

**Согласовано**

Главный специалист  
по стоматологии

Департамента охраны  
здоровья населения  
администрации  
Кемеровской области

Г.И. Лахмотко  
«09» июне 2011 года



**Утверждаю**

Начальник

Департамента охраны  
здоровья населения

администрации

Кемеровской области

В.К. Цой

«09» июне 2011 года



**Согласовано**

Главный специалист  
по онкологии

Департамента охраны  
здоровья населения  
администрации  
Кемеровской области

Ю.А. Магарилл  
«10» июня 2011 года



## **ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Учебно-методическое пособие**

**Кемерово 2011**

**УДК 616.31:616-006**

**ББК 56.6:55.6**

**К 44**

**Составители: Киселева Е.А., Тё Е.А., Юрмазов Н.Б.**

Учреждение-разработчик: ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» – Учебно-методическое пособие. – Кемерово, 2011.

**ISBN 978-5-8151-0050-3**

В учебно-методическом пособии освещены вопросы клиники, диагностики предраковых заболеваний губ и слизистой оболочки полости рта, а также злокачественных эпителиальных опухолей данной локализации на ранней стадии развития. Рассмотрены вопросы деонтологических особенностей курации этой категории больных, порядок выполнения диагностических манипуляций и профилактики злокачественных опухолей губ и полости рта.

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей-стоматологов, врачей-интернов, клинических ординаторов, студентов стоматологических факультетов ВУЗов.

Утверждены на заседании ФМК стоматологического факультета и Ученым Советом КемГМА, ДОЗН КО (2011).

**Рецензенты:**

Тупикова Л.Н. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии  
ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России

Смердина Л.Н. – д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии  
ГОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России;

Киселев Г.Ф. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской стоматологии  
ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России;

Гарафутдинов Д.М. – д.м.н., ведущий стоматолог Управления Здравоохранения  
города Кемерово

Магарилл Ю.А. – к.м.н., доцент, главный внештатный специалист ДОЗН  
Кемеровской области по онкологии

**УДК 616.31:616-006**

**ББК 56.6:55.6**

**К 44**

**ISBN 978-5-8151-0050-3**

**Кемерово 2011**

**© Киселева Е.А., Тё Е.А., Юрмазов Н.Б.**

## Оглавление

Введение .....	5
Порядок выполнения необходимых диагностических мероприятий .....	7
Предраковые заболевания губ .....	15
Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта .....	36
Рак губы .....	51
Рак слизистой оболочки полости рта .....	61
Дифференциальная диагностика рака слизистой оболочки полости рта .....	72
Деонтологические особенности курации пациентов с онкостоматологической патологией .....	80
Профилактика в онкостоматологии .....	84
Заключение .....	89
Ситуационные задачи по теме «Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта».....	91
Ситуационные задачи по теме «Рак губы» .....	96
Ситуационные задачи по теме «Рак слизистой оболочки полости рта .....	100
Ответы на ситуационные задачи.....	105
Библиографический список .....	109

## Введение

В работе каждого практического врача существует основополагающий принцип – онкологическая настороженность. Этот принцип состоит в том, что врач любой специальности, независимо от профиля лечебно-профилактического учреждения должен при обследовании пациента исключить симптомы, подозрительные на онкологическую патологию.

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения.

Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансеризация населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования, позволяют улучшить своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения. Такая постоянная работа онкологических диспансеров с врачами поликлиник и населением, направленная на раннее выявление злокачественных но-



Рис. 1. Бородавчатый предрак нижней губы.



Рис. 2. Признаки малигнизации бородавчатого предрака губы.

### **Этиология:**

- 1) повышенная солнечная радиация;
- 2) хроническая травма, особенно термическая (курение);
- 3) длительно незаживающие эрозии;
- 4) метеорологический или glandулярный хейлит.

**Клиника.** Очаг поражения имеет резко ограниченный характер.

Узел диаметром от 4 мм до 1 см, полушаровидной формы, выступает над окружающей красной каймой на 3 – 5 мм и имеет плотную консистенцию.

Окраска варьирует от цвета нормальной красной каймы до застойно-красного. Поверхность узла покрыта плотно сидящими тонкими чешуйками, которые не снимаются при соскабливании. Пальпация узелка обычно безболезненна.



обязательным гистологическим исследованием. При этом следует удалять участок поражения с обязательным захватом здоровой ткани. Лучше всего в этом случае проводить клиновидное иссечение (рис. 3 а, б, в, г).

