


**Осуществление медицинских услуг  
пациентам с опухолями кожи,  
нижней губы, ротовой полости,  
щитовидной железы**

# Рак кожи

- **Рак кожи** — обобщённое название злокачественных эпителиом кожи
- Классификация
- К раку кожи обычно относят следующие виды злокачественных опухолей кожи:
- базалиому (базально-клеточную карциному, развивающуюся из базальных клеток кожного эпителия);
- сквамозно-клеточную карциному (плоскоклеточный рак);
- меланому.
- Меланому часто исключают из списка заболеваний, отождествляющихся с раком кожи.

- 
- Факторы риска:
  - Факторами риска развития рака кожи могут являться:
  - ультрафиолетовое и ионизирующее излучение;
  - воздействие химических канцерогенов, попадающих на кожу;
  - курение;
  - прием препаратов, ослабляющих иммунитет (иммуносупрессоров);
  - семейная предрасположенность (генетические особенности организма).

- Признаки заболевания [[править](#) | [править вики-текст](#)]
- Появление на поверхности кожи небольшого пятна, серо-желтого узелка или блестящей бляшки.
- На ранних стадиях заболевание не имеет субъективных проявлений и никакого дискомфорта не причиняет.
- При увеличении опухоли, она может начать зудеть, чесаться, появляется ощущение дискомфорта, покалывания.
- Далее в середине новообразования может появиться небольшая мокнущая язва. Иногда она начинает кровоточить или покрываться корочкой.
- Середина этого образования может зарубцеваться, но при этом сохраняется склонность к периферическому росту.
- При пальпации основания этого новообразования можно ощутить некоторую уплотненность тканей, хотя признаков воспаления нет.
- Подобные симптомы рака кожи должны насторожить человека и заставить его пройти более тщательное обследование.

- Базальноклеточный рак кожи
- Опухоль медленно растет, не склонна к появлению метастаз и лишь в редких случаях прорастает в глубокие слои кожи. Чаще всего она выглядит как небольшое, диаметром в несколько миллиметров, образование на поверхности кожи, слегка припухшее. На его поверхности можно рассмотреть тонкую сетку кровеносных сосудов. С увеличением опухоли на её поверхности начинают появляться небольшие язвочки.
- **Первые признаки рака кожи этого типа зависят от разновидности заболевания:**
- **Солидная (узелковая).** Опухоли этой формы выглядят как небольшие узелки, окруженные сосудистой сеткой.
- **Язвенный.** В этом случае на поверхности кожи появляются язвочки или другие нарушения поверхности, которые склонны к кровоточивости.
- **Пигментный.** При такой форме поверхность опухоли меняет цвет на более темный.

- Папиллярный (плоскоклеточный) рак кожи [[править](#) | [править вики-текст](#)]
- Папиллярный рак [кожи](#) — это ещё одна форма плоскоклеточного. Другое его название — фунгозная, т.е. грибовидная, что точнее передает суть этого [заболевания](#).
- Внешне такая опухоль выглядит как гриб: массивный узел на ножке или широком основании. Они часто покрываются корками [папиллом](#), приобретая вид [цветной капусты](#), легко кровоточат.
- Эта опухоль встречается чаще у лиц мужского пола. Локализуется особенно часто на нижней губе (95% раковых опухолей этой локализации), на нижней части туловища, [половых органах](#) и [конечностях](#). Плоскоклеточный рак почти всегда развивается из предраковых заболеваний [кожи](#) и [слизистых оболочек](#). На первом месте стоят рубцы после [ожогов](#) и [травм](#), [свищи](#), длительно не заживающие [язвы](#), затем старческие кератозы и лейкоплакии.

- Клинически эта форма рака кожи в начальной стадии представляет собой возвышающееся образование размером с косточку вишни, покрытую ороговевшими сосочками, быстро проникающими в дерму. Узел очень плотный, кожа над ним меняет свой цвет от розового до красновато-лилового. Опухоль растет довольно быстро, скоро образует кратерообразную язву с выпуклыми плотными краями. Дно язвы бледно-красного цвета, бугристое или ворсинчатое, легко кровоточит, при дотрагивании можно выдавить округлое или цилиндрическое зернышко — раковые жемчужины, состоящие из ороговевающих клеток. Отделяемое из язвы скудное с примесью омертвевших частей тканей. Опухоль характеризуется быстрым ростом и поражением лимфатических узлов. Согласно данным литературы, до 5% всех видов рака кожи образуют смешанные спинобазоцеллюлярные формы рака. При этой форме центр состоит из ороговевающих клеток, а периферия — из базоцеллюлярных клеток или же эти клетки находятся рядом.

- Меланома
- Ещё одна достаточно частая и крайне агрессивная форма рака кожи — это меланома. Она склонна к быстрому появлению метастазов, которые через кровь и лимфу разносятся по всему организму, становясь причиной развития вторичных опухолей.
- Меланома развивается из пигментированных клеток кожи, чаще всего — невусов (родинок). Выглядит она как быстро растущее пигментированное пятно на коже. Со временем оно начинает мокнуть, кровоточить, вызывать зуд или жжение. Одновременно с этим увеличиваются региональные лимфатические узлы.
- Но первые признаки рака кожи этого типа можно обнаружить, отслеживая изменение родинок. К врачу необходимо обращаться, если они поменяли цвет, стали увеличиваться в размерах, менять форму, кровоточить, чесаться или в любом другом виде вызывать беспокойство.
- Но если говорить про первые признаки рака кожи в общем виде, то достаточно запомнить одно правило: если на коже появилось какое-то новообразование, особенно вызывающее беспокойство, его стоит показать дерматологу. Удаление подозрительной опухоли — это простая и быстрая процедура, но она может спасти больному жизнь.



- Лечение
- Чаще всего применяется хирургическое вмешательство — иссечение опухоли, криодеструкция (удаление при воздействии низкой температуры) или электрокоагуляция (удаление при воздействии тока) опухоли.
- Также может применяться лучевая терапия, главным образом в случаях, когда невозможно удалить опухоль хирургическим иссечением из-за её расположения (в углу глаза, на носу и т. д.).
- **Лучевая терапия**
- Из всех существующих методов лечения рака кожи лучшие результаты дает лучевая терапия. Это в первую очередь относится к опухолям кожи лица. Учитывая, что на коже лица бывают базальноклеточные раки, лучевая терапия обеспечивает высокий процент излечений с хорошим косметическим эффектом.
- Лучевая терапия рака кожи имеет следующие преимущества перед хирургическим лечением: он является бескровным, безболезненным способом лечения, дает прекрасный косметический эффект.



- **Показания к лучевой терапии рака кожи**

- при первичных раках кожи;

- при метастатических раках кожи;

- с профилактической целью после оперативного вмешательства;

- при рецидивах.

