

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Рак слизистой оболочки полости рта.

Клиника, диагностика, лечение.

Выполнила: студентка 4 курса
22 подгруппы Муртазалиева
З.М.

Волгоград
2015г

Рак слизистой оболочки полости рта представлен группой злокачественных новообразований, в которую входят рак языка, слизистой дна полости рта, щек, твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти.



Гистологическое строение. Большинство раков полости рта имеют строение плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки. Редко встречается аденокарцинома, развивающаяся из эпителия малых слюнных желез. Крайне редко встречаются меланомы и саркомы.



Клиника рака слизистой оболочки полости рта.

Различают три анатомические формы рака слизистой оболочки полости: 1)экзофитная, или папиллярная;
2)инфильтративная;
3)язвенно-инфильтративная.



Выделяют три периода развития рака слизистых оболочек полости рта:

- 1)начальный;
- 2)развитой;
- 3)период запущенности.

Клиника рака СОПР.

Начальный период.

Жалобы больного:

- на ощущение наличия инородного тела,
- дискомфорт в полости рта,
- чувство жжения,
- умеренные боли при приеме пищи.

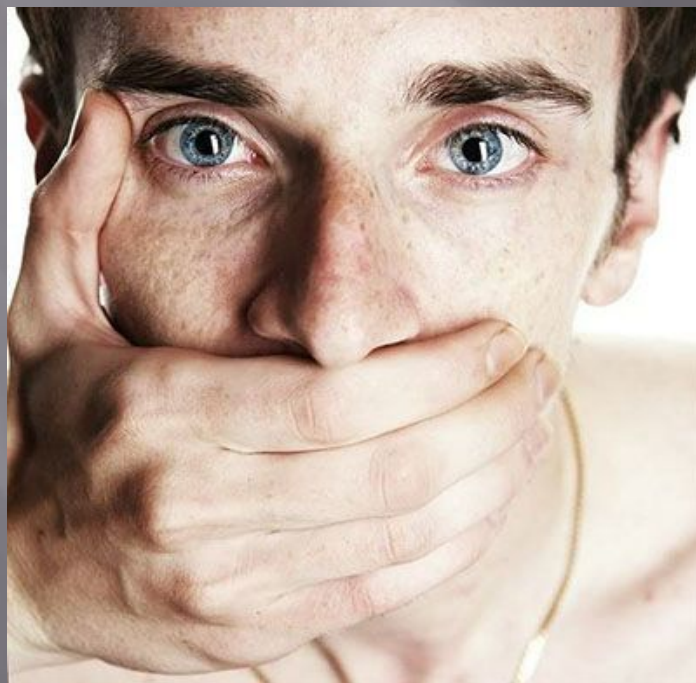
При осмотре полости рта могут быть выявлены :

- эрозии,
- небольшого размера язвы без выраженной подлежащей инфильтрации,
- уплотнения, располагающиеся на СОПР или в подслизистом слое,
- участки гиперкератоза, представленные в виде белесоватых пятен,
- выросты слизистой оболочки с белесоватой поверхностью.



Развитой период.

Основным симптомом при развитии периоде рака слизистых оболочек полости рта является боль разной степени интенсивности. Боль может быть локальной или иррадиировать чаще всего в ухо, височную часть соответствующей стороны. В этом периоде происходит подразделение рака слизистой оболочки полости рта на анатомические формы.



Папиллярная форма рака



Папиллярная форма рака может развиваться на фоне папилломатоза, веррукозной лейкоплакии. При этой форме опухоль имеет вид уплотненных тканей, возвышающихся над окружающей ее тканями. Образование может иметь вид возвышающейся полусферы или иметь основание в виде широкой ножки. В толще тканей соответственно проекции опухоли пальпируется инфильтрат без четких границ. Поверхность опухоли может быть бугристой, покрытой участками ороговевшего эпителия, в ряде случаев представлена мелкозернистой поверхностью, легко кровоточащей при незначительной травме.

Инфильтративная форма рака

Инфильтративная форма рака встречается достаточно редко, но именно она представляет наибольшие трудности при диагностике. Заболевание начинается с появлением малоблезненного инфильтрата в толще тканей, покрывающая его слизистая чаще всего гиперемирована. Со временем происходит увеличение инфильтрата, который ограничивает функцию органов полости рта.

