

Глава 20

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

20.1 Клиническая анатомия

20.2 Эпидемиология

20.3 Способствующие факторы

20.4 Предраковые заболевания и тактика их ведения, лечение

20.5 Патологическая анатомия

20.6 Группировка по стадиям

20.7 Клиническая картина

20.8 Диагностика

20.9 Дифференциальная диагностика

20.10 Лечение

20.11 Прогноз

20.12 Реабилитация и трудоспособность

20.13 Диспансеризация

20.14 Использованная литература – 13 источников

20.15 Иллюстрационный материал – 9 рисунков

20.1 Клиническая анатомия

Полость рта и подлежащие ткани представляют сложную область, в которую входят язык, щеки, десны, твердое и мягкое небо, альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти, дно полости рта, переходящее в ротоглотку.

Собственно полость рта ограничена спереди и с боков верхней и нижней зубными дугами, сверху – небом, снизу мышцами, образующими диафрагму рта. Сзади полость рта широко сообщается с глоткой отверстием, называемым зевом. При сомкнутых челюстях полость рта почти полностью выполняется языком. Слизистая оболочка губ переходя на альвеолярные отростки челюстей и окружая шейку зубов образует десну. Щеки составляют боковую стенку преддверия рта. На слизистой оболочке щеки несколько выше линии смыкания зубов открывается устье протока околоушной железы.

Твердое небо состоит из небных отростков верхней челюсти и горизонтальных пластинок небных костей. Своим задним краем лишь на 0,5 см не доходит до задней стенки глотки. С боков твердое небо ограничено альвеолярными отростками. Слизистая оболочка твердого неба в передних отделах прочно сращена с надкостницей, имеет вид складок.

Дно полости рта формируется челюстно-подъязычной мышцей (*m. myohyoidei*), которая следует под подъязычной костью к челюстно-подъязычной линии нижней челюсти. Напряжение этой мышцы заставляет язык подниматься.

Язык – мощный мышечный орган. Его разделяют на два отдела: 1) передний, включающий вершину и тело, лежащий в ротовой полости; 2) задний, представленный корнем и находящийся в области зева. Со стороны полости рта язык покрыт слизистой оболочкой, снабженный большим числом сосочков, разбросанных по всей поверхности языка. Язык под слизистой окружен апоневрозом, к которому прикрепляются мышцы языка. К собственным мышцам языка принадлежат продольные, поперечные и вертикальные мышцы. Сокращение продольных и вертикальных мышц укорачивает язык, а сокращение поперечных – язык утолщает. Подъязычные железы лежат непосредственно под слизистой оболочкой в клетчатке между нижней челюстью с *m. melohyoideus*.

Язык и дно полости рта представляют собой поперечно-полосатые мышцы, идущие в разных направлениях.

Полость рта выстлана слизистой оболочкой, состоящей из многослойного плоского эпителия. В толще слизистой оболочки расположены малые слюнные железы. На слизистой оболочке полости рта открываются выводные протоки околоушной, подчелюстной, подъязычной железы.

Органы полости рта иннервируются подъязычными ветвями тройничного нерва, а кровоснабжение осуществляется за счет ветвей наружной сонной артерии.

Полость рта имеет хорошо развитую систему лимфатических сосудов, по которым лимфоотток осуществляется в поднижнечелюстные, подбородочные поверхностные латеральные шейные и глубокие заднеглоточные лимфатические узлы.

20.2 Эпидемиология

1. *Заболеваемость* населения земного шара раком слизистой оболочки полости рта неравномерна. По данным экспертов ВОЗ в 2000 году заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта (мировой стандарт) составила $9,7\text{‰}_{0000}$, в том числе у мужчин $6,4\text{‰}_{0000}$, соотношение мужчин и женщин почти 2:1, а смертность – $4,7\text{‰}_{0000}$. Наиболее

высокие показатели заболеваемости на 100 000 населения дальнего зарубежья отмечались в Афганистане (24,1), Венгрии (21,9), Индии (20,3), Танзании (17,7), Франции (17,5), низкие – в Египте (0,86), Китае (2,0), Индонезии (2,4), Конго (4,2), Сингапуре (5,6).

В странах СНГ рак слизистой оболочки полости рта имеет тенденцию к росту. Так, в 1970 году заболеваемость в среднем составила $1,9\%_{0000}$, а к 2000 году она выросла до $8,3\%_{0000}$ (мировой стандарт). В настоящее время относительно высокий уровень заболеваемости отмечается на Украине (16,0), Молдове (12,0), Беларуси (11,4), Эстонии (11,3), низкий – в Армении (3,0), Азербайджане (3,2), Таджикистане (4,3), Узбекистане (5,0), а в России и Казахстане заболеваемость в 2000 году составила соответственно $8,7\%_{0000}$ и $8,2\%_{0000}$ (Е.Аксель, М.И.Давыдов, 2001).

В Республике Казахстан в 2005 году рак полости рта (вместе со злокачественными новообразованиями глотки) составлял 2,2% от общего числа заболевших злокачественными опухолями, составляя $3,8\%_{0000}$ и занимает 18 ранговое место в структуре онкологической заболеваемости населения республики. Более высокие показатели заболеваемости на 100 000 населения (обычные показатели) отмечены в Мангистауской (6,0), Карагандинской (4,8), Павлодарской (4,6) областях и в г. Астана и Алматы (4,6 и 4,2 соответственно), низкие – в Актюбинской (2,5), Жамбылской (2,6), Кызылординской (2,9) областях.

В 2005 году среди 570 больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака языка, полости рта и глотки доля лиц с I-II стадией составила 50,7%, III стадией – 38,7%, IV стадией – 10,6%. Смертность составила $2,7\%_{0000}$ (Ж.А.Арзыкулов с соавторами, 2006).

2. *Возрастно-половые особенности.* Наиболее часто болеют люди в возрасте 60-70 лет. Обычно в возрасте старше 40 лет число заболевших возрастает и значительно сокращается в возрасте старше 80 лет. Однако рак органов полости рта нередко встречается и у молодых людей. Он чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Так, соотношение мужчин и женщин составляет в США – 4:1, во Франции – 7:1, в России – 6:1, в Казахстане – 2:1. В Казахстане в структуре заболеваемости злокачественными опухолями данная патология в 2000 году занимала: у мужчин – 14-е, у женщин – 20-е ранговое место. Им чаще страдают сельские жители, чем городские (6:1).

20.3 Способствующие факторы

Возникновению рака полости рта способствуют вредные привычки, укоренившиеся среди населения, такие как употребление «наса», бетеля, жевание табака, спиртных напитков, чрезмерно горячей пищи, а также наличие кариозных зубов с острыми краями, ношение не подогнанных зубных протезов, постоянно травмирующие слизистую оболочку, пломбы из неоднородных металлов, чрезмерное отложение зубного камня, содержание полости рта в антисанитарном состоянии, которое способствует постоянному присутствию бактериальной инфекции в полость рта.