- **Результаты лучевой терапии рака кожи**

- Результаты зависят от:

- 1) морфологической картины;

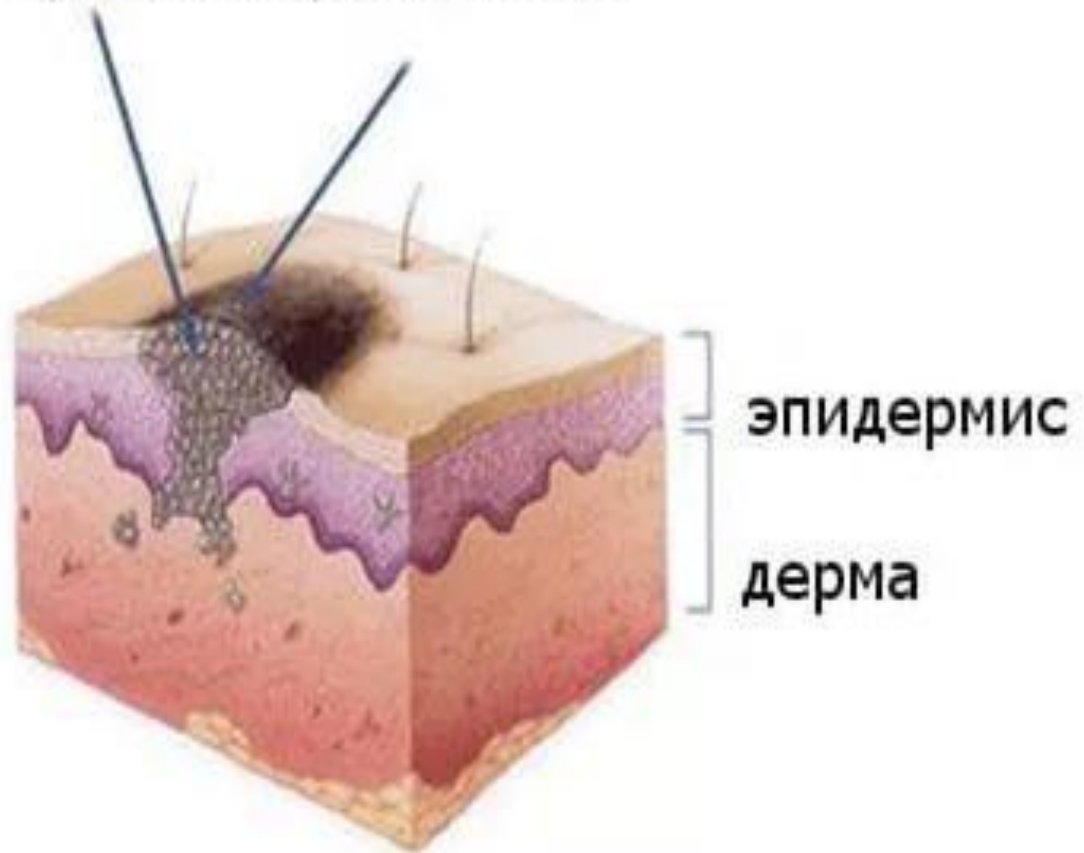
- 2) локализации и почвы, на которой развивается рак;

- 3) методики лечения.

- Прогноз
- Прогноз при раке кожи и результаты его лечения зависят от стадии, формы роста, локализации, гистологической структуры опухоли и метода лечения её. В целом рак кожи протекает благоприятнее, чем рак внутренних органов. Поверхностные формы опухоли более благоприятны для прогноза, чем глубокопроникающие, инфильтрирующие или папиллярные. При базальноклеточном раке кожи прогноз лучше, чем при плоскоклеточном типе опухоли.
- При I—II стадии заболевания возможно 80—100% излечение рака кожи. При распространенных формах рака (III стадия) и особенно при рецидивах результаты значительно ухудшаются и составляют 40—50%. По сводным данным онкологов, стойкое выздоровление при раке кожи достигается в 70—80% случаев.



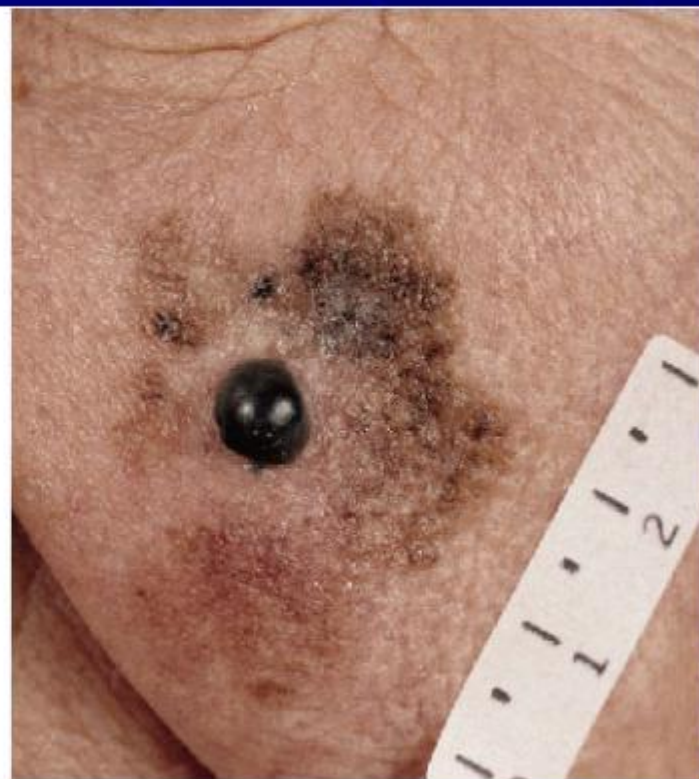
# признаки рака кожи



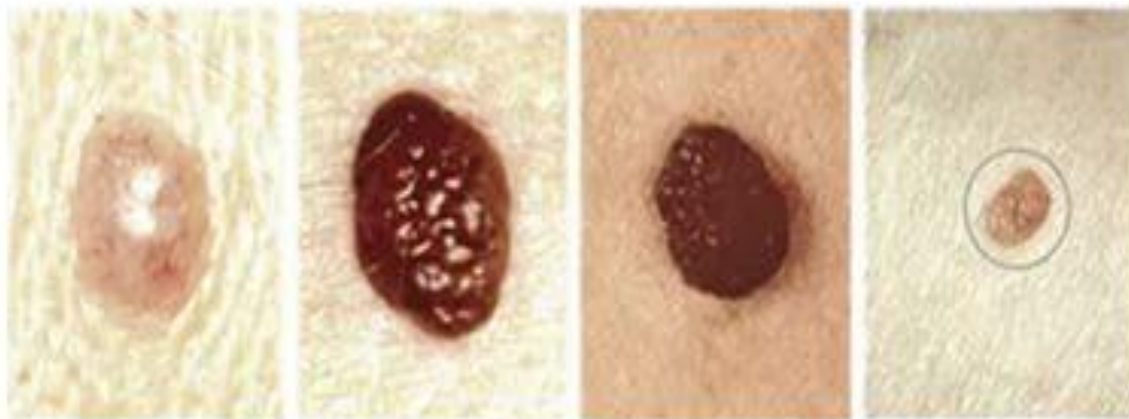
# Базально-клеточный рак кожи (базалиома)