Жалобы на:

-боль,
-затруднение при приеме пищи,
разговоре. При дальнейшем течении болезни инфильтрат изъязвляется, усиливаются жалобы на боль, могут возникать кровотечения.



Язвенно-инфильтративная форма рака

Опухоль представлена в виде раковой язвы, форма и размеры которой варьируют в значительных пределах и зависят от локализации и стадии процесса. Края язвы валикообразно приподняты над окружающими тканями. Дно представлено или в виде некротизированных тканей, или покрыто фибринозным налетом, после удаления которых определяется дно язвы кратеобразной формы, выполненное мелкозернистой тканью, легко кровоточащей при незначительной травме. В основании язвы пальпируется плотный инфильтрат, который, как правило, по своим размерам превышает величину опухолевой язвы и зачастую распространяется на соседние анатомические образования.

Период запущенности.

В зависимости от локализации опухоли она распространяется на мышцы дна полости рта, мышцы щеки, прорастает кожу.

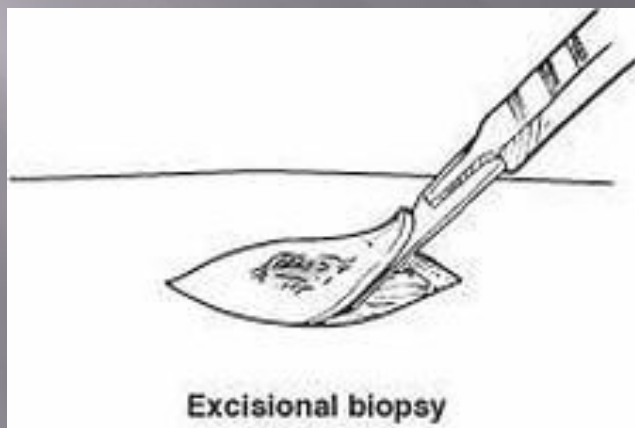
Рак слизистой оболочки альвеолярной части верхней или нижней челюсти распространяется на костную ткань. При локализации опухоли в области задних отделов полости рта — на нёбные дужки, боковые отделы глотки. На основании клинических наблюдений необходимо отметить, что рак задних отделов полости рта протекает более злокачественно и метастазирует в регионарные лимфатические узлы в более ранние сроки. При гистологическом исследовании рак задних отделов полости рта имеет, как правило, низкую дифференцировку опухолевых клеток.



Диагностика рака СОПР

Диагностика рака слизистой оболочки полости рта основывается на описанных выше характерных макроскопических и клинических проявлениях болезни. Значительную помощь в диагностике оказывает :

- радиоиндикационный метод диагностики,
- эксцизионная биопсия с последующей коагуляцией места иссечения кусочка опухоли,
- расширенная биопсия,
- аспирационная биопсия(пункция)



Лечение рака СОПР.

Основными методами лечения являются лучевой, химиотерапевтический и хирургический, а также их сочетание между собой.

Рак слизистых оболочек полости рта относится к умеренно радиочувствительным опухолям, но несмотря на это, лучевой метод является самым распространенным. Он применяется почти у 90 % больных. Наибольшее распространение при лечении этой группы больных получила дистанционная гамма-терапия, которая проводится как самостоятельный метод лечения, так и в комбинации с другими противоопухолевыми методами.

Хирургический метод лечения больных раком слизистых оболочек полости рта является важным этапом, особенности которого зависят от распространенности процесса и локализации. Оперативное вмешательство выполняется по всем правилам, принятым в онкологии, т. е. удаление опухоли должно проводиться в пределах здоровых тканей, отступя от определяемых границ 2,5 – 3,5 см. Как самостоятельный метод — операция у этой группы больных практически не выполняется, ввиду высокой вероятности рецидива.

Химиотерапия больным с опухолями слизистых оболочек полости рта показана при распространенном процессе, наличии метастазов или рецидивов. Противоопухолевые схемы комбинации препаратов с различным механизмом действия значительно повышают эффективность лечения. Применение химиотерапии до лучевого лечения оказывает радиосенсибилизирующее действие — происходит снижение гипоксии, улучшается кровоснабжение опухолевой ткани, уменьшаются размеры опухоли.

Наиболее рациональный подход к лечению больных раком слизистых оболочек полости рта — это использование комплекса химиотерапия — лучевое лечение — операция.