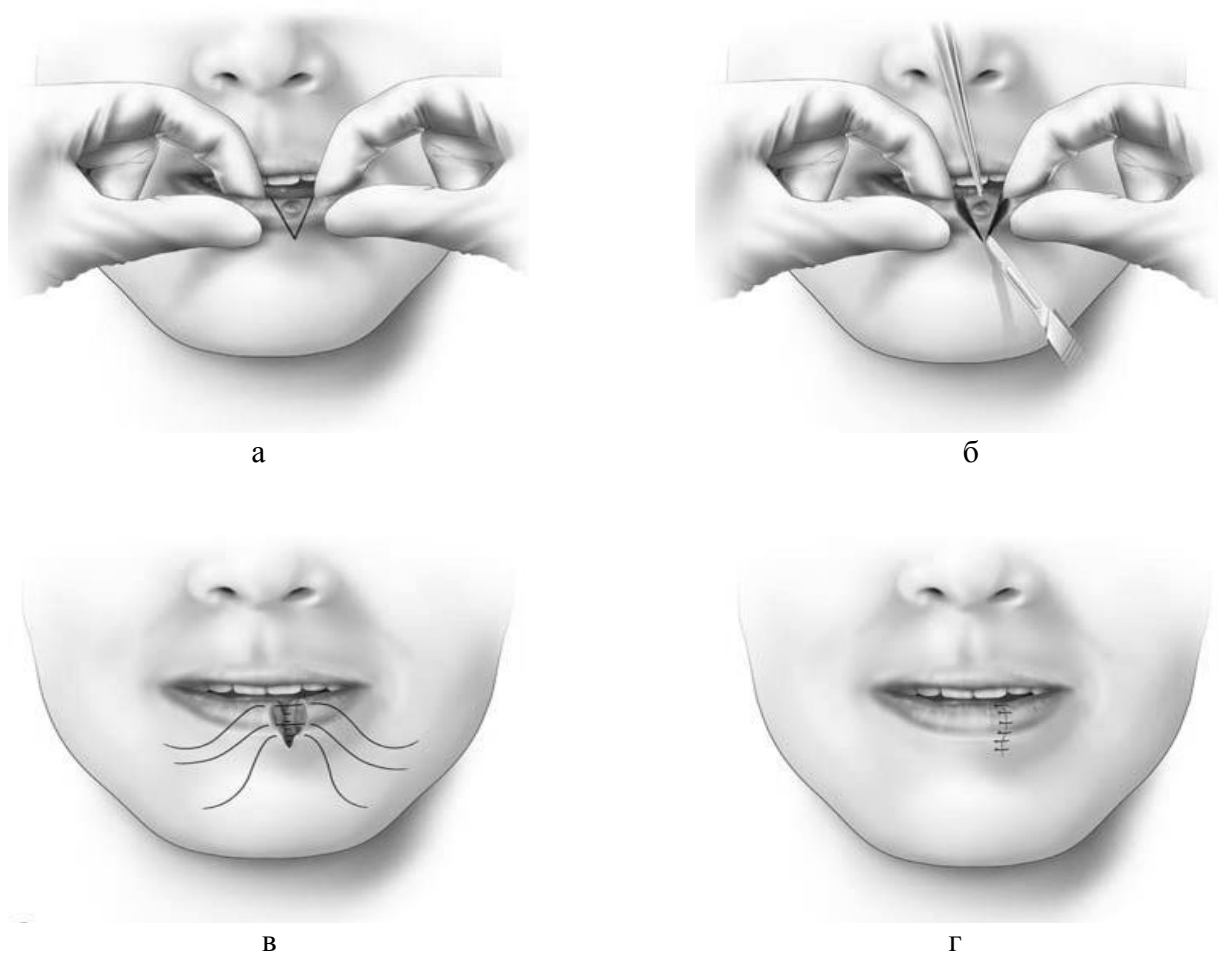


Рис. 3 (а, б ,в, г) Схема, демонстрирующая этапы клиновидного иссечения очага поражения на нижней губе.

Удаление желательно проводить электроножом. Нельзя пользоваться электрокоагуляцией или криотерапией, так как отсутствие ги-

особенно при его экзофитной форме. Дифференциальную диагностику следует проводить с бородавчатым предраком, кожным рогом.

**Лечение** кератоакантомы хирургическое, причем следует удалять опухоль в пределах здоровых тканей. Электрокоагуляция и выскабливание острой ложкой делают невозможным гистологическое исследование.