# МЕЛАНОМА (lentigo maligna)



Нормальная  
родинка



**Меланома**



Ассиметрия

Неровные  
края

Цвет

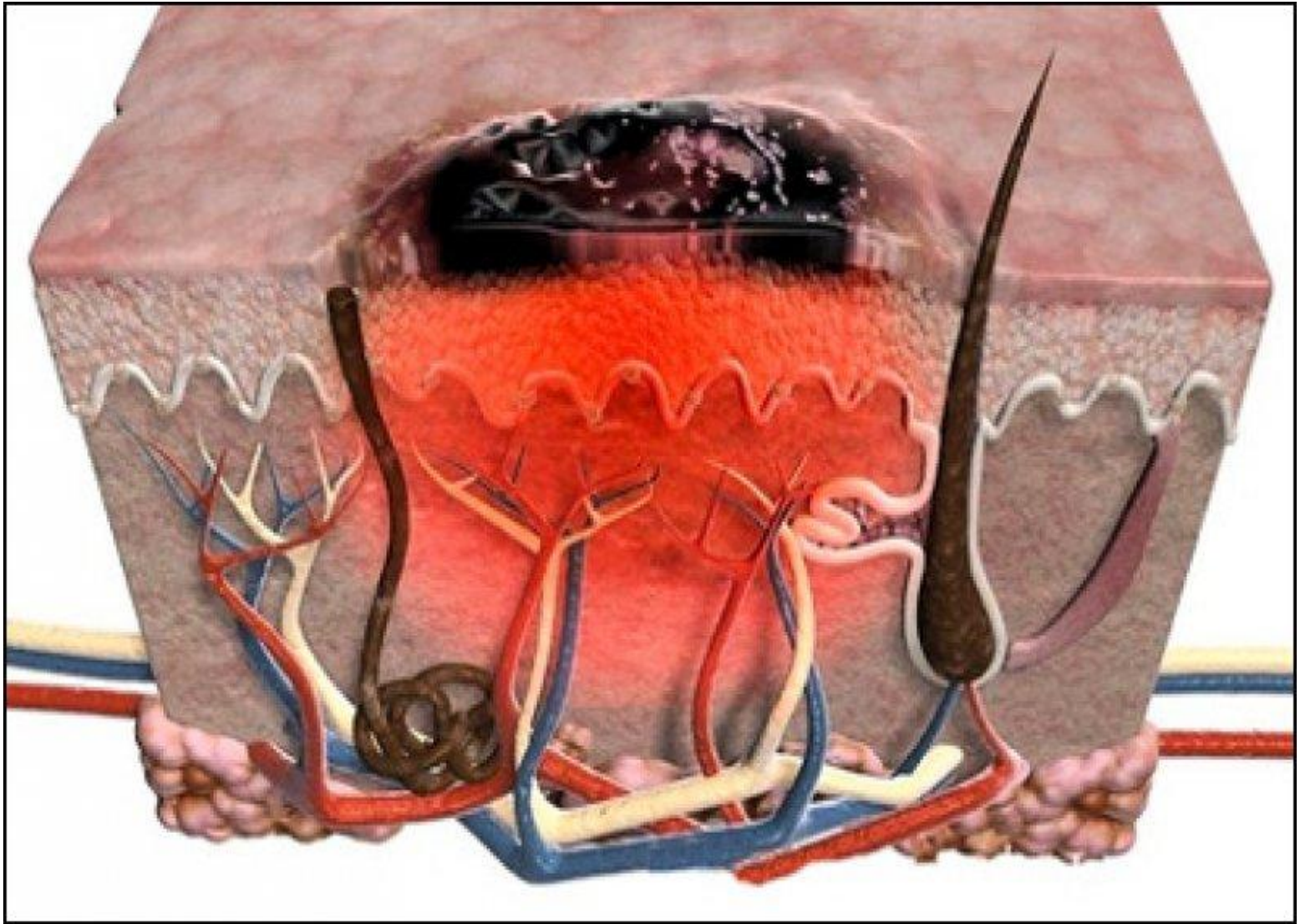
Размер от  
6 мм в  
диаметре



# Болезнь Боуэна (плоскоклеточный рак *in situ*)







- **Рак губы** — злокачественное новообразование, происходящее из клеток покровного эпителия красной каймы губ.
- Заболеваемость
- Рак губы составляет около 3 % всех злокачественных опухолей (8-9 место). Рак верхней губы распространён значительно меньше, чем рак нижней губы — он встречается в 2-5 % случаев рака губы, но при этом отличается более агрессивным течением.
- Мужчины страдают этим видом рака чаще, чем женщины (более 76 % случаев). Пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. Рак губы чаще всего встречается в сельской местности.

- Этиология и патогенез[
- К причинам возникновения рака губы относятся:
- воздействие солнечного света
- частое воздействие высокой температуры
- частые механические травмы
- курение (особенно трубки), жевание табака
- химические канцерогены:  
соединения мышьяка, ртути, висмута, антрацит, жидкие смолы, продукты перегонки нефти
- алкоголь
- частое употребления насвая
- вирусные инфекции
- хронические воспалительные процессы
- К облигатным предраковым состояниям относят очаговые дискератозы и папилломы, которые проявляются гиперкератозом и лейкоплакией. Значительной склонностью к злокачественному перерождению обладают эритроплакии, диффузные дискератозы, кератоакантомы.
- Факультативными предраковыми состояниями являются хейлит, хронические язвы, трещины губы и эрозивные формы плоского лишая.

- Формы злокачественного роста
- Рак губы имеет строение плоскоклеточного ороговевающего (95 %) или неороговевающего рака. Плоскоклеточный ороговевающий рак проявляет себя медленным экзофитным ростом, малой инфильтрацией окружающих тканей, редким метастазированием и сравнительно поздним изъязвлением. Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны быстрый эндофитный рост, раннее изъязвление и метастазирование, выраженная инфильтрация окружающих тканей.
- Метастазирует рак губы преимущественно лимфогенно в регионарные лимфатические узлы — подбородочные, подчелюстные, в район яремной вены. При I стадии метастазы наблюдаются в 5-8 % случаев, во II — 15-20 %, в III — 35 %, при IV — в 70 % случаев.
- Гематогенное метастазирование наблюдается значительно реже — в 2 % случаев, обычно — в лёгкие.
- Клинически рак губы делят на 3 формы:
  - Папиллярная
  - Бородавчатая (на почве диффузного продуктивного дискератоза)
  - Язвенная и язвенно-инфильтративная (развивается из эритроплакии) — наиболее злокачественная форма

- Классификация
- Согласно TNM-классификации опухоли определяют:
- Первичная опухоль:
- $T_x$  — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- $T_0$  — первичная опухоль не определяется.
- $T_{is}$  — неинвазивный рак (carcinoma in situ).
- $T_1$  — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.
- $T_2$  — опухоль до 4 см в наибольшем измерении.
- $T_3$  — опухоль более 4 см в наибольшем измерении.
- $T_{4a}$  — опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, гайморову пазуху,
- кожу.
- $T_{4b}$  — опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки или основание черепа, или затрагивает внутреннюю сонную артерию.

- N — регионарные лимфатические узлы.
- N<sub>x</sub> — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
- N<sub>0</sub> — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N<sub>1</sub> — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении.
- N<sub>2</sub> — метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатические узлы шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.
- N<sub>2a</sub> — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.
- N<sub>2b</sub> — метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.
- N<sub>2c</sub> — метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.
- N<sub>3</sub> — метастазы в лимфатических узлах более 6 см в наибольшем измерении.
- M — отдалённые метастазы.
- M<sub>x</sub> — недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.
- M<sub>0</sub> — нет признаков отдалённых метастазов.
- M<sub>1</sub> — имеются отдалённые метастазы.



- Группировка по стадиям.
- Стадия 0 —  $T_{is}$ .
- Стадия I —  $T_1 N_0 M_0$ .
- Стадия II —  $T_2 N_0 M_0$ .
- Стадия III —  $T_{1-2} N_1 M_0, T_3 N_{0-1} M_0$ .
- Стадия IVA —  $T_{1-3} N_2 M_0$ .
- Стадия IVb T4b любая NM0, любая T при  $N_3 M_0$ .
- Стадия IVc любая T, любая N при  $M_1$ .

- Клиническая картина
- Рак губы всегда возникает на фоне другого заболевания губы и никогда — из здоровой ткани. Иногда рак возникает из лейкоплакии или трещины, иногда — из папилломы или бородавчатой формы дискератоза.
- Вначале появляется небольшое уплотнение, выступающее над поверхностью губы. В центре новообразования возникает эрозия или язва с зернистой поверхностью и валикообразным краем. Образование имеет нечёткие границы и постепенно увеличивается в размерах. Опухоль покрыта плёнкой, удаление которой является болезненным. Под плёнкой видны бугристые разрастания.
- Опухоль постепенно растёт, разрушая окружающие ткани и значительно инфильтрируясь. К новообразованию присоединяется вторичная инфекция. Инфильтрат распространяется на щёку, подбородок, нижнюю челюсть. Регионарные лимфоузлы вначале плотные, безболезненные и подвижные. По мере роста метастазов лимфоузлы увеличиваются в размерах, прорастают соседние ткани и теряют подвижность. В запущенных стадиях метастазы превращаются в большие распадающиеся инфильтраты.
- Постепенно нарушается питание, присоединяется распад тканей, развивается кахекси