При длительном воздействии вышеуказанных факторов как в отдельности, так и в совокупности развиваются атрофические изменения слизистой оболочки со склерозом в подслизистом слое, лейкоплакия, язва, папиллома. Они представляют собой своеобразные дистрофическо-пролиферативные процессы в эпителиальном покрове слизистой оболочки, объединяемые в группу дискератозов (А.И.Раков).

Рак полости рта в республиках Средней Азии и в Казахстане часто связан с привычкой к употреблению «наса», а в Индии – жевание бетеля, в Закавказье –

жевание табака. «Бетель» – жевательная смесь из листьев одноименного растения, гашеной извести, табака, специй и пряностей. Возбуждает нервную систему. Обладает канцерогенным действием. В Южной Индии, где распространено жевание бетеля, рак полости рта составляет 70% всех раков (Каудри, 1972). «Нас» представляет собой смесь измельченного табака, золы, мела, извести и растительного масла. Шарик из наса закладывают между десной и нижней губой, под язык от 5 до 10 раз в сутки с продолжительностью пребывания от 4 до 20 и более минут. Локализация патологических процессов в основном соответствует месту закладывания «наса». С.Ш. Баймаканова (1970) отмечает, что гигиена полости рта страдает у употребляющих «нас» вдвое чаще по сравнению с не имеющими этой привычки (69% против 32,1%). С.Ш. Баймакановой и Н.М. Александровой (1970) в Казахстане, Т.Х. Хасановым (1971) в Узбекистане, Б.С. Сапаровым (1967) в Туркменистане установлено, что среди людей, употребляющих «нас» патологические процессы полости рта встречаются в 25 раз чаще, чем у тех, которые не употребляют его. С увеличением длительности срока его употребления нарастает и частота патологических процессов полости рта. Так, среди употребляющих «нас» от 10 до 19 лет поражение полости рта встречается в 58,5%, а употребление его более 40 лет – 86,6%. По данным Н.М. Александровой (1970) среди патологических процессов в слизистой оболочке встречались атрофия (39%), подслизистый фиброз (14,6%), лейкоплакия (7,2%), папиллома (3,2%), декубитальные язвы (1,7%). Эти процессы относятся к факультативным и облигатным предраковым заболеваниям.

20.4 Предраковые заболевания, тактика их ведения, лечение

В 1976 году группа ученых во главе с И.И. Ермолаевым разработала классификацию предопухолевых процессов слизистой оболочки полости рта в следующем:

А. Процессы с высокой частотой озлокачествления (облигатные) – болезнь Боуэна (дискератоз).

Б. Процессы с малой частотой озлокачествления (факультативные):

1. Лейкоплакия веррукозная;
2. Папилломатоз;
3. Декубитальные язвы;
4. Постлучевой стоматит.

Болезнь Боуэна – на слизистой определяется небольшое уплотнение, имеющее вид желтовато-коричневых бляшек с неровной поверхностью. При гистологическом исследовании часто обнаруживают атипические клетки. На этом основании многочисленные исследователи относят болезнь Боуэна к интраэпителиальному раку (in situ), так как с течением времени последний часто переходит в инвазивный рак.

Лейкоплакия – в начальной стадии развития – это плоские беловатые участки слизистой оболочки, при ощупывании эти участки гладкие и мягкие. В последующем при развитой стадии (лейкокератоз) происходит разрастание плоского эпителия, поверхностные слои которого имеют склонность к ороговеванию, а глубокие – к разрастанию полиморфных клеток с митозами. При осмотре эти разрастания обычно выглядят как разной формы и величины белесоватые пятна, несколько возвышающиеся над слизистой оболочкой языка, щеки и мягкого неба. При ощу-

пывании участка лейкокератоза определяется плотноватая консистенция, шероховатая поверхность. Часто на таких участках можно видеть бородавчатые разрастания или трещины и изъязвления, весьма подозрительные на рак. Особую опасность представляют те случаи, когда лейкоплакия становится шершавой, цвет ее темнеет, лейкоплакия утолщается, грубеет, появляются трещины. Это уже верные предшественники рака.

Папилломатоз – одиночные или множественные сосочковые или бородавчатые разрастания соединительной ткани с большим количеством сосудов, снаружи покрытые многослойным плоским эпителием белесоватого цвета. Увеличиваясь, они могут вызывать ощущение инородного тела при жевании, иногда кровоточат. Появление уплотнения или изъязвления папилломы также должно вызывать подозрение на развитие рака.

Декубитальные язвы – имеют неправильную овальную форму, дно их покрыто сероватым налетом, края мягкие. Они возникают в местах травмы слизистой оболочки острыми краями кариозных зубов или протезами, а также от многократных прикусываний слизистой оболочки. Появление инфильтрации в основании язвы или валикообразного утолщения края ее должно вызывать подозрение на малигнизацию.

Постлучевой стоматит развивается у людей ранее подвергавшихся близкофокусной лучевой терапии по поводу рака губы, языка. При этом эпителиальный покров слизистой оболочки рта имеет красноватый оттенок, покрывается белесоватым налетом, легко кровоточит, отмечается болезненность при приеме грубой и горячей пищи.

К группе повышенного риска по раку органов полости рта следует отнести людей, страдающих предраковыми заболеваниями, а также имеющих вредные предрасполагающие факторы (закладывание под язык, щеку наса, жевания бетеля, табака, регулярный прием горячей пищи и спиртных напитков, наличие кариозных зубов и не подогнанных протезов; не соблюдение гигиены полости рта). Людей, страдающих предопухолевыми заболеваниями, выявляют стоматологи при профилактических осмотрах и ставят их на диспансерный учет по 1 «б» клинической группе и проводят им лечебно-оздоровительные мероприятия.

Лечение предраковых заболеваний – хирургическое – иссечение, криодеструкция, электрокоагуляция. Операцию выполняют отступая на 5 мм от края поражения. Если предраковый процесс охватил значительную часть органа, А.И.Пачес и В.Л.Любаев (2000) рекомендуют произвести поэтапную криодеструкцию или электрокоагуляцию отдельных участков поражения. В тех случаях, когда возможные причины образования язвы или трещины устранены, а консервативное лечение в течение 10-15 дней оказалось безрезультатным, следует заподозрить рак и производить цитологический анализ отпечатков и пунктата или биопсию, которая нередко может осуществляться путем иссечения очага поражения в пределах здоровых тканей.

Профилактика рака полости рта заключается в отказе от закладывания под язык и за щеку «наса», жевания бетеля, табака, курения и злоупотребления алкоголем. Важное значение имеет санация полости рта, своевременное излечение кариозных зубов, парадонтоза, исправление зубных протезов и, самое главное, своевременное распознавание и излечение больных, страдающих предраковыми заболеваниями органов полости рта.

20.5 Патологическая анатомия

Рак полости рта наиболее часто локализуется на языке (50-60%), затем на дне полости рта (20-35%) и у 8-10% больных – на щеке, на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюсти.

По данным РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН (2000) частота и локализация рака слизистой оболочки полости рта выглядит следующим образом: язык – 52%, дно полости рта – 20%, щека – 7%, твердое небо – 4%, альвеолярная часть нижней челюсти – 6%, альвеолярный отросток верхней челюсти – 4%, мягкое небо – 5%, передние небные дужки – 2%.

Макроскопически рак слизистой оболочки полости рта в начальном периоде может иметь следующие формы: экзофитно-папиллярную, эндофитно-язвенную, подслизисто-инфильтративную. Все эти формы имеют тенденцию к раннему изъязвлению. Следует отметить, что свыше 50% всех наблюдений – проявление язвенной формы, а в развитой стадии наблюдаются чаще язвенно-инфильтративные формы (А.И.Пачес, 2000). Гистологически более 90% злокачественных эпителиальных опухолей имеют строение плоскоклеточного рака с различной степенью зрелости. В задних отделах языка возникает железистый рак (аденогенный), исходящий из щитовидного протока или из малых слюнных желез. В корне языка нередко развиваются злокачественные эпителиальные опухоли из малых слюнных желез – цилиндромы и мукоэпидермальный рак (Stewart, Foot, 1945). Макроскопически они имеют вид плотных, расположенных подслизисто овоидных или шаровидных образований, редко изъязвляющихся.

Рак языка развивается чаще в средней трети боковой поверхности и в корне языка, а рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти проявляют себя рано, так как в процесс вовлекаются зубы и появляется зубная боль. Нередко даже по поводу этих болей производится лечение и удаление зуба. Немотивированное удаление зуба способствует распространению опухоли в зубную лунку, а затем в кость. Степень распространения опухоли в кость определяется рентгенологически. Рак десен в зависимости от локализации распространяется также на слизистую оболочку щеки, неба или дна полости рта. В целом в процессе развития рак полости рта относительно быстро прорастает в смежные отделы, распространяется на мышцы и кожу, нижнюю и верхнюю челюсть.

Метастазирование идет преимущественно лимфогенным путем сверху вниз по направлению оттока лимфы. Частота регионарного метастазирования, а также локализация метастазов во многом зависят от локализации рака в полости рта и особенностей лимфообращения органа. При раке среднебоковых поверхностей и кончика языка метастазирование чаще происходит в подчелюстные, средние и глубокие шейные лимфоузлы. Рак задней половины языка метастазирует в верхние глубокие шейные лимфоузлы. При раке слизистой оболочки щеки, дна полости рта и альвеолярной части нижней челюсти метастазирование происходит чаще в поднижнечелюстные лимфоузлы. Из рака, располагающегося на внутренней поверхности десен, метастазирование происходит чаще в заглоточные лимфоузлы. В общем при раке органов полости рта могут быть поражены любые лимфоузлы шеи. Тем не менее следует отметить, что рак дна полости рта метастазирует рано, щеки – несколько позднее, а позже – рак неба. При раке щеки метастазирование одностороннее, при других локализациях в силу перекреста лимфатических путей – двустороннее. В отдаленные органы рак слизистой оболочки полости рта метастазирует редко.

20.6 Группировка по стадиям

Определение степени распространенности рака слизистой оболочки полости рта по системе TNM производится согласно классификации Международного комитета 1987 года.

0 – стадия 0 – преинвазивная карцинома, т.е. carcinoma in situ ($T_{is} N_0 M_0$).

I – стадия – опухоль до 2 см в наибольшем измерении без регионарных метастазов ($T_1 N_0 M_0$).

II «а» – стадия – опухоль до 4 см в наибольшем измерении без регионарных метастазов ($T_2 N_0 M_0$).

II «б» – стадия – опухоль такая же, как при II «а» стадии, но имеются одиночные метастазы в регионарных лимфоузлах на стороне поражения ($T_2 N_1 M_0$).

III – «а» стадия – опухоль более 4 см в наибольшем измерении без распространения на другие органы и регионарных метастазов ($T_3 N_0 M_0$).

III – «б» стадия – опухоль такая же как при III – «а» стадии, но имеются метастазы на стороне поражения $D < 3$ см ($T_3 N_1 M_0$), метастазы на стороне поражения или с обеих сторон $D < 6$ см ($T_3 N_2 M_0$), а также метастазы $D < 6$ см ($T_3 N_3 M_0$).

IV – «а» стадия – опухоль распространяется на соседние структуры: кость, глубокие мышцы языка, максиллярный синус, кожу шеи без регионарных метастазов ($T_4 N_0 M_0$).

IV – «б» стадия – опухоль такая же как при IV – «а» стадии или любого диаметра с наличием метастазов как в регионарных лимфоузлах и отдаленных органах ($T_4 N_{1-3} M_0$ или $T_{1-4} N_{1-3} M_1$).

20.7 Клиническая картина

В клиническом течении рака полости рта следует выделить три периода – начальных проявлений, развитой фазы и запущенной (терминальной) стадии.

В начальном периоде, независимо от локализации процесса, клиническая картина очень скудна. Субъективные признаки сводятся лишь к неприятным ощущениям, чувству жжения при приеме острой и соленой пищи, либо небольшой болезненности в зоне патологического очага. При осмотре полости рта в этот ранний период врач может обнаружить либо поверхностную язвочку, либо трещину, либо бляшковидное уплотнение, а иногда папилломатозные разрастания на слизистой оболочке полости рта. Таким образом в этом периоде выделяется три анатомические формы: а) язвенная, б) узловая, в) папиллярная и опухоль может расти не только внутрь ткани, но и снаружи. В результате появляются экзо- и эндофитные формы опухолей с деструктивными и продуктивными изменениями.

