

Министерство здравоохранения Рязанской области
ГБОУ ВПО РязГМУ имени И.П.Павлова

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ
В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Рязань 2012 год

ББК 54.102.2

ПЗ1

Рецензент:

Е.П.Куликов-заведующий кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор.

ISBN 9978-85057-715-8

Авторы:

Пешков В.А., Главный внештатный стоматолог Рязанской области, главный врач ГБУ РО Стоматологическая поликлиника №1, к.м.н.

Филимонова Л.Б., Заведующая кафедрой хирургической стоматологии, главный врач базовой стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО РязГМУ, к.м.н.

Количество онкологических заболеваний полости рта в настоящее время имеет достаточно высокий уровень. Данные методические рекомендации позволят населению, пациентам центров здоровья обратить внимание на состояние собственного здоровья, посмотреть на некоторые факторы под другим углом, вовремя обратиться к специалистам в случае возникновения проблем.

Данные рекомендации могут использоваться в качестве учебно-методического материала для работы гигиенистов стоматологических в центрах здоровья.

ББК 54.102.2

© Пешков В.А., 2012

© Филимонова Л.Б., 2012

ISBN 9978-85057-715-8

Ещё недавно диагноз «онкология» звучал как приговор. Сегодня достижения в области онкологии позволяют излечить многих, хотя говорить о полной победе над злокачественными новообразованиями пока рано.

В настоящее время показатели активного выявления злокачественных новообразований (ЗНО) в целом по России не соответствуют современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости совершенствования дальнейшей работы в этом направлении.

Своевременное выявление и лечение больных на ранних стадиях заболевания по-прежнему остается актуальной задачей онкологической службы страны и позволяет в большинстве случаев не только добиться излечения пациентов, улучшения качества жизни и ее продления, но и сокращает затраты на паллиативное лечение и инвалидизацию.

В связи с этим организованы Центры здоровья, основной задачей которых является проведение профилактического осмотра с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний.

Профилактический осмотр включает следующие методы обследования:

1. Сбор анамнеза и жалоб пациента
2. Осмотр
3. Направление и проведение необходимых диагностических мероприятий

Методика обследования в смотровом кабинете

Подлежат обследованию в обязательном порядке кожные покровы, органы рта, периферические лимфатические узлы. Перед началом осмотра медицинский работник проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений.

Осмотр кожных покровов

Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению. С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица.

Пальпация лимфатических узлов

Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, подчелюстные, подъязычные, околоушные.

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов – системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

В зависимости от степени вероятности озлокачествления различают процессы, требующие различных подходов в лечении и динамическом наблюдении. Облигатные процессы без лечения обязательно рано или поздно приводят к развитию рака. Факультативные предопухолевые заболевания приводят к раку далеко не всегда. К фоновым процессам относятся такие редко озлокачествляющиеся заболевания, как плоская лейкоплакия, хроническая трещина губ, а также актинический и метеорологический хейлиты, рубцы.

Этиология

Все многочисленные факторы, являющиеся пусковым механизмом для развития патологических состояний слизистой оболочки полости рта, можно разделить на две основные группы: употребление раздражающих продуктов (алкоголь, табак, грубая пища, пряности) и долго существующие стоматологические проблемы (плохо припасованные съемные протезы, недоброкачественные пломбы, разрушенные коронки зубов, аномалии положения отдельных зубов).

Осмотр полости рта

Осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра – обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

Клиническая картина

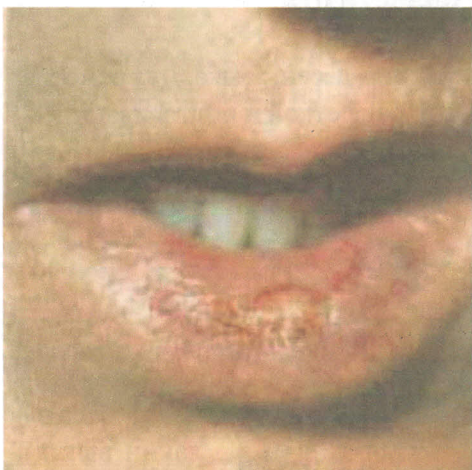
Лейкоплакии



Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розо-

вой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительна по наличию предопухолевых заболеваний.