- При диагностике проводят:
- осмотр и пальпацию губы, щеки и дёсен, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей
- осмотр и пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон
- рентгенологическое исследование грудной клетки
- УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости (по показаниям)
- рентгенографию нижней челюсти, ортопантомографию (по показаниям)
- мазки-отпечатки для цитологического исследования (при изъязвлении) или биопсию зоны поражения
- биопсию лимфатических узлов шеи при их увеличении
- Кроме того, необходимо провести дополнительную дифференциальную диагностику, чтобы исключить:
- паракератоз и акантоз
- венерические заболевания (твёрдый шанкр)
- лейкоплакию
- ограниченный гиперкератоз;
- хейлит Манганотти
- папиллому
- кератоакантому
- кожный рог
- эрозивно-язвенную форму системной красной волчанки и красного плоского лишая

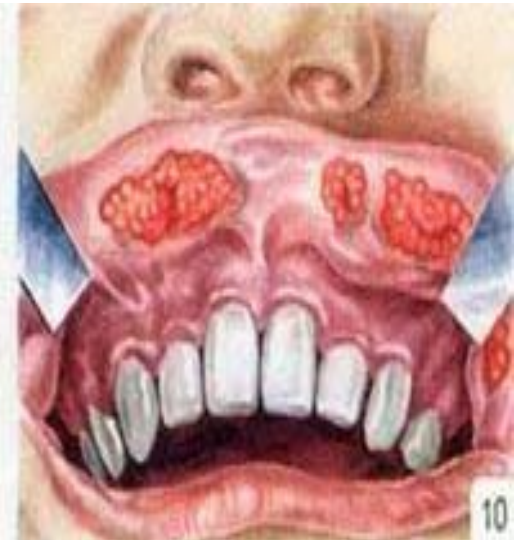
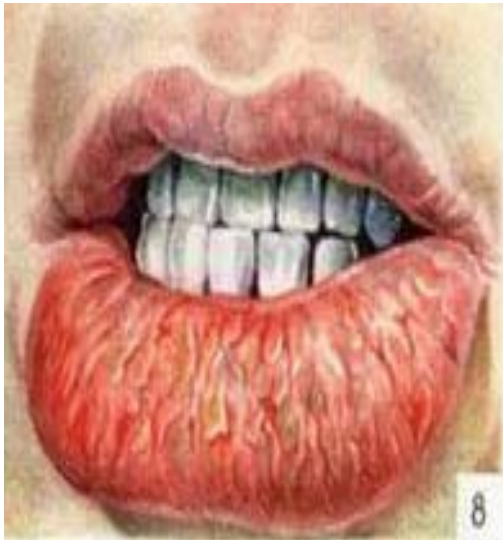
Лечение рака губы проводится комбинированным способом и предусматривает излечение как первичного очага, так и зон первичного метастазирования.

- I стадия: хирургический и лучевой метод лечения. При иссечении патологического очага дополнительно проводят операции Ванаха или Крайля. Это проводится для профилактики распространения метастазов. Проводят иссечение губы на 1,5-2 см в обе стороны инфильтрата либо (чаще) — короткофокусную рентгенотерапию (60 Гр) или внутритканевую терапию. Лимфоузлы берут на динамическое наблюдение
- II стадия — рентгенотерапия первичного очага, через 2-3 недели — верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки
- III стадия — первичный очаг излечивают лучевым методом на гамма-терапевтических установках. В остатки опухоли внедряют иглы с радиоактивным препаратом. Остаточная опухоль убирается резекцией губы. После полной регрессии опухоли делают одномоментно двустороннюю фасциально-футлярную экцизию. При наличии регионарных метастазов операции предшествует лучевая терапия в СОД 30—40 Гр одновременно с лучевой терапией первичной опухоли. Этим добиваются уменьшения размеров лимфоузлов. При ограничении смещаемости лимфоузлов делают операцию Крайля
- IV стадия — комплексное лечение: неоадьювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли. При этом обязательно облучают регионарные зоны шеи и подчелюстной области в дозе 40—50 Гр с обеих сторон
- IVС стадия — паллиативная химиолучевая терапия

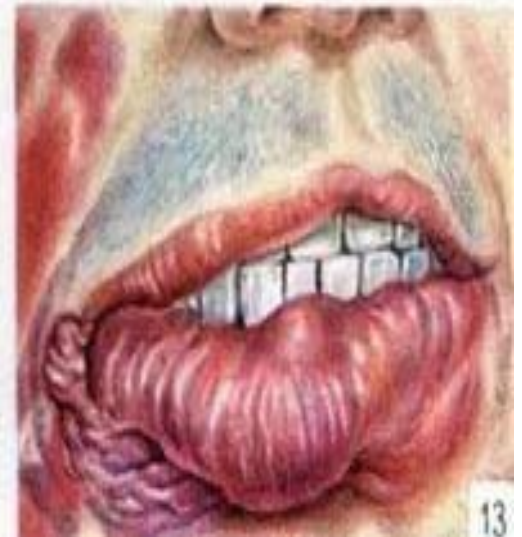
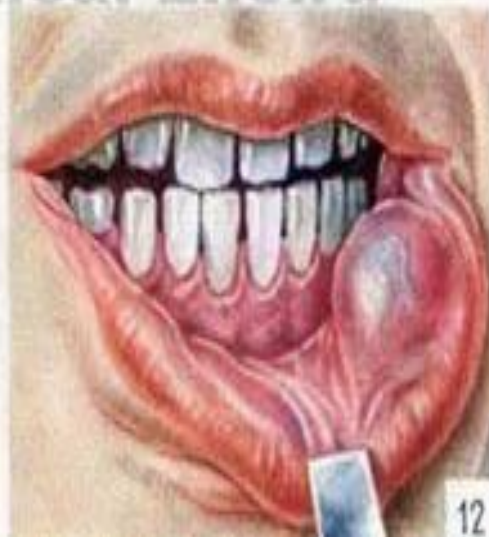
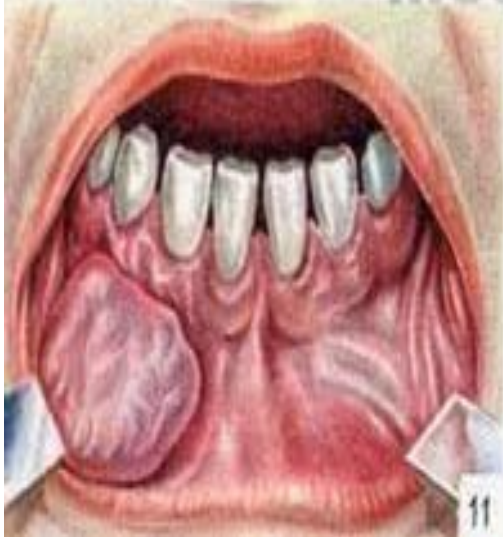
- Лечение подчелюстных метастазов проводят операцией Ванаса (удаление подбородочных и подчелюстных лимфатических узлов с подчелюстными слюнными железами с обеих сторон), при многочисленных, ограниченно подвижных или больших размеров метастазах в глубокие яремные или надключичные лимфатические узлы выполняют операцию Крайля (удаление внутренней яремной вены, грудино-ключично-сосцевидной мышцы, добавочного нерва; операцию выполняют с одной или поочередно с обеих сторон).
- Химиотерапия ввиду малой эффективности широкого применения не нашла. Она используется при лечении отдалённых метастазов. Химиотерапия проводится препаратами платины, фторурацилом, метотрексатом, блеомицином.
- Фотодинамическая терапия — лазерное воздействие на опухоль с предварительным введением в неё фотосенсибилизирующего препарата. Используется при ограниченных поверхностных поражениях.
- В некоторых случаях в I—III стадиях применяется криогенный метод, при котором можно избежать применения хирургического, лучевого и химиотерапевтического лечения. Его используют также при лечении рецидивов опухоли.

- Прогноз
- Прогноз рака нижней губы зависит от стадии заболевания, возраста больного, степени дифференцировки клеток рака, чувствительности опухоли к лучевому воздействию. Полное излечение при раке губы I—II стадий достигает 97-100 %, на III стадии и ограниченных рецидивах — до 67-80 %. При IV стадии и распространенных рецидивах прогноз заметно хуже — 55 %.