В развитой фазе заболевания почти всех больных беспокоят боли разной интенсивности. Боли становятся мучительными, имеют локальный характер или иррадируют в ту или иную область головы, чаще в ухо, височную область. Обычно усиливается слюнотечение в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада. Очень частым симптомом является зловонный запах изо рта – спутник распада и инфицированности, при этом опухоль бывает распространенной в подлежащие и окружающие ткани с наличием регионарных и отдаленных метастазов. При раке слизистой оболочки щеки отличительной чертой является быстрое распространение опухоли в толщу щеки, в ее мышцы. В случае локализации в передних отделах щеки возникают боли при раскрывании рта, надрывы дна и краев языка с небольшим кровотече-

нием. При локализации в задних отделах щеки в опухолевый инфильтрат вовлекаются небные дужки, альвеолярные отростки. Это приводит к тризму, приобретающему мучительный и стойкий характер. Рак твердого, мягкого неба прорастает в кость и разрушает язычок, при этом сильно нарушается глотание. Рак языка инфильтрирует дно полости рта, распространяется на глотку и небные дужки; рак слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти – костную ткань, щеку, дно полости рта. В целом при запущенной стадии опухоли больных беспокоят мучительные боли, нарушается речь и глотание. Часто затруднено и резко болезненно открывание рта. Из обширной изъязвленной опухоли часто возникает кровотечение. Присоединение инфекции не только вызывает неприятный ихорозный запах, но и ведет к аспирации инфицированной слюны, что может быть причиной пневмонии, абсцесса легкого. В связи с расстройством глотания и болями нарушается питание, развивается истощение.

Следует особо отметить, что рак слизистых оболочек полости рта характеризуется рядом особенностей:

- 1) склонностью к местному и местно-регионарному распространению при относительной редкости отдаленных метастазов;
- 2) агрессивностью и относительной быстротой клинического течения, в связи с чем распознавание в начальных стадиях наблюдается редко;
- 3) трудностью лечения из-за анатомических особенностей локализации опухоли;
- 4) физическими и моральными страданиями, испытываемых больными в распространенных стадиях заболевания (мучительные боли, невозможность питания, трудность общения с окружающими и др.).

20.8 Диагностика

Клинический минимум обследования при подозрении на рак полости рта состоит из опроса, физикального, эндоскопического, гисто-цитологического обследования.

Опрос – при этом выясняются жалобы и динамика развития заболевания. Тщательно следует опросить больного о предшествующих заболеваниях и изменениях, наблюдавшихся на слизистой оболочке, травмах, вредных привычках. После опроса следует тщательный осмотр.

Осмотр следует проводить планомерно, последовательно осматривая вначале преддверие рта, слизистые оболочки губ, щек, а затем язык, включая боковые и нижнюю поверхность, дно полости рта, альвеолярные отростки.

Для осмотра задних отделов языка и ротоглотки следует пользоваться гортанным зеркалом, обязательным в обследовании должны быть пальцевое исследование полости рта и подчелюстных, подбородочных, околоушных и шейных лимфоузлов.

При осмотре полости рта в раннем периоде развития рака врач может обнаружить либо поверхностную язвочку, либо бляшковидное уплотнение с белесоватыми пятнами вокруг, либо папилломатозные выросты на слизистой оболочке, а в развитой фазе обнаруживается чаще всего язва с плотными валикообразными краями, покрытыми серым налетом дна. При ощупывании язва болезненна, часто кровоточит. Иногда основанием язвы является плотный инфильтрат, уходящий в глубину тканей, из-за чего не удается определить границы его распространения.

В других случаях рак полости рта имеет вид выступающего над слизистой оболочкой экзофитного грибовидного образования плотной консистенции, легко кровоте-

чащего с инфильтратом в основании. При инфильтративной форме определяется обширное, диффузное уплотнение, иногда с щелевидной язвой в центре.

При запущенной форме опухоль распространяется на смежные анатомические образования. Так, при раке языка в процесс вовлекаются дно полости рта, небные дужки, при раке щеки – мягкие ткани щеки, альвеолярные отростки, при раке слизистой оболочки альвеолярных отростков поражается костная ткань челюсти.

Рак слизистой оболочки полости рта в развитом периоде заболевания обычно не вызывает диагностических трудностей. Однако отличия, зависящие от локализации процесса, требуют отдельной характеристики.

Так, *рак языка* развивается обычно на боковой поверхности языка, соответственно коренным зубам, где чаще всего возникают мелкие повреждения слизистой оболочки зубами, а также на нижней поверхности языка, куда чаще закладывается «нас». Рак языка реже локализуется на кончике и спинке языка. Клинически в ранних стадиях в указанных местах опухоль появляется чаще всего в язвенной и реже в инфильтративной форме. Рак языка чаще распространяется на диафрагму рта, альвеолярный край нижней челюсти, поэтому нередко наблюдаются двусторонние метастазы в подбородочные и подчелюстные, глубокие шейные лимфоузлы.

Рак слизистой оболочки щеки быстро инфильтрирует толщу ткани щеки, что вызывает тризм, распространяется на ветвь нижней челюсти, щечно-десновый карман, небные дужки, альвеолярные отростки.

Рак мягкого неба ведет к деструкции язычка, вызывая в распространенном периоде нарушение глотания.

При раке твердого неба возможно разрушение костей и прорастание опухоли в полость носа или гайморовую пазуху.

Рак слизистых оболочек альвеолярных отростков челюстей в начальных стадиях проявляется разрыхлением десен, появлением папиллярных разрастаний или язв. В дальнейшем наступает расшатывание и выпадение зубов с заполнением лунки опухолью.

Поскольку метастазирование преимущественно происходит лимфогенно и наступает довольно рано, следует тщательно осуществить пальпаторное обследование подчелюстных, подбородочных, околоушных, шейных, надключичных лимфоузлов. При этом метастазы определяются в виде плотных, безболезненных регионарных лимфоузлов. Однако на основании пальпаторных данных не всегда легко определить истинный характер увеличенных узлов. Значительная плотность, сферическая форма и отсутствие периадентита свойственны в большей степени метастатическим узлам.

Из специальных методов применяются стоматоскопия, цито- и гистологические исследования.

Стоматоскопия применяется для дифференциальной диагностики рака и предопухольных изменений, при которой участок поражения рассматривают с помощью оптического прибора стоматоскопа при увеличении в 20-30 раз. Перед исследованием подозрительный на рак участок слизистой оболочки обрабатывается сначала 3% раствором уксусной кислоты, затем раствором Люголя. При стоматоскопии малигнизация характеризуется изменением архитектоники сосудов, атипическим изменением эпителиальной ткани. Из измененной области прицельно берется биопсия.

Окончательный диагноз устанавливают с помощью цитологического и гистологического исследования тканевых субстратов. Материал для цитологического исследова-

дования получают путем взятия соскоба с поверхности язвы. Для гистологического исследования иссекают участок с края опухоли или язвы вместе со здоровой тканью. Биопсию лучше производить электроножом или электропетлей.

20.9 Дифференциальная диагностика

Рак слизистых оболочек в развитом периоде заболевания обычно не вызывает диагностических трудностей. Распознавание рака на ранних стадиях опухоли основываются прежде всего на тщательном анализе условий, способствовавших развитию заболеваний (учет предраковых состояний) и на оценке клинико-анатомических проявлений заболевания, учитывая в первую очередь локализацию опухоли. Как уже было упомянуто, наиболее частой локализацией рака является боковой край языка, на уровне коренных зубов, затем дно полости рта, между губой и альвеолярной части нижней челюсти. Для правильной оценки опухолевого процесса следует тщательно опросить больного о предшествующих заболеваниях и изменениях, наблюдавшихся на слизистой оболочке, травмах, вредных привычках. Очень трудно отличить язву в ранней стадии развития от постоянной травматизации языка коренным зубом или неудобным зубным протезом и при устранении этих причин язва заживает в короткое время. Поэтому, если через 1-2 недели после устранения вышеуказанных причин язва не заживает, тогда следует думать о раке (Н.Н.Петров).

Дифференциальную диагностику рака языка и слизистой полости рта чаще проводят с опухолями, развившимися из малых слюнных желез и лейкоплакией, папилломой, реже – сифилисом, туберкулезом, язвой корня языка.

Новообразования малых слюнных желез (полиморфная аденома, мукоэпидермоидная опухоль) локализуются обычно в задних отделах языка. Растут они медленно и чаще сбоку от средней линии языка, имеют округлую форму и покрыты неизменной подвижной слизистой оболочкой. На ощупь они плотные. Их диагностика не всегда легка, поставить диагноз помогают результаты цитологического исследования пунктата.

Лейкоплакические пятна могут дать повод думать о раке тогда когда они грубеют, утолщаются, окружаются венчиком гиперемии или когда делаются шероховатыми, меняют свой цвет и на них появляются трещины. Такие лейкоплакии указывают на приближающееся или уже наступившее озлокачествление и требуют принятия нужных мер лечения.

Некоторое сходство с раком могут представлять доброкачественные разрастания сосочков языка – папилломы и папиллиты, располагающиеся на боковом крае языка в заднем его отделе. Внимание больного и беспокойство обычно привлекают боли воспалительного характера. Пальпация выявляет полное отсутствие инфильтрации в подлежащей ткани и изъязвления, но могут определяться лишь гиперемия и гипертрофия сосочков.

Несколько более сходную на рак картину может дать иногда плоский инфильтрат, обусловленным инородным телом, внедрившимся в толщу языка (рыбья кость, волокна злаков или другие). При этом воспалительные процессы протекают поверхностно с образованием (чаще) воспалительного инфильтрата, иногда сопровождаются образованием тонкого свища с гнойным отделяемым, под влиянием противовоспалительного лечения такие неспецифические плоские инфильтраты быстро уменьшаются.

Хотя встречаются крайне редко, но повод к диагностическим ошибкам могут давать сифилитические и туберкулезные язвы.

Сифилитические язвы могут встречаться в любом месте полости рта в виде изъязвившейся гуммы. Эти язвы хрящевой плотности по краям не меньше, чем раковые, но они гладкие, как бы выбитые пробкой, и в отличие от раковых бывают покрыты сальным налетом. Дно гуммозной язвы гладкое, но не изрытое как при раке. По свидетельству А.И.Савицкого (1972), известно немало случаев оперативного удаления языка при ошибочном распознавании рака вместо гуммы.

Туберкулезные язвы в отличие от рака наиболее часто локализируются близ кончика языка или на спинке, а не по зубному краю языка, у больных туберкулезом легких. Туберкулезные язвы не менее болезненны, чем раковые, но края их не утолщены валобразно не выворочены, как язвы раковые, а наоборот, истончены и подрыты, на ощупь мягки, дно не глубокое, покрыто белыми грануляциями. Диагноз устанавливается на основании наличия выраженного туберкулеза легких, объективных данных осмотра положительностью реакции Манту и cito- гистологического исследования язвы.

Зоб корня языка имеет шаровидную форму, темно-вишневый цвет, выступает в просвет глотки, локализуется чаще в середине корня языка. Может вызывать затруднение глотания, речи, иногда кровоточит. Диагноз ставится на основании осмотра цитологического исследования пунктата из зобного узелка.

20.10 Лечение рака слизистой оболочки полости рта

Выбор метода лечения слизистых оболочек рта до сих пор является исключительно трудным и оно должно быть строго индивидуализировано в зависимости от локализации опухолевого процесса, степени распространенности (стадии), формы роста опухоли, ее гистологической структуры с учетом степени зрелости, воспалительных изменений в ротовой полости. Во всех случаях лечение следует начать с санации полости – удаление и лечение кариозных зубов, снятие зубного камня, металлических коронок и протезов и др.

Хирургическое лечение как самостоятельный метод себя не оправдал. Объяснением этому служит то обстоятельство, что выполнение радикального оперативного вмешательства неизбежно идет с нарушением основного принципа онкологической хирургии – принципы абластического оперирования, так как, во-первых, удалять опухоль гарантированно в пределах здоровых тканей, отступая от видимых границ поражения на 1,5-2,0 см. Нетрудно себе представить, что в условиях тесноты пространственных отношений в полости рта это требование далеко не всегда выполнимо. Во-вторых, удалять опухоль единым блоком со всеми регионарными, особенно глубокими, лимфатическими узлами практически невозможно. Поэтому хирургическому методу можно прибегать только при интраэпителиальном раке (*carcinoma in situ*), или при малигнизации хронической язвы слизистой полости рта и при экзофитной форме рака подвижной части языка первой стадии без регионарных метастазов. Предпочтение при этом отдается электрохирургическому методу.

Лучевой метод является одним из самых распространенных. Он применяется у 90% больных с опухолями органов полости рта, причем у 72% в качестве самостоятельного метода. При этом лучевая терапия применяется при I и II «А» стадиях. Большинство авторов указывают на преимущество сочетанной лучевой терапии (дистанционной и внутривполостной гамматерапии с помощью шланговых аппаратов АГАТ-В) при ранних стадиях рака (М.И.Гарбузов, 1984; Б.М.Алиев, 1985; Decroix J.,

1981), при применении которой 5-летняя выживаемость при I стадии достигает 53-66%, а при II «А» стадии – 43-46%. При раке полости рта в качестве самостоятельного метода также применяется внутритканевое облучение с Co-60 при лечении небольших (до 2 см) опухолей, при этом 3-летняя выживаемость составляет 80% (Ю.И.Воробьев, 1984). Радиологами ведется интенсивный поиск путей повышения возможностей и диапазона применения лучевого метода путем применения гипербарической оксигенации, элетронакцепторных соединений (метранидазол), локальной СВЧ-гипертермии, изучаются новые режимы фракционирования дозы лучевой терапии (динамическое, крупнофракционное).

Следует отметить, что локальные методы лечения (хирургическое и лучевое) применимы только при ранних стадиях опухолевого процесса, при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах, а при наличии последних эффективность последних резко снижается.

В настоящее время лекарственная терапия все еще не получила широкого применения при лечении рака органов полости рта. Применяемые химиопрепараты блеомицин, метотрексат, препараты платины дают паллиативный эффект, несколько уменьшая размеры опухоли при непродолжительной ремиссии. Только применение их в дополнение к хирургическим и лучевым методам могут дать обнадеживающие результаты.

В связи с этим в настоящее время наибольшее признание завоевали комбинированные и комплексные методы.

Комбинированный метод включает в себя:

1) предоперационное облучение первичного очага опухоли в суммарной очаговой дозе 35-40 Гр. При клинически определяемых метастазах (II «Б» и III «Б») в период облучения первичной опухоли целесообразно одновременно провести облучение и зон метастазирования в суммарной дозе в пределах 32 Гр.

Задачей облучения является подавление потенций размножения и роста опухолевых клеток первичного очага, чтобы свести до минимума опасность имплантации в ране при последующем хирургическом вмешательстве жизнеспособных опухолевых клеток;

2) радикальную электрохирургическую резекцию всего пораженного отдела или широкую электрокоагуляцию, при которой техника операции зависит от локализации опухоли. При раке бокового отдела языка необходима половинная резекция языка с корнем. При раке слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти производится резекция половины языка, дна полости рта, часть нижней челюсти с удалением шейных лимфоузлов, либо обычной методикой фасциально-футлярного иссечения, либо по Крайлю. Образовавшиеся дефекты языка и тканей дна рта целесообразнее замещать кожно-мышечными лоскутами. При распространении опухоли языка за срединную линию производят субтотальную резекцию языка с оставлением части его и корня в боковых отделах противоположной стороны в одном блоке с содержимым поднижнечелюстного треугольника. При раке альвеолярного отростка верхней челюсти, слизистой оболочки твердого неба в объем операции включают 2-3 см здоровых тканей с резекцией фрагмента верхней челюсти, твердого неба. При этом вскрывают верхнечелюстную пазуху, полость носа. Послеоперационный дефект в полости рта замещаются оптурационными протезами. Следует отметить, что до сих пор существуют различные точки зрения о времени удаления регионарных лимфогенных метастазов. Одни хирурги считают целесообразным делать это через 2-3 недели после

удаления первичного очага (А.И.Савицкий, 1972), другие (А.И.Пачес, 2000) – одновременно с операцией на первичном очаге, т.е. мотивируя тем, что раны в полости рта заживают долго, что ведет к отсрочке операции на лимфоузлах и способствует дальнейшему росту реализованных метастазов. В связи с совершенствованием техники операции, анестезиологии и послеоперационной интенсивной терапии, по мнению большинства специалистов, целесообразно производить лимфаденэктомию одновременно с первичным очагом. Удаления клетчатки и лимфоузлов шеи проводится от ключицы до края нижней челюсти с захватом подчелюстной слюнной железы и нижнего полюса околоушной. При наличии метастазов, спаянных с яремной веной, на стороне поражения показана типичная операция Крайля. В случае же обнаружения единичных подвижных метастазов операция может ограничиться широким иссечением клетчатки вдоль сосудистого пучка без резекции вены и мышцы. Изъятие всех уносимых образований производится одним блоком. Изолированное удаление прощупываемых метастатических узлов недопустимо. При раке боковой поверхности языка, слизистой щеки операция на регионарном лимфоаппарате производится на стороне поражения, а при локализации первичной опухоли на дне полости рта, корне языка и небе – двусторонняя лимфодиссекция.

По мнению В.Ткачева (1994), при наличии множественных смещаемых метастазов хирургический этап лечения как первичного очага, так и в регионарном лимфоаппарате является бесперспективным и в этих случаях следует проводить лучевую терапию по радикальной программе расщепленным курсом в сочетании с локальной гипертермией. При этом гипертермия проводится 2 раза в неделю с интервалом 72-96 часов, длительность процедуры нагрева составляет 60 минут, температура в опухоли на уровне 42-43°C. Активная зона излучателя перекрывает на 1-3 см определяемые размеры опухолевого образования.

Криогенное лечение рака слизистой оболочки полости рта вошло в клинику с 1971 года в ВОНЦ АМН СССР. Наиболее целесообразно использовать криодеструктор азотный медицинский КА-02 и криогенную установку с программным управлением. Показаниями к криогенному лечению являются рак органов полости рта I стадии и ограниченные рецидивы после хирургического и лучевого лечения первичного очага, первично-множественный рак, большие в пожилом возрасте или с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Противопоказаниями являются обширные злокачественные опухоли, прорастающие большие массивы подлежащих тканей или в губчатый слой кости, а также опухоли, расположенные вблизи сосудисто-нервного пучка шеи. После криолечения папиллярного рака слизистой в I стадии рецидивы развились в срок до 2 лет у 18%. При лечении криодеструкцией ограниченных рецидивов после хирургического лечения рака языка регрессия опухоли отмечена у 96,7% пациентов, рецидивы возникли у 13,8% в срок наблюдения до 3 лет (И.З.Хабибуллаев, 1987; А.И.Пачес, В.В.Шенталь, Т.Д.Табалинская, 2000). Метод криодеструкции является одним из эффективных методов лечения предраковых заболеваний и больших интраэпителиальным раком и малигнизированных язв слизистой оболочки органов полости рта.

Одним из перспективных направлений в лечении местно-распространенного рака слизистой полости рта является *комплексное лечение*, где на первом этапе проводится полихимиотерапия длительным внутривенным инфузионным методом, а показания к лучевому хирургическому лечению после предшествующей полихимиотерапии определяется по результатам одного или двух курсов лекарственного лечения. Больным с

выраженным лечебным эффектом в дальнейшем проводится либо хирургическое лечение, либо лучевое лечение по радикальной программе до суммарной очаговой дозы 60-65 Грей расщепленным курсом. При уменьшении опухоли более чем на 50% после предшествующей полихимиотерапии и суммарной очаговой дозы 32-36 Грей следует продолжать II-й этап лучевой терапии. При полном отсутствии эффекта, при прогрессировании болезни после первого курса химиотерапии проведение второго курса полихимиотерапии и лучевой терапии бесперспективно. Если после проведения химиолучевого лечения наступает признак операбельности опухоли, то выполняется радикальная операция. Такой дифференцированный подход к выбору тактики лечения позволил добиться двухлетнего безрецидивного течения у 60% больных с местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта (А.И.Пачес, В.А.Любаев, 2000).

В настоящее время полихимиотерапия при раке слизистой полости рта III-IV стадии проводится внутривенно инфузионным методом. При этом наиболее эффективной схемой является: платидиам 100 мг/м² в 1-й день в течение 5 часов на фоне гипергидратации и 5-фторурацил по 1000 мг/м² с 1-го по 5-й день в виде непрерывной 96-часовой инфузии. Интервал между курсами составляет 3 недели (В.А.Горбунова и др., 1989; Г.С.Рыспаева, 1993; А.И.Пачес, В.Л.Любаев, 2000, Coninx P. et. al., 1989, Pergola M. et. al., 1991).

В настоящее время убедительных данных о эффективности адьювантных курсов химиотерапии рака слизистой полости рта отсутствуют.

20.11 Прогноз

Отдаленные результаты лечения зависят от стадии распространения опухоли и от адекватности примененного метода лечения. По сводным данным литературы, при I стадии рака органов полости рта 5-летняя выживаемость составляет 70-90%, при II стадии – 50-65%. При III стадии пятилетнее излечение при применении только лучевого метода составляет 16-25%, хирургическом методе – 27-35%, при комбинированном – 30-37%, комплексном до 37%. При IV стадии стойкого излечения удается добиться в единичных случаях (М.И.Гарбузов, 1982; Г.Г.Матякин, 1989; А.И.Пачес, 2000).

Прогноз более благоприятен при экзофитных опухолях и значительно худший – при язвенно-инфильтративных формах.

Для улучшения результатов лечения рака органов полости рта должна совершенствоваться диагностика его в ранних стадиях. В этом вопросе большую роль играет тесная совместная работа участкового врача со стоматологами.

Средняя продолжительность жизни не леченных больных раком полости рта составляет 14-16 месяцев.

20.12 Реабилитация и трудоспособность

При оперативном вмешательстве приходится широко удалять мягкие ткани. Это может привести к образованию обширных дефектов, деформации лица, нарушению жевания, глотания и речи. Поэтому при планировании операции предусматривает пластическое замещение дефекта мягких тканей. Для предотвращения нарушений глотания и речи в случае необходимости во время операций формируют корень и подвижную часть языка, протезируют нижнюю и верхнюю челюсти. В дальнейшем оказываются полезными занятия с логопедом.

20.13 Диспансеризация

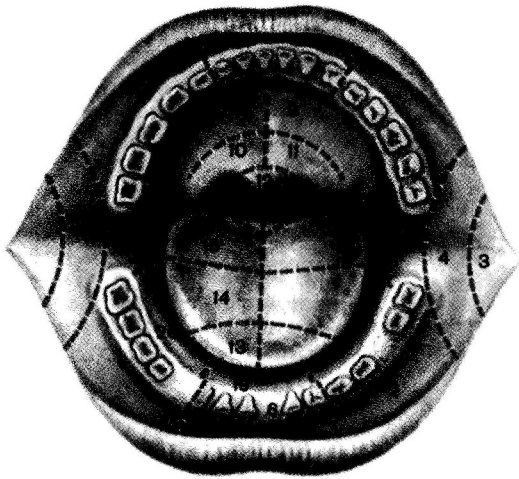
Диспансеризация излеченных от рака полости рта производится по общим правилам. Срок явки больного на контрольный осмотр зависит от времени, прошедшего с момента излечения. Во время контрольных осмотров обследуют полость рта, лимфоузлы шеи, производят исследование крови и рентгеноскопию грудной клетки.

Вопрос о трудоспособности после хирургического лечения решается индивидуально. Больные, излеченные с помощью криогенного метода и лучевой терапии, обычно возвращаются к трудовой деятельности.

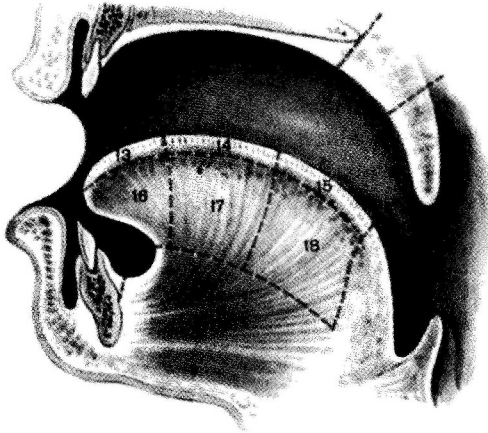
20.14 Используемая литература

1. Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е. Клиническая онкология, I том. М., «Медицина», 1979, с. 484-500.
2. Любаев В.А. Хирургический метод в лечении местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. М., 1986.
3. Матякин Г.Г. Радиохирургическое лечение рака языка и дна полости рта. Докт. дисс. М., 1989.
4. Джулиев С.Ш. Изучение связей развития предрака и рака органов полости рта с употреблением «наса» в Таджикистане. Канд. дисс. 1968.
5. Климанова Н.А. Эффективность комбинированных методов лечения больных раком слизистой оболочки полости рта и языка на основании изучения отдаленных результатов. Канд. дисс., М., 1982.
6. Гарбузов М.И. Лучевая терапия первичных злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта. Авт. докт. дисс., М, 1982.
7. Горбунова В.А., Любаев В.А., Шатихин В.А. Длительная внутривенная инфузия 5-Fu в сочетании с платидиамом при местно-распространенном плоскоклеточном раке полости рта. «Советская Медицина». 1989, № 5, с. 92-94
8. Хабибуллаев Ш.З. Криогенный метод лечения рака органов полости рта. Канд. дисс. М., 1987.
9. Ткачев С.В. Сочетанное применение лучевой терапии и локальной гипертермии в лечении местно-распространенных новообразований Авт. докт. дисс., М. 1994.
10. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи (издание четвертое). М., «Медицина», 2000, с.142-176.
11. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Онкология, М., «Медицина», 1992, с. 137-144.
12. Чиссов В.И., Киселева Е.С. Комбинированные и комплексные методы лечения злокачественных опухолей. М. «Медицина», 1989.
13. Эпидемиология злокачественных опухолей. Алма-Ата. «Наука», 1970, с. 231-246.

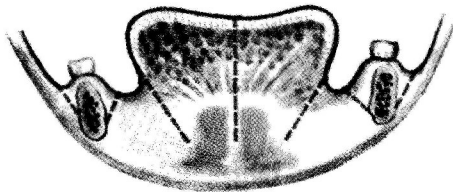
20.15 Иллюстрационный материал к раку слизистой полости рта



а



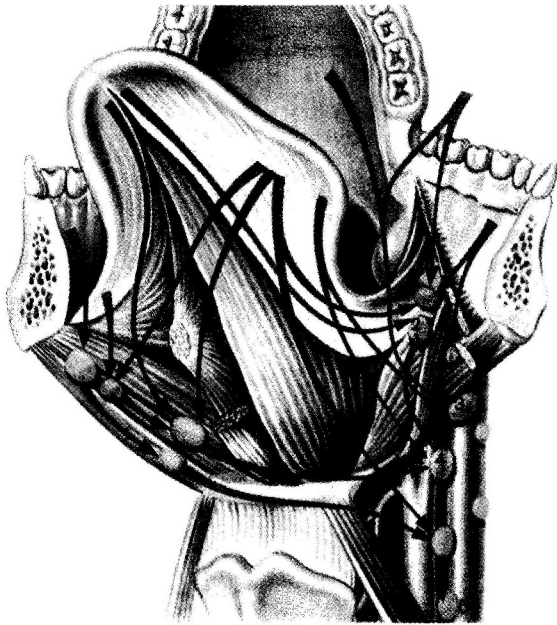
б



в

Рис. 1. Анатомические части и органы полости рта

а, б: 1, 2 – передняя и боковые части преддверия рта; 3, 4, 5 – передняя, средняя и задняя (ретромолярная) части щек; 6, 7 – передняя и боковые части десен; 8, 9 – правая и левая половины твердого неба; 10, 11 – правая и левая половины мягкого неба; 12 – язычок; 13, 14, 15 – передняя, средняя и задняя трети спинки языка; 16, 17, 18 – передняя, средняя, задняя части боковых краев языка; 19, 20 – средняя и боковые части дна полости рта; 21 – передняя небная дужка; в: границы некоторых анатомических частей



*Рис. 2. Основные пути оттока лимфы из различных отделов полости рта в лимфатические узлы.
Узлы: 1 – подбородочные; 2 – подчелюстные; 3 – верхние яремные; 4 – средние яремные; 5 – нижние яремные*

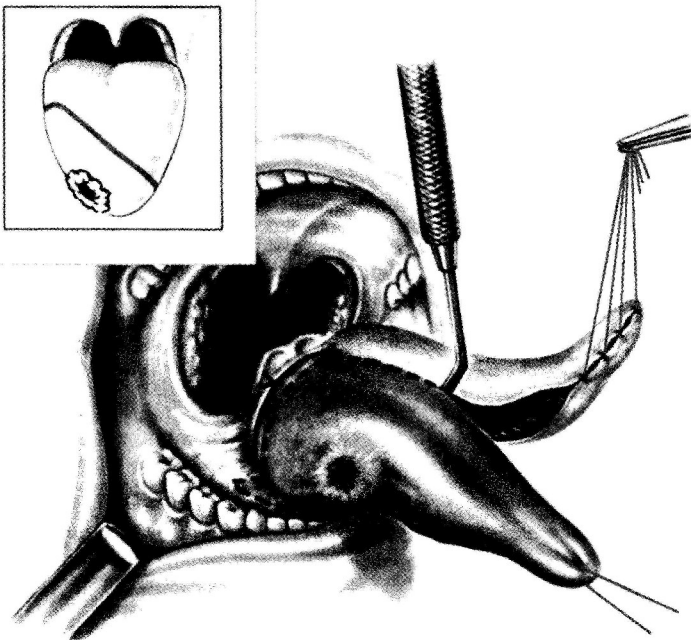
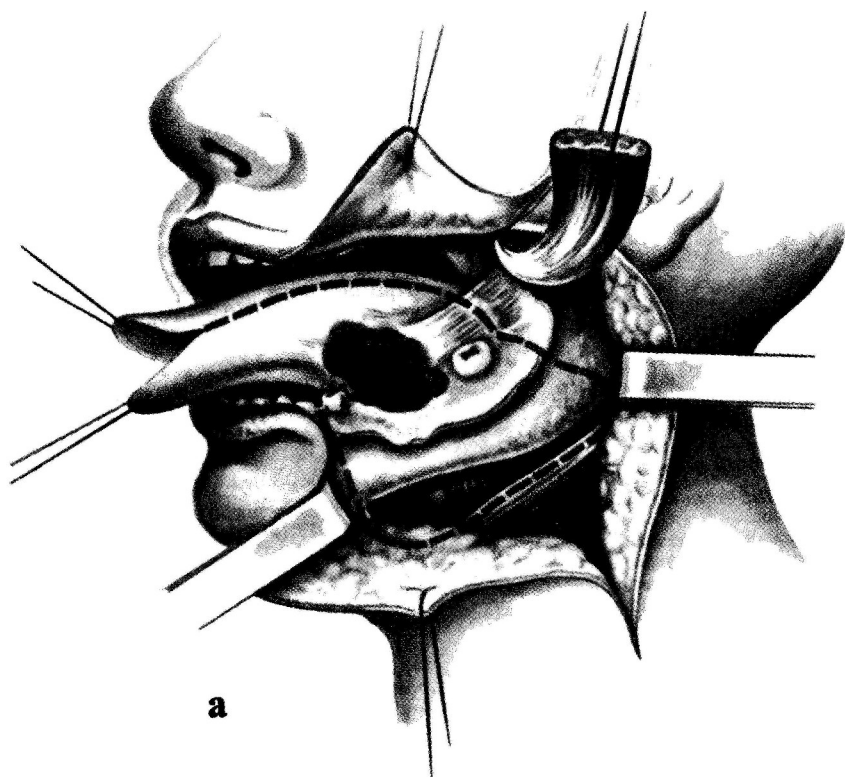
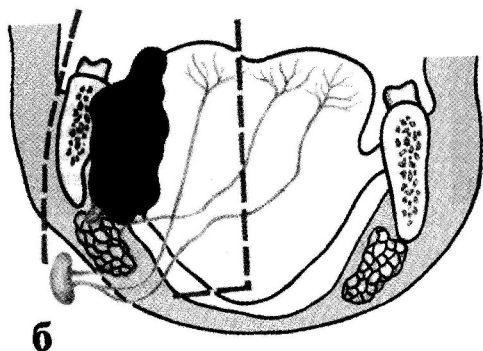


Рис. 4. Половинная электрорезекция языка по поводу рака языка I-II стадии



а



б

Рис. 5. а) – Объем удаляемых тканей при местно-распространенном раке бокового отдела языка и дна полости рта; (б) – то же во фронтальной проекции



*Рис. 6. Рак боковой поверхности языка.
Инфильтративная форма*



*Рис.7. Опухоль альвеолярных
отростков нижней челюсти
(обведено кружком)*



*Рис. 8. Рецидив рака языка после
гемиглосэктомии*



*Рис. 9. Рак слизистой оболочки дна
полости рта (обведено кружком)*