Болезнь Боуэна (morbus Bowen)

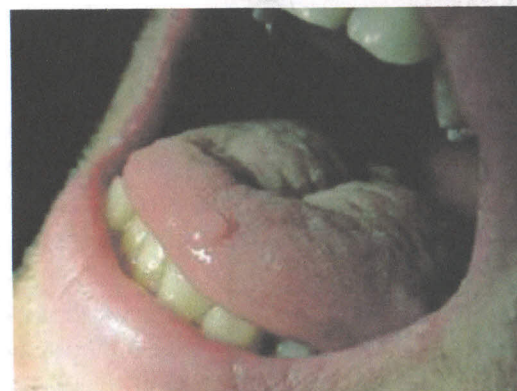


Очаг поражения обычно одиночный, чаще всего выглядит как гиперемированное ярко-красное пятно, гладкое или с бархатистой поверхностью из-за мелких сосочковых разрастаний. Центральный участок похож на лейкоплакию с мелкобугристой поверхностью или на красный плоский лишай с очагами ороговения на гиперемированном фоне.

Вследствие атрофии слизистой оболочки очаг несколько западает по сравнению с окружающими участками, местами на нем возникают легко кровоточащие эрозии. Размер очага поражения от 1-2 мм до 5-6 см, очертания его неровные, довольно четкие. Уплотнение в основании не определяется. При локализации на языке сосочки языка в месте поражения исчезают. Регионарные лимфатические узлы обычно не пальпируются. Субъективные ощущения незначительны, но при

эрозиях может быть выражена болезненность. Клиническая картина болезни Боуэна на слизистой оболочке полости рта не всегда ясно выражена. Болезнь может проявляться только небольшим участком гиперемии или походить на лейкоплакию без выраженного воспаления.

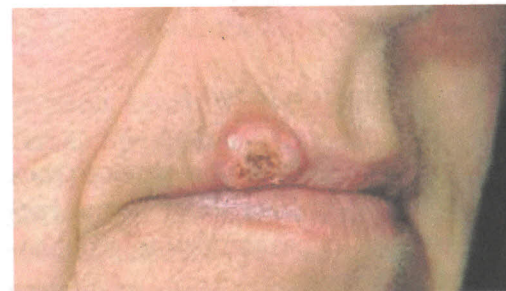
Папиллома



Папиллома – образование на ножке или на широком основании, располагающееся на красной кайме или слизистой оболочке, часто – твердое и мягкое нёбо. **Папилломатоз** – множественные сливающиеся узелки. Ороговевающие папилломы серовато-белого цвета, неороговевающие по цвету

не отличаются от красной каймы.

Кератоакантома



Кератоакантома – плотный узелок серовато-красного цвета до 1,0-1,5 см в диаметре, с уплотненным краем и с характерным воронкообразным углублением в

центре. Центральная часть заполняется свободно удаляющимися роговыми массами.

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая



При эрозивно-язвенной форме красной волчанки возникают язвы и эрозии, не склонные к эпителизации, нерезко выражен гиперкератоз. При гиперкератотической форме красной волчанки типичен располагающийся на фоне четко ограниченного эритематозного пятна, значительно возвышающийся над уровнем красной каймы гиперкератоз.

Хроническая трещина и язва губы часто встречается во всех возрастных группах у лиц обоего пола. В возникновении трещины значительная роль принадлежит различным метеорологическим факторам и гиповитаминозам.

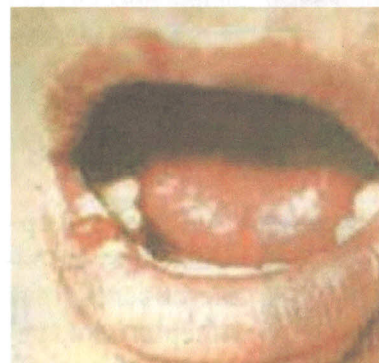
Хроническая трещина и язва губы

Хроническая трещина и язва губы часто встречается во всех возрастных группах у лиц обоего пола. В возникновении трещины значительная роль принадлежит различным метеорологическим факторам и гиповитаминозам.