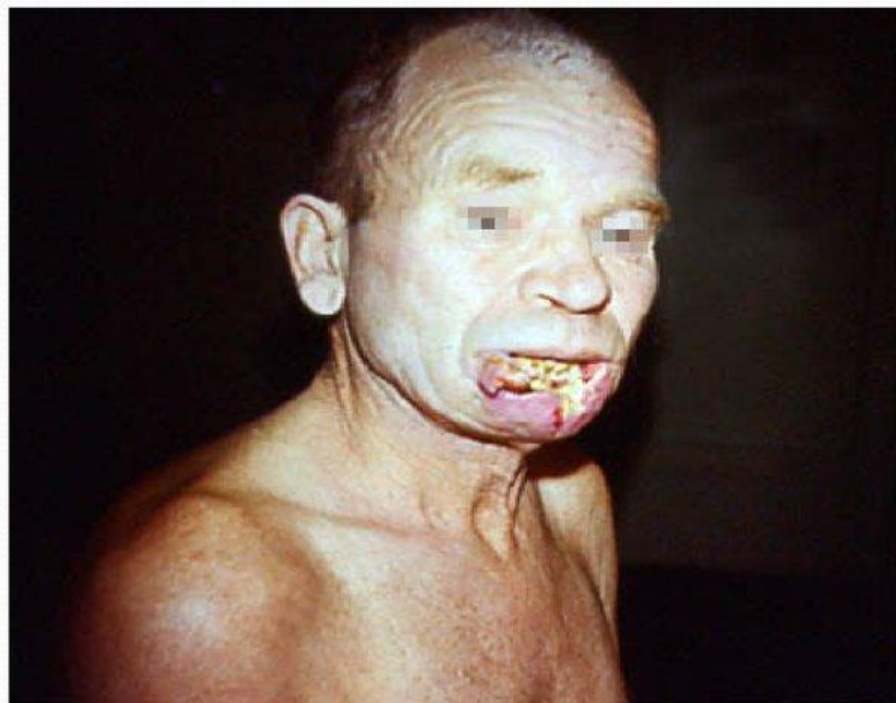


Medical-Enc.ru





Инфильтративно- язвенный рак нижней губы с распадом. Тотальное поражение



- **Злокачественные опухоли полости рта** — злокачественные новообразования, происходящие из эпителия полости рта и подлежащих тканей.
- Заболеваемость злокачественными новообразованиями полости рта определяется бытовыми привычками, питанием, воздействием внешней среды. Основную долю (65 %) занимают опухоли языка, далее следуют опухоли слизистой оболочки щёк (12,9 %), дна ротовой полости (10,9 %), слизистой оболочки альвеолярных отростков верхней челюсти и твёрдого неба (8,9 %), мягкого нёба (6,2 %), слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти (5,9 %), язычка мягкого нёба (1,5 %), передних нёбных дужек (1,3 %).
- Этими заболеваниями мужчины страдают в 5-7 раз чаще, чем женщины. Пик заболеваемости приходится на возраст 60-70 лет, но риск заболеть возрастает с 40 лет. Тем не менее, этот вид заболевания иногда встречается и у детей. Особый риск заболеть возникает при злоупотреблении алкоголем, курении, жевании бетеля и насвая. Определённую опасность представляет постоянное травмирование слизистой оболочки коронкой зуба, пломбой или зубным протезом. В группу риска входят люди, работающие на вредных производствах (воздействие вредных веществ, повышенных температур и др.). Влияние характера питания на заболеваемость заключается в недостатке витамина А, употреблении слишком горячей и острой пищи.

- Этиология и патогенез
- Среди злокачественных опухолей полости рта чаще всего встречается рак.  
Заболеваемость меланомой и саркомой значительно ниже. В 95 % случаев наблюдается плоскоклеточный ороговевающий рак. По гистологической классификации рак полости рта имеет 4 типа:
- Carcinoma in situ. Наблюдается редко. Эпителий прошёл стадию малигнизации клеточного полиморфизма, но базальная мембрана не повреждена.
- Плоскоклеточный рак, проросший подлежащую соединительную ткань:
  - ороговевающий плоскоклеточный рак (веррукозная карцинома): опухолевая масса имеет большие участки ороговевшего эпителия («раковые жемчужины»), быстро разрушает соседние ткани;
  - ороговевающий плоскоклеточный рак: разрастания атипичных масс изменённого эпителия без ороговения; агрессивная опухоль;
  - Низкодифференцированный рак с клетками веретенообразной формы, напоминающими клетки саркомы; самая злокачественная разновидность.

- Среди сарком полости рта встречаются:
- фибросаркома
- липосаркома
- лейомиосаркома
- рабдомиосаркома
- хондросаркома
- ангиосаркома
- гемангиоперицитомы
- Опухоли задних отделов полости рта значительно агрессивнее, чем передних.

- Клиническое течение
- **Начальный период развития заболевания**
- Начальный период заболевания протекает бессимптомно: опухоль проявляется в виде безболезненных узелков, язв и трещин. На этой стадии к врачу обращаются редко. Появление болей чаще всего связывают с тонзиллитом, заболеваниями зубов, невралгией и др.
- Наиболее часто встречается язвенная форма опухоли, которая в половине случаев имеет быстрый рост. Более быстро растёт узловатая форма в виде уплотнений слизистой оболочки. Папиллярная форма имеет вид плотных разрастаний.
- **Развитой период**
- На этой стадии присоединяется боль, имеющая вначале локальный характер, но затем иррадирующая в различные области головы, ухо, виски. Опухоль вызывает повышенное слюноотделение. К опухоли присоединяется вторичная инфекция, маскирующая основное заболевание; с распадом опухоли появляется гнилостный запах.
- Экзофитная папиллярная форма имеет вид грибовидных разрастаний с папиллярными выростами и встречается в 25 % всех случаев. Язвенная форма имеет вид кратерообразной язвы с валиком активного роста. Эндофитная форма встречается в 41 % случаев в виде язвы на опухолевом узле без чётких границ.
- **Запущенный период**
- На этой стадии опухоль широко распространена и разрушает прилежащие ткани.

- Отдельные разновидности рака полости рта
- **Рак языка**
- Рак языка чаще всего встречается на боковой поверхности органа (62-70 % случаев), затем следуют нижняя поверхность, спинка языка (6 %), кончик языка (3 %). Корень языка поражается раком в 20-40 % случаев. Плоскоклеточный рак передней части языка возникает из малых слюнных желёз.
- Обычно рак языка рано обнаруживается самими больными за исключением опухоли дистальных отделов. Этому способствуют рано проявляющиеся нарушения речи, жевания, глотания, а позже — присоединяющиеся боли, иррадиирующие вдоль ветвей тройничного нерва. Рак дистальных отделов языка проявляет себя нарушениями дыхания вследствие закупорки ротоглотки. Вследствие развитой лимфатической сети многочисленные метастазы в регионарные лимфатические узлы появляются довольно рано. Иногда их обнаруживают раньше, чем основной опухолевый узел.

- **Рак дна полости рта**
- Опухоль быстро растёт, прорастая как нижнюю поверхность языка, так и мышцы дна полости рта и подчелюстные слюнные железы, а также распространяясь по системе язычной артерии. Опухолевый узел обнаруживается больными как инородный нарост, затем по мере изъязвления появляются повышенное слюноотделение, боли, кровотечения и метастазы в регионарных лимфоузлах.
- **Рак слизистой оболочки щёк**
- Опухоль часто возникает на уровне угла рта, линии смыкания рта и в ретромоллярной области и часто маскируется под обычную язву. Затем присоединяются боли при разговоре, жевании и глотании, а при прорастании жевательной или внутренней крыловидной мышцы — ограничения открывания рта.

- **Рак слизистой оболочки нёба**
- Опухоли слизистой оболочки твёрдого нёба представлены цилиндромами и аденокистозными аденокарциномами, происходящими из малых слюнных желёз; редко - плоскоклеточным раком. Мягкое нёбо чаще поражается плоскоклеточным раком. Заболевание рано проявляется болями вследствие быстрого изъязвления, иногда обнаруживается в виде медленно растущего опухолевого узла, а боли присоединяются позже вследствие его давления на слизистую оболочку, изъязвления и присоединения вторичной инфекции. Рак передних нёбных дужек проявляет себя неприятными ощущениями в горле, при глотании, а затем - ограничением открытия рта и кровотечениями, что указывает на запущенность процесса и плохой прогноз.
- **Рак слизистой оболочки альвеолярных отростков**
- Рак слизистой оболочки альвеолярных отростков может поражать и верхнюю, и нижнюю челюсти. Обычно представлен плоскоклеточным раком. В процессе опухолевого роста поражает зубы, в связи с чем рано проявляет себя болевыми ощущениями, однако по этой же причине неправильно идентифицируется. Легко кровоточит.



- Метастазирование
- Метастазы рака органов полости рта чаще всего происходит в поверхностные и глубокие шейные лимфатические узлы. Направление распространения метастазов зависит от размеров опухоли, её гистологической принадлежности и локализации. Рак дна полости рта, альвеолярных отростков нижней челюсти и слизистой оболочки щёк поражает метастазами поднижнечелюстные лимфатические узлы; рак боковой поверхности и кончика языка - подчелюстные, средние и глубокие шейные лимфоузлы шеи; рак дистальных отделов полости рта - лимфатические узлы в области яремной вены. Очень редко метастазы обнаруживаются в надключичных лимфоузлах. Отдалённые метастазы встречаются редко, их находят в лёгких, сердце, головной мозг, кости, печень. Наличие метастазов значительно ухудшает прогноз заболевания

- Диагностика
- Степень распространённости опухолей полости рта определяют визуально и при помощи пальпации, поскольку методы термографии, ультразвукового сканирования и компьютерной томографии не позволяют определить их распространённость в мягких тканях. Степень поражения челюсти и лицевых костей выясняют с помощью рентгенографии.
- Дифференциальная диагностика позволяет отделить злокачественные новообразования от воспалительных заболеваний, сифилиса и туберкулёза слизистой оболочки полости рта. Окончательный диагноз ставится на основании результатов биопсии.
- Лечение злокачественных опухолей полости рта включают в себя:
  - лечение первичного опухолевого узла
  - лечение метастазов

## Рак органов полости рта

Рак слизистой оболочки органов полости включает: рак языка, дна полости рта, щеки, десны, твердого неба, альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярного отростка нижней челюсти, мягкого неба.

Рак органов полости рта развивается в 5-7 раз чаще у мужчин, чем у женщин. Обычно болеют люди в возрасте 40-70 лет.

Обычно болеют люди в



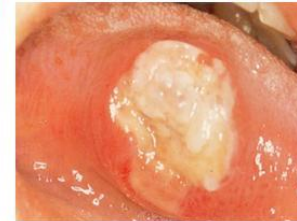
Травматическая язва языка



Папилома языка



Воспаление щеки



Рак языка



Рак дна полости рта

### Причины возникновения

- Курение
- Употребление алкоголя
- Кариозные зубы
- Травмы органов полости рта
- Наличие зубного камня
- Смещение зубов
- Пародонтоз
- Плохо изготовленные протезы
- Вирусные инфекции
- Несбалансированное питание

### Фоновые состояния

- Папилломы
- Трещины
- Длительно незаживающие язвы
- Рубцы после ожогов
- Хронические воспалительные процессы

### Первые признаки рака полости рта

- Появление язв, белесоватых пятен, узелков
- Боли различной интенсивности
- Повышенное слюноотделение
- Кровосочивость
- Подвижность зубов
- Гнилостный запах изо рта
- Увеличение шейных лимфатических узлов

**При появлении первичных признаков рака полости рта необходимо незамедлительно обратиться к врачу**

- Врачу-стоматологу
- ЛОР-врачу
- Участковому терапевту
- Участковому хирургу

**Провести обследование полости рта Или получить направление в онкологическое учреждение**

**Пациенту нельзя заниматься самолечением**

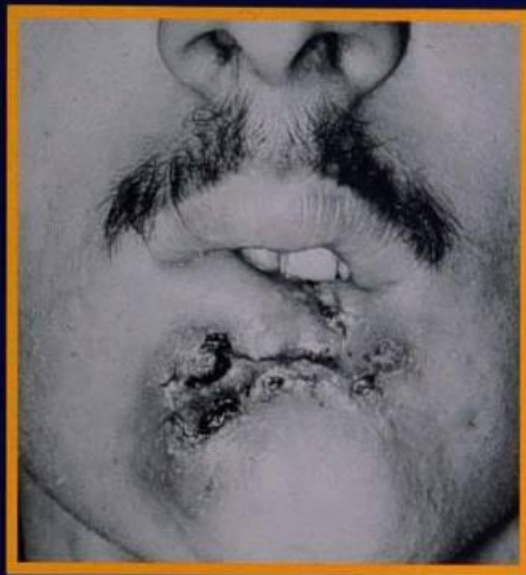
- Греть лимфатические узлы
- Греть органы полости рта
- Полоскать полость рта спиртосодержащими растворами, отварами
- Принимать антибиотики без назначения врача
- Использовать мази без назначения врача
- Применять препараты, стимулирующие заживление язв

**Нельзя употреблять алкоголь.**

**Отказаться от курения**

**Отказ от курения и алкоголя, соблюдение гигиены полости рта, посещение стоматолога не реже 2-х раз в год помогут Вам избежать рака полости рта!!!**

## Рак ротовой полости. Больные кожа и зубы.



*A fatal mouth cancer in a 28-year-old who dipped a can a day for 10 years.*



- **Рак щитовидной железы** — злокачественная опухоль щитовидной железы, развивающаяся из фолликулярных или из С-клеток.
- Типы рака щитовидной железы[
- В зависимости от гистопатологического строения, классифицируют как папиллярный, фолликулярный, медулярный или анапластический. ▮ Наиболее часты папиллярные и фолликулярные карциномы. Фолликулярный и папиллярный раки щитовидной железы относят к высокодифференцированным формам. При выявлении этих типов карцином на ранних стадиях прогноз благоприятный до 90 % случаев.
- Медулярный рак является более агрессивным, чем папиллярный и фолликулярный, что проявляется метастазированием в локорегионарные лимфатические узлы шеи на ранних стадиях заболевания. Пятилетняя выживаемость при данной разновидности рака колеблется на уровне 70-80 %, десятилетняя — 60-70 %, двадцатилетняя — 40-50 %. Уровень выживаемости у больных до 40 лет выше, чем после 40.
- Анапластический рак щитовидной железы является крайне агрессивной карциномой: быстрорастущий и плохо отвечающий на проводимое лечение. Анапластический рак щитовидной железы характеризуется быстрым метастазированием в окружающие ткани и органы, неблагоприятным прогнозом и коротким сроком жизни больного после выявления данного заболевания (в среднем до 1 года).

- Симптомы
- В большинстве случаев, РЩЖ протекает бессимптомно. Наиболее часто первый признак рака щитовидной железы — это появление узлового образования в области щитовидной железы или увеличение шейных лимфоузлов. Однако, узлы щитовидной железы встречаются у многих взрослых, и менее 5 % из числа узлов являются злокачественными. Иногда первый признак заболевания — это увеличенный лимфатический узел. Более поздними признаками являются боль в передней части шеи и изменение голоса. Обычно рак щитовидной железы выявляется у лиц с нормальной функцией щитовидной железы, но признаки [гипертиреоза](#) или [гипотиреоза](#) могут сочетаться с более крупной или метастатической хорошо дифференцированной опухолью. Узловые образования щитовидной железы являются предметом особой озабоченности при выявлении у лиц младше 20 лет. В этом возрасте наличие доброкачественных узлов менее вероятно, поэтому вероятность их злокачественности намного выше.

- Диагностика[
- Клиническую оценку узлов щитовидной железы проводят с помощью к тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) под контролем УЗИ, а при неинформативной ТАПБ посредством открытой биопсии с последующим гистологическим исследованием подозрительного на рак образования. После обнаружения узла во время физикального исследования необходима консультация эндокринолога или эндокринного хирурга. Наиболее распространено проведение ультразвуковой диагностики для подтверждения наличия узла и оценки состояния всей железы, а также для оценки размеров узла в динамике. Измерение тиреотропного гормона и антитиреоидных антител поможет решению вопроса, является ли это функциональное заболевание щитовидной железы, например тиреоидит Хашимото — известная причина доброкачественного узлового зоба.<sup>[2]</sup> Также используют сцинтиграфический метод диагностики.

- **Биопсия с помощью аспирации тонкой иглой**
- Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия, ТАПБ — один из основных методов диагностики рака щитовидной железы. Это наиболее оправдывающий затраты, чувствительный и точный тест.<sup>[3][4][5][6]</sup> Обычно, ТАПБ проводится под контролем УЗИ, что позволяет пунктировать узловые образования от 3 мм в наибольшем диаметре и получать достаточное количество клеток щитовидной железы для дальнейшего микроскопического анализа. При сомнительном или неинформативной ТАПБ рекомендована открытая биопсия подозрительного узла с проведением экспресс-патогистологического исследования (Экспресс-ПГИ).



## ● Исследования крови

- Помимо биопсии необходимо проведение исследования крови. Наличие определенных онкомаркеров указывает на вероятность наличия той или иной формы рака щитовидной железы. При подозрении на медулярный рак щитовидной железы необходимо проведение анализа крови на тиреокальцитонина — гормон, продуцирующийся парафолликулярными клетками, а также тест на уровень раковоэмбрионального антигена. Разработка и внедрение специфических маркеров для диагностики других форм рака щитовидной железы продолжается.<sup>[7]</sup>
- Также, для общей диагностики могут проводиться исследования уровней гормонов, естественным образом присутствующих в организме. Например, это тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3). Иногда проводят исследования антищитовидных антител в сыворотке, так как они могут указать на аутоиммунное заболевание щитовидной железы, часто сопровождающее папиллярный рак щитовидной железы.<sup>[8]</sup> Также, при подозрении на медулярный рак должен проводиться анализ крови для определения мутаций протоонкогена RET, в том числе у родственников таких пациентов, что позволяет выявлять генетическую предрасположенность к данному виду карциномы щитовидной железы.<sup>[9]</sup>

- **Инструментальная диагностика**
- В большинстве случаев, рак щитовидной железы протекает без явной симптоматики и характеризуется наличием узловых образований в щитовидной железе или увеличенными лимфатическими узлами шеи, которые можно выявить с помощью ультразвукового исследования УЗИ или при обычной пальпации. Другие методы исследования, например рентгенография, ПЭТ, МРТ применяются при подозрении на отдаленные метастазы.
- При проведении УЗИ подозрительными являются узлы, мало отражающие УЗ-волну, с неровным контуром, с микрокальцификациями или с высокими уровнями кровотока внутри узла.<sup>[10]</sup> Менее подозрительны узлы, сильно отражающие УЗ-волну, образования с «хвостами кометы» от коллоида, отсутствием кровотока, наличием ореола или отчетливой ровной границы. Сканирование щитовидной железы с помощью радиофармпрепарата технеция-МІВІ может применяться при подозрении на радиойоднечувствительные метастазы или медуллярный рак щитовидной железы.

- Патоморфологическая классификация рака щитовидной железы
- Раки щитовидной железы классифицируют согласно их патогистологическим характеристикам.<sup>[11][12]</sup> Различают следующие варианты (частота встречаемости разных подтипов может показывать местную вариацию):
- Папиллярный рак щитовидной железы до 75 %
- Фолликулярный рак щитовидной железы до 15 %
- Медуллярный рак щитовидной железы до 8 %<sup>[13]</sup>
- Анапластический рак щитовидной железы менее, чем 5 %
- Другие: лимфома щитовидной железы, сквамозноклеточная карцинома щитовидной железы, различные виды сарком щитовидной железы
- Фолликулярный и папиллярный типы классифицируют как «высокодифференцированный рак щитовидной железы».<sup>[14]</sup> Эти типы имеют более благоприятный прогноз, чем медуллярный и недифференцированные типы.<sup>[15]</sup>

- Лечение рака щитовидной железы
- Рак щитовидной железы.
- **Хирургическое**
- Основным методом лечения рака ЩЖ является хирургическое вмешательство – тиреоидэктомия. Эта операция подразумевает частичное или полное удаление ткани органа. В зависимости от формы рака, стадии его развития, наличия метастазов и других прогностических признаков рассматриваются различные объемы операции.
- Тотальная тиреоидэктомия – полное удаление щитовидной железы. После такого лечения для нормализации гормонального фона пациенту назначается пожизненная заместительная гормонотерапия.

- Субтотальная тиреоидэктомия – удаление практически всей тиреоидной ткани, за исключением небольшого здорового участка. Если до операции у пациента отмечался гипертиреоз, то в большинстве случаев после хирургического вмешательства оставшийся участок ЩЖ способен продуцировать достаточное количество гормона, поэтому заместительная гормональная терапия не требуется.
- Гемитиреоидэктомия – иссечение одной доли ЩЖ. Такое вмешательство является наиболее щадящим при раке, но может использоваться только при своевременном обращении в клинику.
- В ходе операции, могут удаляться регионарные лимфоузлы (лимфодиссекция шеи) при наличии или при подозрении на наличие метастазов. При рецидиве могут потребоваться дополнительные операции для удаления метастатических очагов в лимфоузлах шеи и средостения.

- **Радиойодтерапия**

- Поскольку клетки рака щитовидной железы (за исключением клеток медулярного рака) способны поглощать и накапливать йод, после полного удаления органа при папиллярной и фолликулярной карциноме может быть также применен метод лечения радиоактивным йодом (РЙТ — радиойодная терапия). Это вещество представлено либо капсулами, либо безвкусным раствором, который пациент должен выпить. После попадания в организм молекулы радиоактивного йода накапливаются в тиреоцитах, а также в метастазах и уничтожают их в большинстве случаев. При радиойодрезистентных опухолях — радиойодтерапия неэффективна. В соответствии с современными представлениями лечение прямым облучением ЩЖ обычно малоэффективно как на предоперационной, так и на послеоперационной стадиях. А вот радиойодтерапия показывает хорошие результаты и значительно улучшает прогноз.


- **Супрессивная ТТГ-терапия**

- После операции больному также проводится гормональная терапия с целью понижения уровня, естественно вырабатываемого гипофизом гормона ТТГ (тиреотропного гормона), с целью снижения стимуляции тиреоцитов, которые, могут оставаться после оперативного лечения и радиойодтерапии. <sup>[16]</sup>

