рака полости рта:

- **Соблюдение гигиены полости рта.**
- **Необходимо уделять внимание лицам, работающим с вредными веществами, которые могут вызвать изменение слизистой оболочки полости рта. Профилактикой является улучшение условий труда, индивидуальная профилактика и регулярные осмотры у стоматолога.**
- **Профилактика в условиях стоматологической службы состоит из санации полости рта и лечения предраковых заболеваний. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта и ротовой части глотки является удаление разрушенных зубов, своевременное пломбирование кариозных полостей, сошлифовывание острых краев зубов, пломб, изготовление новых и коррекция старых протезов.**



**БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ !**