

**РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА. КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.**

ВОЛГОГРАД 2022



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Первые эпидемиологические исследования, проводившиеся зарубежными и отечественными онкологами, выявили существенное различие заболеваемости населения раком полости рта и глотки в отдельных регионах. Как известно, в число регионов с высокой заболеваемостью раком этой локализации входили Индия, Пакистан, ШриЛанка, некоторые страны Ближнего Востока, а в бывшем СССР – такие среднеазиатские республики, как Таджикистан, Узбекистан, Киргизия. Причину высокой заболеваемости раком полости рта и глотки связывали с широким распространением среди населения этих регионов вредной привычки употребления наса, бетеля, оказывающих раздражающее, повреждающее действие на слизистую оболочку ротоглотки. Этой причиной объясняли тот факт, что в Индии рак орофарингеальной локализации занимал 1е место среди всех злокачественных опухолей. В РФ, по данным В.М. Мерабишвили и соавт., рак полости рта и глотки занимает более скромное – 14е место среди всех злокачественных опухолей. Однако вызывает тревогу тот факт, что заболеваемость опухолями этой локализации имеют отчетливую тенденцию к росту.

- стандартизованный показатель заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта и языка возрос у женщин на 71,4 %, у мужчин – на 86,4%.

TNM КЛАССИФИКАЦИЯ

ПОЛОСТЬ РТА	
T ₁	<2см
T ₂	>2 до4см
T ₃	>4см
T _{4a}	Распространение опухоли на кость, глубокие мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу.
T _{4b}	Распространение опухоли в крылонебное пространство, основание черепа, внутреннюю сонную артерию. Одиночный метастаз на стороне поражения <3см
N ₁	(а) Одиночный метастаз на стороне поражения > 3см до 6см (б) метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения < 6см
N ₂	(с) метастазы в нескольких лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны <6см
N ₃	>6см

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

Группировка по стадиям

I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия		
			A	B	C
$T_1 N_0 M_0$	$T_2 N_0 M_0$	$T_3 N_0 M_0$ $T_1 N_1 M_0$ $T_2 N_1 M_0$ $T_3 N_1 M_0$	$T_1 N_2 M_0$ $T_2 N_2 M_0$ $T_3 N_2 M_0$ $T_{4a} N_0 M_0$ $T_{4a} N_1 M_0$ $T_{4a} N_2 M_0$	T_{4b} любая $N M_0$; любая $T N_3 M_0$	любая T любая N M_1

МОРФОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

- Согласно Международной классификации злокачественных опухолей органов полости рта выделяют следующие виды эпителиальных злокачественных новообразований: 1. Интраэпителиальная карцинома (карцинома *in situ*) – эпителий везде имеет признаки малигнизации и выраженный клеточный полиморфизм при сохраненной базальной мембране. 2. Плоскоклеточный рак. Разрушает базальную мембрану и прорастает в подлежащую соединительную ткань. Опухоль представлена малигнизированными эпителиальными клетками, которые могут располагаться в виде пучков, тяжей или неправильной формы гнезд. Клетки имеют сходство с многослойным эпителием.

РАЗНОВИДНОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА

- Ороговевающий плоскоклеточный рак (веррукозная карцинома). Микроскопически характеризуется большими пластами ороговевшего эпителия с булавовидными эндофитными эпителиальными выростами ("раковые жемчужины" Эпштейна). Быстро разрушает окружающие ткани.
• Неороговевающий плоскоклеточный рак. Характеризуется разрастанием атипичных пластов клеток плоского эпителия без образования "раковых жемчужин" Эпштейна. Это более злокачественная форма.
• Низкодифференцированный рак (веретенноклеточная карцинома). Представлен опухолевыми клетками веретенообразной формы, напоминающими саркому. Данный вид рака значительно злокачественнее всех предыдущих.

ДИАГНОСТИКА

- МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СООПР И ЯЗЫКА 1. Обязательные диагностические мероприятия: - пальпация регионарных лимфатических узлов; 15 - осмотр и пальцевое исследование СОПР и языка; - УЗИ шеи; - рентгенологическое исследование органов грудной клетки; - рентгенография нижней челюсти (панорамная зонография); - морфологическое исследование (цитологическое исследование, биопсия опухоли); - общий анализ крови, определение группы и резус-фактора, анализ крови на RW, глюкоза крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

- первоочередной задачей является улучшение своевременной диагностики – выявление опухоли в тот период канцерогенеза, когда её размеры и распространённость позволяют добиться излечения в большинстве случаев (T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0, T2N1M0). Для решения этой задачи необходимо: – проведение регулярных профилактических осмотров населения; – знание населением возможности возникновения рака СОПРиЯ, ранних симптомов заболевания и неотложного обращения к врачу при их появлении; – наличие у врача, осуществляющего профилактический осмотр, онкологической настороженности; – знание врачами клиники рака СОПРиЯ, владение навыками его диагностики; – наличие необходимых условий, оборудования для осуществления профилактических осмотров и диагностики; – наличие чёткой системы консультативной помощи врачу, заподозрившему наличие опухоли.

- ранняя диагностика рака СОПРиЯ – выявление опухоли на до клинической стадии канцерогенеза, когда из-за малого размера она не обнаруживается при осмотре без увеличительной оптики, при пальпации. Ранняя диагностика неразрывно связана с профилактикой рака СОПРиЯ, а путь решения – диспансеризация лиц с повышенным риском возникновения опухоли.

- Дополнительные диагностические мероприятия: - Рентгено - компьютерная томография (РКТ); - Магнитно-резонансная компьютерная томография (МРТ); - Ангиография; - Синусография;

Шкала оценки (в баллах) факторов, влияющих на возникновение рака слизистой оболочки полости рта и языка

	Факторы риска	Оценка в баллах
Характер бластомогенного воздействия	<p>1. Воздействие профессиональных вредностей: до 10 лет 10–20 лет свыше 20 лет</p> <p>2. Курение: умеренное (до 10 сигарет в день): до 10 лет 10–20 лет свыше 20 лет интенсивное (более 10 сигарет в день): до 10 лет 10–20 лет свыше 20 лет</p> <p>3. Несоблюдение правил гигиены полости рта</p> <p>4. Многократная механическая травма слизистой оболочки зубами, протезами</p> <p>5. Несоблюдение правил гигиены полости рта</p> <p>6. Явления гальванизма в полости рта</p> <p>7. Привычка употреблять горячую пищу</p>	<p>1 2 3</p> <p>– 1 2</p> <p>1 2 3</p> <p>1 2 1 1 1</p>
Показатели, косвенно характеризующие состояние противоопухолевого иммунитета	<p>1. Возраст (лет): 40–49 50–59 60 и старше</p> <p>2. Регулярное употребление алкоголя: до 10 лет 10–20 лет свыше 20 лет</p> <p>3. Отягощенная наследственность (опухоли у ближайших родственников)</p> <p>4. Наличие в прошлом или в настоящий момент злокачественной опухоли другой локализации</p> <p>5. Сопутствующие заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитом</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p> <p>1 1 1</p>
Показатели индивидуальной восприимчивости к действию бластомогенных факторов и стадии канцерогенеза	<p>1. Обязательные предраковые заболевания: болезнь Боуэна, эритроплакия</p> <p>2. Факультативные предраковые заболевания с большей вероятностью озлокачествления (по А.Л. Машкаллейсону [4]): эрозивная и веррукозная формы лейкоплакии, папилломатоз</p> <p>3. Факультативные предраковые заболевания с меньшей вероятностью озлокачествления (по А.Л. Машкаллейсону): лейкоплакия плоская, хронические язвы, эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая и красной волчанки, папиллома, постлучевой стоматит</p> <p>4. Фоновые состояния: рубцы после травм, ожогов, оперативных вмешательств; доброкачественные соединительнотканые опухоли, типичная форма красного плоского лишая и т.д.</p>	<p>14</p> <p>8</p> <p>4</p> <p>2</p>

- Баллы, зарегистрированные пациентом и врачом, суммируются. Если их сумма составляет 16 баллов и более, пациента включают в группу повышенного риска. Пациенты, входящие в эту группу, подлежат диспансеризации с оформлением соответствующей учетной документации. Диспансеризацию осуществляет специалист по заболеваниям слизистой оболочки полости рта или хирург-стоматолог на базе стоматологических отделений поликлиник.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

- Развитие раковых опухолей органов полости рта делят на 3 периода или фазы: начальный, развитой и период запущенности. Начальный период. В начальный период развития рака полости рта выделяют три анатомические формы: · Язвенную · Узловатую · Папиллярную

- **Язвенная** форма наблюдается наиболее часто. Консервативное лечение (использование кератопластических препаратов) не эффективно. Раковая язва имеет вид кратера с приподнятыми вывернутыми валикообразными плотными краями. Дно язвы выполнено опухолевыми бугристыми плотными разрастаниями с некротическими участками и гнойным отделяемым. **Узловатая** форма проявляется уплотнением в слизистой оболочке с белесоватыми пятнами вокруг. Уплотнения обычно имеют четкие границы и развиваются быстрее, чем при язвенной форме. **Папиллярная** форма характеризуется наличием плотных выростов над слизистой оболочкой, целостность которой не нарушена. Очаг имеет тенденцию к быстрому росту.

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

РАЗВИТОЙ ПЕРИОД

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

ЭНДОФИТНАЯ ГРУППА

- Эндофитная группа включает в себя: · Язвенно-инфильтративную форму, которая встречается часто (41,1%). Язва располагается на массивном опухолевом инфильтрате. Границы инфильтрата определить невозможно, он распространяется в глубжележащие ткани. Язва часто принимает вид глубокой щели. · Инфильтративную форму, которая характеризуется диффузным поражением органа. Слизистая оболочка над опухолью не изъязвляется.

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

ПЕРИОД ЗАПУЩЕННОСТИ

- Рак органов полости рта быстро распространяется, разрушает окружающие ткани. Рак языка быстро инфильтрирует дно полости рта, глотку, небные дужки. Рак СООПР – альвеолярный отросток, края тела челюсти, кость, щеку, дно полости рта, кожу и т.д. Рак слизистой оболочки дистальных отделов полости рта протекает более злокачественно, чем передних.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА И СООПР

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

- У пациентов рано возникают болезненные ощущения и функциональные нарушения: жевания, глотания, речи. Затруднение и ограничение подвижности языка свидетельствуют о наличии опухолевого инфильтрата. Особенно четкие данные дает пальпация. Возможно несоответствие размеров маленькой язвы и большого и глубокого инфильтрата вокруг язвы. Размеры опухоли языка увеличиваются в направлении от кончика к корню, возможно распространение опухоли за среднюю линию языка. По мере роста опухоли боль приобретает постоянный характер, более интенсивно иррадирует по зонам ветвей тройничного нерва.

ЛИМФОМЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

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

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕК

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

РАК ДНА ПОЛОСТИ РТА

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

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

ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

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

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НЕБА

- На твердом небе чаще развиваются злокачественные опухоли, исходящие из малых слюнных желез (аденокистозная карцинома – цилиндрома, аденокарцинома). Плоскоклеточный рак слизистой оболочки твердого неба развивается редко. Часто имеют место вторичные опухоли, в результате распространения рака верхней челюсти, носовой полости. На мягком небе новообразования, исходящие из малых слюнных желез наблюдаются редко, и абсолютное большинство опухолей составляет плоскоклеточный рак.

- Плоскоклеточный рак твердого неба быстро изъязвляется, вызывая неприятные ощущения или боли. Основная жалоба – наличие опухоли на твердом небе, т.к. новообразования, исходящие из малых слюнных желез, длительное время остаются инкапсулированными. По мере увеличения размеров опухоли, усиливается ее давление на слизистую оболочку, появляется участок изъязвления, присоединяется вторичная инфекция и возникает боль.

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

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

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

- При раке слизистой оболочки щеки, дна полости рта и альвеолярного отростка нижней челюсти метастазирование происходит чаще в подчелюстные лимфатические узлы. Реже в подподбородочные лимфатические узлы: при раке передних отделов указанных органов. Злокачественные опухоли задних отделов СООПР метастазируют в средние и верхние яремные лимфатические узлы. Из опухолей, располагающихся на язычной поверхности десен, метастазирование происходит еще в позадиглоточные лимфатические узлы недоступные для пальпации. Отмечается развитие коллатеральных и двусторонних метастазов на шее.

ОТДАЛЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

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

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

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

ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

- Условно лечение делят на два этапа: - лечение первичного очага; - лечение регионарных метастазов.

ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

- У больных раком языка и дна полости рта широко используется лучевая, химиолучевая терапия и хирургическое вмешательство. Использование 29 дистанционной лучевой терапии на зону лимфатических узлов шеи в СОД 50- 70 Гр и сочетанной (дистанционной и брахитерапии) на первичный очаг в СОД 60-80 Гр позволяет при ранних стадиях заболевания (Т1-2) достигнуть регрессии опухоли на 80-100%. При злокачественных опухолях, локализованных в других участках полости рта, таких как альвеолярный отросток или слизистая оболочка, хороший терапевтический эффект достигается также после хирургической операции с послеоперационной лучевой терапией.

- При злокачественных опухолях, соответствующих Т3-4 , проводится комплексное лечение, включающее неоадьювантную химиотерапию, предоперационную лучевую терапию, хирургическое лечение и послеоперационную лучевую терапию до СОД 70 Гр. Среди хирургических подходов при первичном раке применяются внутриротовые, трансцервикальные и комбинированные операции

- При лучевой терапии обычно используются 2 противоположащих поля. У больных с опухолями, соответствующими Т3-4, поля облучения включают всю полость рта. Запас в 1-2 см нормальных тканей должен быть запланирован всегда, за исключением больных с опухолями переднего отдела полости рта. У больных раком слизистой оболочки полости рта без клинически определяемых метастазов рекомендуется применение брахитерапии, однако общая доза и общее время лечения должны строго соблюдаться.

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

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯЗЫКА

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

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

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

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

ЛЕЧЕНИЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- Опухоли в стадии T1 могут быть легко удалены хирургически, либо подвергнуты лучевой терапии с СОД 70Гр за 6-7 недель с равным терапевтическим эффектом. Если опухоль примыкает к нижней челюсти, следует проводить краевую континуитальную резекцию нижней челюсти. У других больных необходима сегментарная резекция. После операции обязательна дистанционная лучевая терапия в СОД 50 Гр.

- При распространенном опухолевом процессе проводится комбинированное лечение, включающее предоперационное химиолучевое или лучевое воздействие, хирургическое вмешательство и послеоперационную лучевую 31 терапию. При проведении операции может быть показана резекция нижней челюсти, гемилингвэктомия, шейная диссекция и пластическое замещение дефекта. Зоны регионарного метастазирования подвергаются лучевому воздействию в СОД 40-70 Гр, а при остальных метастазах необходима радикальная шейная диссекция.

- В целом, при такой распространенности опухолевого процесса, 40% пациентов можно считать условно здоровыми; 5-летняя выживаемость при 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.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯЗЫКА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

- 1-2 стадия (T1-2 N0M0) Дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40-70Гр, включающая поднижнечелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40Гр выполняется резекция языка, гемилингвэктомия или резекция мягких тканей полости рта.

- 3-4А стадии (T1-2 N1-3M0). Принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при первой стадии, но у больных с недостаточной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная диссекция.

- 3-4В стадии (Т3-4 N1-3M0). Лечение комплексное: неоадьювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости – с пластическим возмещением дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и поднижнечелюстной области в СОД 40-50Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведенного лечения: продолжение лучевой терапии до СОД 70 Гр или радикальная шейная диссекции.

ЛЕЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ

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

ВАРИАНТЫ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

- У больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области выполняются 4 типа лимфаденэктомий . 1. Операция Ванаха. 2. Верхняя шейная эксцизия .(ВШЭ) 3. Фасциально - футлярная эксцизия.(ФФЭ) 4. Операция Дж. Крайля.

ОПЕРАЦИЯ ВАНАХА

- Показания: рак нижней губы 1 стадии (T1) ; подозрение на метастаз в подподбородочной области; необходимость выполнения расширенной биопсии лимфоузлов подподбородочной или поднижнечелюстной областей. Границы операционного поля: верхняя – нижний край нижней челюсти, нижняя - уровень подъязычной кости; латеральные - задние брюшки двубрюшных мышц. Объем удаляемых тканей: обе поднижнечелюстные слюнные железы, клетчатка, лимфатические узлы обеих поднижнечелюстных и подбородочной областей.

ВЕРХНЯЯ ШЕЙНАЯ ЭКСЦИЗИЯ

- Показания: рак нижней губы, кожи лица (T2-3), передних отделов слизистой оболочки полости рта, щеки, саркома нижней челюсти. Границы операционного поля: верхняя – нижний край нижней челюсти с соответствующей стороны, нижняя – уровень верхнего края щитовидного хряща, медиальная - средняя линия шеи, латеральная – передний край жевательной мышцы. ЗЗ Объем удаляемых тканей: клетчатка, фасции, лимфоузлы, в вышеуказанных границах, содержимое поднижнечелюстных и подбородочного треугольников.

ФАСЦИАЛЬНО - ФУТЛЯРНАЯ ЭКСЦИЗИЯ.

- Показания: профилактическое иссечение лимфоузлов при злокачественных опухолях дистальных отделов органов полости рта. Границы операционного поля: верхняя – нижний край нижней челюсти, нижняя – верхний край ключицы, медиальная – средняя линия шеи, латеральная – передний край трапециевидной мышцы. Объем удаляемых тканей: в едином блоке удаляют клетчатку, лимфатические узлы, поднижнечелюстные слюнные железы, фасции в указанных границах.

ОПЕРАЦИЯ ДЖ. КРАЙЛЯ.

- Показания: множественные метастазы в глубокие лимфоузлы шеи, наличие ограниченно смещаемых метастазов, спаянных с кивательной мышцей, стенкой яремной вены, с фасциальными футлярами. Границы операционного поля: те же, что и при ФФЭ. Объем удаляемых тканей: тот же, что и при ФФЭ плюс кивательная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв.

СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ

- Первые полгода - ежемесячно; Вторые полгода – через 1,5 – 2 месяца; Второй год – через 3-4 месяца; Третий-пятый годы – через 4-6 месяцев; После пяти лет – через 6-12 месяцев;

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Результаты лечения рака слизистой оболочки органов полости рта первой и второй стадий, (размеры опухоли не более 4см), составляют 60-94% 5- 34 летнего излечения при раке 1-ой стадии и до 65% - при второй стадии. Результаты лечения рака 3-ей стадии представлены на следующем слайде. При 4-ой стадии рака излечения удается достигнуть лишь у отдельных больных.

Метод лечения	5-летняя излеченность (в%)
Лучевой	16-25
Химиолучевой	До37
Хирургический	27-35
комбинированный	15-37

РЕАБИЛИТАЦИЯ

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

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



КОНЕЦ

Спасибо за внимание!