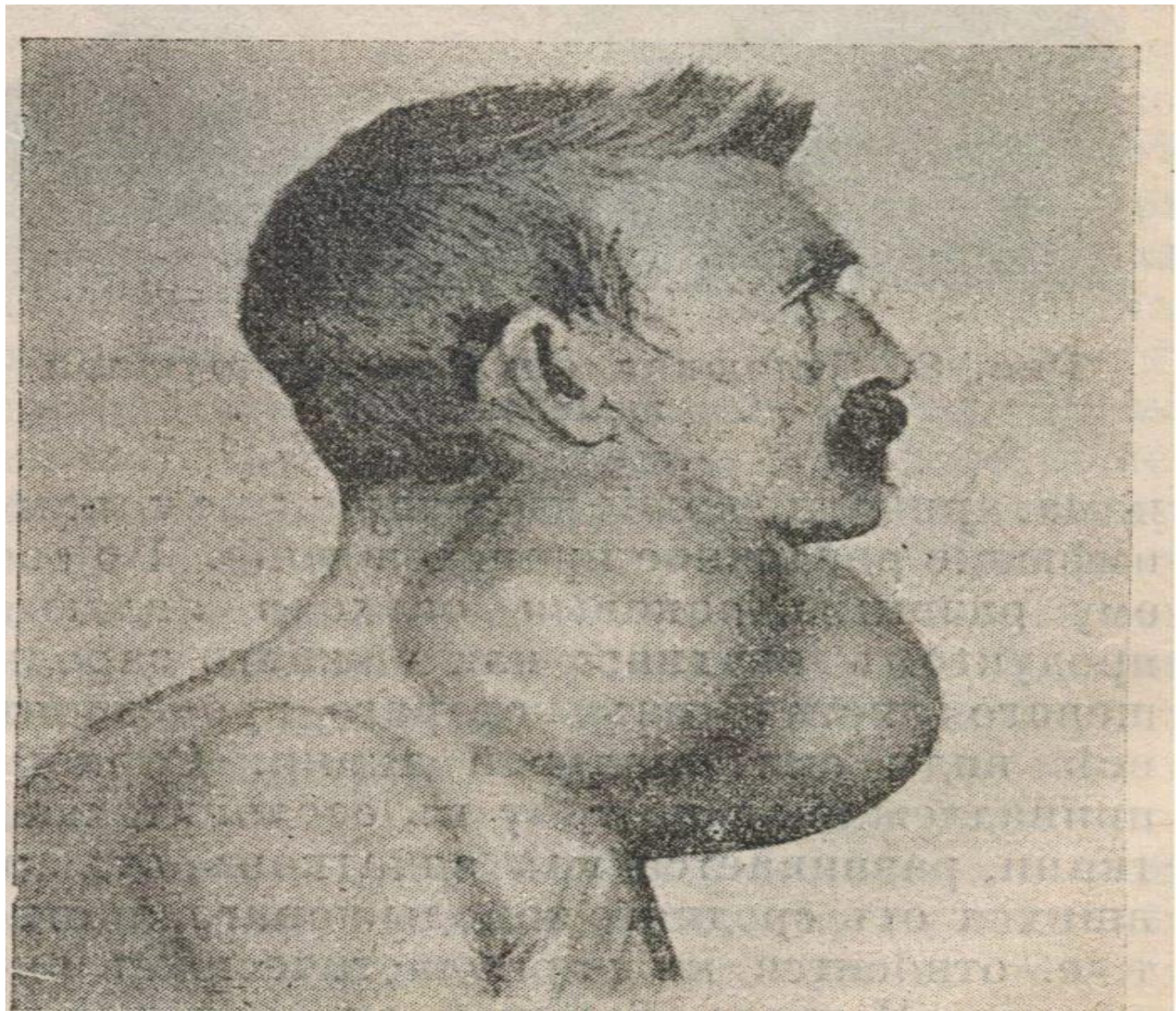
# Фолликулярный рак

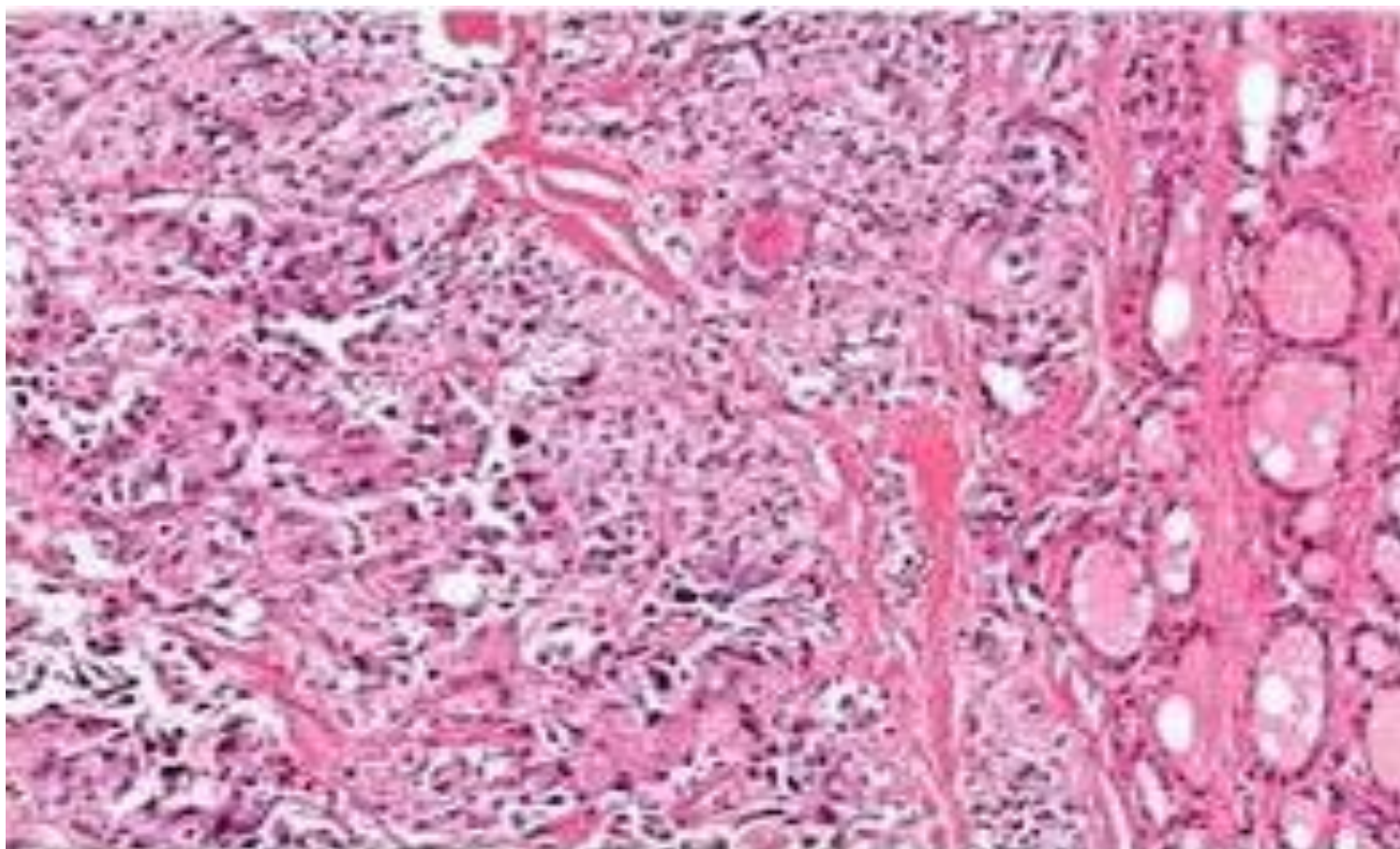




Распространенный рак щитовидной железы,  
высокодиф- ференцированная форма  MyShared





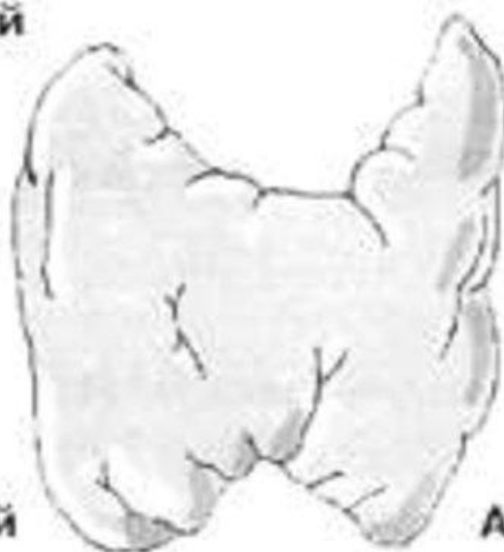


**Медуллярный рак щитовидной железы**

# Виды рака ЩЖ

Папиллярный  
50-80%

Фолликулярный  
15-30%



Медуллярный  
2-10%

Анапластический  
1-10%