обретая серовато-белый цвет

Кожный рог



Кожный рог – серовато-грязный конусообразный отросток до 1.0 см, плотно спаянный с четко ограниченным основанием, диаметром 0.3-0.5 см.

Воспалительные заболевания губ

Воспалительные заболевания губ – хейлиты, также относятся к предраковым процессам.

Все хейлиты разделяются на две группы: собственно хейлиты и симптоматические хейлиты, являющиеся симптомом заболевания, и не рассматриваются в качестве предопухоловой патологии.

Собственно хейлиты

Актинический хейлит



Актинический хейлит возникает при повышенной чувствительности красной каймы к солнечному свету. В патогенезе существенную роль играет аллергическая реакция замедленного типа на ультрафиолетовые лучи.

го типа на ультрафиолетовые лучи.

Гландулярный хейлит



Гландулярный хейлит развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции и, нередко, гетеротопии слюнных желез. Клинические проявления в области перехода слизистой оболочки в красную

кайму губы видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, с выделяющимися капельками слюны.

Метеорологический хейлит



Причина метеорологического хейлита – неблагоприятные метеорологические факторы. Высокая влажность, пыль, ветер, солнечная инсоляция, кислотные дожди, вы-

сокая и низкая температура и др. Клинически отмечаются гиперемия, сухость, мелкие чешуйки. На его фоне могут возникать облигатные формы предрака (бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз), значительно отягощающие прогноз.

Плазмоклеточный хейлит

Плазмоклеточный хейлит – темно-красная эритема с «лакированной» поверхностью, на которой возможно образование петехий и эрозий. Локализуется на нижней губе. Иногда часть красной каймы покрыта коркой до 10 мм толщиной, как фартук, свисающей с губы. Под коркой обнаруживается болезненная эрозия или опухолевидное образование мягкой консистенции. Плазмоклеточный хейлит протекает хронически, без ремиссий. Возможно озлокачествление.

Эксфолиативный хейлит

Эксфолиативный хейлит – нейрогенное заболевание, сопровождается депрессивными реакциями, невротические состояния с тенденцией к психопатизации личности. Нередко сочетается



ной каймы, прилежащая к коже, и комиссуры рта остаются не- пораженными. Болеют чаще женщины.

Хейлит Манганотти



Хейлит Манганотти. Эрозия неправильной или овальной формы с гладкой «полированной» поверхностью, без уплотнения в основании, иногда

покрыта серозными и кровяными корками. Вокруг эрозии нередко небольшая воспалительная инфильтрация.

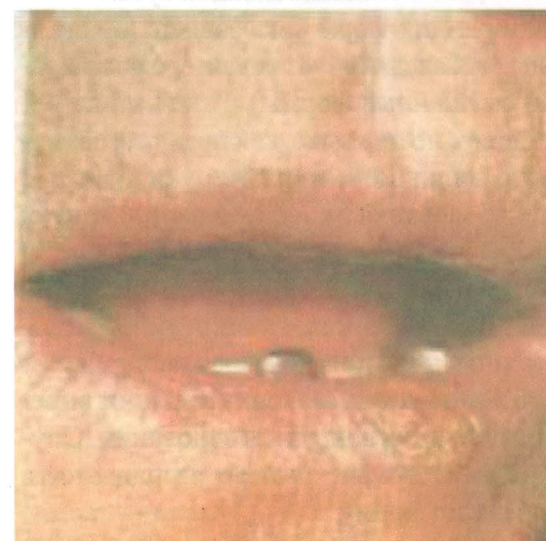
При всём разнообразии глосситов, с онкологической точки зрения представляет интерес десквамативный глоссит (географический язык, эксфолиативный глоссит, доброкачественный мигрирующий глоссит) – воспалительно- дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка.

с легким тиреотоксикозом. Грязно-желтые чешуйки и корки покрывают пластом красную кайму губы от угла до угла рта от переходной зоны до середины красной каймы нижней губы. Часть крас-

Этиология и патогенез неясны. Происходит отторжение поверхностных слоев эпителия, обнажая подлежащие ткани. Нитевидные сосочки слущиваются, грибовидные сосочки сохраняются. Участок десквамации окружен серым ободком из нитевидных сосочков, покрытых неотторгнувшимися слоями эпителия. Постепенно на периферии участка происходит дальнейшее отслоение, а в центральной зоне эпителий регенерирует. Зона десквамации может быть разной формы и величины и представляет собой пятна красного цвета, иногда в форме колец или полуколец.

Субъективные ощущения минимальны - легкое жжение при приеме раздражающей пищи.

Бородавчатый предрак (praescancerverrucosus)



Возникает почти исключительно на нижней губе и выглядит как безболезненный узелок полушаровидной формы с бородавчатой поверхностью диаметром 4-10 мм. Цвет очага - от почти нормальной окраски красной каймы до зас- тойно-красного. Сверху узелок по-

крыт трудно удаляемыми серыми чешуйками и располагается на неизменной красной кайме или на фоне небольшой гиперемии.

Рак слизистой оболочки рта и красной каймы губ



На красной кайме губ и в слизистой оболочке полости рта в большинстве случаев развивается ороговевающий плоскоклеточный рак, реже неороговевающий. Это почти всегда спиноцеллюлярный рак, возникающий из клеток шиловидного слоя, и очень редко базальноклеточный рак (обычно на красной кайме нижней губы).

Клиническое течение ранних форм рака зависит от предшествующих предраковых заболеваний, от характера роста (экзофитные, эндофитные, смешанные формы). Рак вначале может протекать безболезненно, но на языке, как правило, сопровождается болями, часто сильными, иррадирующими. По внешнему виду в начале заболевания различают папиллярную, инфильтративную и язвенную формы.

Папиллярная форма. Вначале возникает ограниченное уплотнение в виде бородавчатого выроста на широком основании или на ножке. Поверхность его покрыта сосочковыми разрастаниями и часто роговыми массами. При пальпации определяется неглубокая инфильтрация вокруг и в основании. Опухоль растет вширь и вглубь, довольно быстро распадается в центре и переходит в язвенную форму.

Инфильтративная форма рака наиболее неблагоприятна. В начале заболевания появляется безболезненное уплотнение, чаще располагающееся под слизистой оболочкой. Инфильтрат растет, распадается в центре, возникает типичная раковая язва.

Язвенная форма наиболее частая, так как в большинстве случаев опухоль рано начинает распадаться и выглядит как эрозия, а затем как язва. С началом инвазивного роста для рака типично уплотнение вокруг язвы в виде валика и в основании, определяемое пальпаторно. В начальной стадии уплотнение незначительное или вовсе не определяется клинически, затем вследствие быстрого роста опухоли оно увеличивается, достигая иногда каменистой плотности. В поздних стадиях различие форм не определяется, преобладает картина язвенно-инфильтративного роста. Язва имеет обычно приподнятые вывернутые плотные края, неровное зернистое дно, в полости рта покрытое серо-желтым налетом или серым некротическим налетом; на красной кайме губы язва покрывается плотным серым налетом или, при кровоточивости, кровянисто-серыми корками. Воспалительные явления в окружающих раком тканях выражены или клинически отсутствуют.

В задачу медицинского работника не входит установление точного диагноза. Он должен только заподозрить патологию и направить пациента к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование.

Рекомендации для пациентов:

1. Необходимо посещать врача стоматолога или гигиениста стоматологического в центрах здоровья, с целью профилактических осмотров, два раза в год.
2. При возникновении подозрения на какое либо заболевание в полости рта настоятельно не рекомендуется заниматься самолечением.
3. Пациент должен обратиться к врачу стоматологу на ранних стадиях заболевания, чтобы врач своевременно предпринял рациональное лечение.

**Пешков В.А.
Филимонова Л.Б.**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ
В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Подписано в печать 03.07.2012.
Формат 60x84 №1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Times.
Печ. л. 1. Тираж 500 экз. Заказ № 663.

Издано на базе
ООО «Полиграфический комплекс «Тигель»
390006, г. Рязань, Касимовское шоссе, 25/2