### **Кожный рог**

Это заболевание относится к группе кератозов, т. е. заболеваний невоспалительного характера, которые характеризуются утолщением рогового слоя. Кожный рог представляет собой участок ограниченной гиперплазии эпителия с огромным гиперкератозом, который клинически имеет вид большего или меньшего рогового выступа.

**Этиология** кожного рога, по-видимому, такая же, как и лейкоплакии. В его возникновении определенная роль принадлежит травмирующим моментам, инсоляции, возрасту и пр. Значительная роль принадлежит и хроническим воспалительным процессам, таким, как лейкоплакия, красная волчанка и пр.

**Клиника.** В большинстве случаев заболевание возникает на коже. Нижняя губа поражается значительно чаще, чем верхняя. Возни-

ние 2-х месяцев), аппликации масляного концентрата витамина А (3 – 4 раза в день). Улучшение процесса начинается спустя 4 – 5 месяцев.

Хирургическому лечению подлежат веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии, с обязательным гистологическим исследованием иссеченных участков. Реже применяется метод глубокой электрокоагуляции или криодеструкции.

### **Папилломы и папилломатоз**

Папиллома является опухолью, возникающей из покровного эпителия, и встречается во всех органах, где имеется покровный эпителий, в том числе на слизистой оболочке полости рта. Папилломы по частоте возникновения занимает первое место в ряду доброкачественных опухолей полости рта, и самая частая опухоль среди опухолей языка.

Папилломы слизистой оболочки полости рта встречаются во всех возрастах, встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.

**Этиология** папиллом окончательно не выяснена. Некоторые авторы считают, что папилломы имеют вирусное происхождение (Herpes simplex). У 25% больных возникновение папиллом связано с хро-



(Рис. 22 – 23). Иногда раковую язву приходится дифференцировать с туберкулезной или сифилитической язвой.

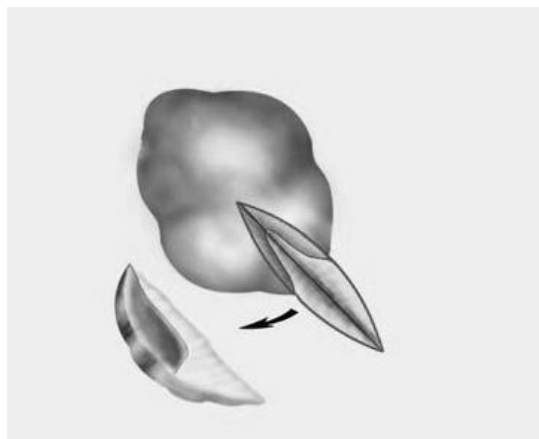


Рис. 20. Схема проведения инцизионной биопсии. Вид сверху.

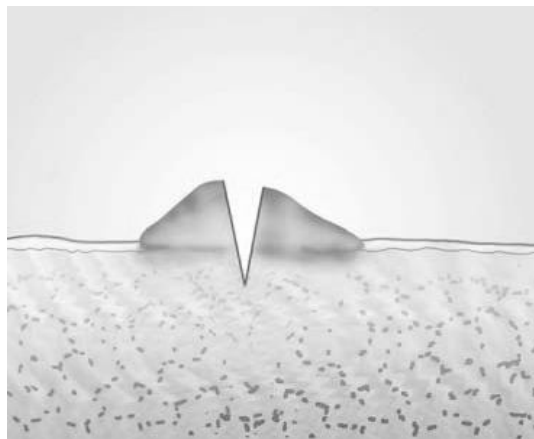


Рис. 21. Схема проведения инцизионной биопсии. Вид сбоку.

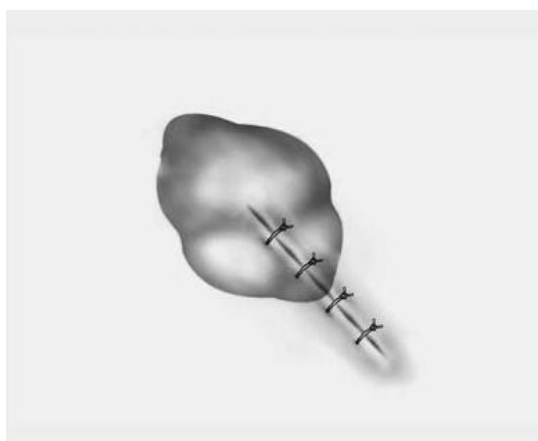


Рис. 22. Схема, показывающая закрытие раны узловыми швами после проведения инцизионной биопсии.



Рис. 23. Вид сбоку.

**Лечение.** При раке губы лечение должно строиться с учетом стадии процесса и клинической формы. Наиболее эффективным оказался комбинированный метод лечения, включающий два этапа. Пер-

**Прогноз при раке слизистой оболочки полости рта.** При раке I, II стадии процент пятилетнего выживания составляет 60 – 94%. При раке III стадии и комбинированном лечении 15 – 37%. При раке IV стадии излечения удастся добиться в единичных случаях.

Улучшение результатов лечения рака органов полости рта, **прежде всего, зависит от совершенствования диагностики ранних форм рака.** По наблюдениям различных авторов, 80% всех случаев смерти от рака языка и других отделов полости рта могло быть предупреждено при раннем обнаружении злокачественной опухоли. **Решающая роль при этом отводится врачу-стоматологу.**

### **Дифференциальная диагностика рака слизистой оболочки полости рта**

Дифференциальная диагностика проводится в первую очередь с предраковыми заболеваниями, опухолями малых слюнных желез, специфическими и неспецифическими воспалительными процессами.

**Новообразования малых слюнных желез** (плеоморфная аденома, мукоэпидермоидная опухоль и т.д.) локализуются чаще в задних отделах языка или на твердом небе. Рост образований медлен-

зации и клинических проявлений злокачественных опухолей на ранней стадии их развития. А самое важное – соблюдение основополагающего принципа, который называется онкологическая настороженность.

### **Ситуационные задачи по теме:**

#### **«Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта»**

1. Больной обратился в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта. Врач диагностического кабинета обнаружил веррукозную лейкоплакию боковой поверхности языка. Размер очага поражения 1,5 x 2,0 см. Лечебная тактика врача.

2. У больного 65 лет, обнаружено опухолевидное образование на нижней губе полушаровидной формы, размером 0,5 см в диаметре. Новообразование плотное, безболезненное, покрытое чешуйками, не снимающимися при соскабливании. Проведите дифференциальную диагностику и установите предварительный диагноз.

10. Малигнизация трещины нижней губы. Направить больного на консультацию к врачу онкологу.

11. Рак губы с метастазами в лимфатические узлы шеи T4 N3 M0 (четвертая стадия), период запущенности. Симптоматическое лечение.

12. Рак губы после комбинированного лечения, метастазы в лимфатические узлы шеи.

**Ответы на ситуационные задачи «Рак слизистой оболочки полости рта»**

1. Инцизионная биопсия очага поражения. В случае гистологического подтверждения диагноза – иссечение очага поражения или его криодеструкция.

2. Комбинированное лечение: 1) лучевое лечение (близкофокусная рентгенотерапия или дистанционная гамма терапия); 2) гемирезекция языка; 3) фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи.

3. Сифилис (шанкр на языке), лимфаденопатия. Исследование крови на RW.

4. Комбинированное лечение: 1) предоперационная лучевая терапия; 2) через 2 – 3 недели сегментарная резекция нижней челюсти во фронтальном отделе с мягкими тканями дна полости рта и пластикой дефекта кожно-жировым или плече-грудным лоскутом; 3) по показаниям фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки и лимфоузлов.

5. Рак слизистой оболочки щеки справа T1 N0 MX (первая стадия). Необходимо выполнить биопсию опухоли для морфологической верификации очага поражения, рентгенографию органов грудной клетки.

6. Лучевой некроз нижней челюсти и тканей дна полости рта.

7. Клинические данные свидетельствуют о прогрессировании лейкоплакии и трансформацию ее в эрозивную форму. Продолжить лечение, динамическое наблюдение. При неэффективности лечения – консультация онколога.

8. Предварительный диагноз – Рак языка T2 N3 MX. Больному необходимо выполнить биопсию опухоли, пункционную биопсию лимфатических узлов, рентгенографию органов грудной клетки.

9. Комбинированное лечение: 1) предоперационная лучевая терапия; 2) резекция кончика языка.

10. Метастаз плоскоклеточного рака слизистой оболочки щеки в лимфатические узлы шеи. Паллиативное и симптоматическое лечение.

11. В данном случае травматическая язва трансформировалась в рак. Необходимо направить больного на консультацию к онкологу. В случае подтверждения диагноза – рак, лечение в онкологическом диспансере.

Подписано в печать 27.10.2011. Формат 21×30½.

Печать трафаретная.

Усл. печ. л. 6,3. Тираж 500 экз.

Редакционно-издательский отдел ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России  
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а. <http://www.kemsma.ru/rio/>

Требования к авторам: <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>