

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной
стоматологии

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Реферат на тему: **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ**

Выполнил ординатор :

Тазаян А.Р

Красноярск 2018

Содержание:

1. Периоды развития опухоли.
2. Важность ранней диагностики онкозаболеваний. Принципы онкологической настороженности.
3. Сбор анамнеза. «Синдром малых признаков».
4. Физикальное обследование больного.
5. Дополнительные методы обследования.
6. Этапы установления диагноза злокачественного новообразования.

1:Периоды развития опухоли.

На современном этапе развития клинической онкологии основной тенденцией является стремление к выявлению злокачественных опухолей на раннем этапе их развития, что является важным условием эффективности лечения и обеспечивает пятилетнюю выживаемость в 70-100% случаев. Вместе с тем, диагностика ранних форм злокачественных новообразований из-за их скудной симптоматики сложна, необходимо всестороннее клиническое обследование больных с применением комплексных методов (рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, иммунологических и т.д.), а также формирование групп повышенного риска развития злокачественных новообразований и наблюдение за этой категорией пациентов.

Процесс развития опухоли с клинической точки зрения можно разделить на 3 периода с разной продолжительностью течения.

1. Пребластоматозное состояние характеризуется наличием фона, на котором может развиваться злокачественная опухоль (гормональные гиперплазии, доброкачественные опухоли). Установлено, что около 70% злокачественных новообразований развивается на патологическом фоне. У каждого больного предраком есть риск заболеть злокачественным заболеванием. Вместе с тем, предраковые состояния могут существовать у человека многие годы и даже всю жизнь, не приводя к развитию злокачественной опухоли.

2. В доклиническом периоде на фоне пребластоматозного состояния появляются первые комплексы раковых клеток. Период доклинических проявлений может быть длительным и занимать годы, его продолжительность зависит от гистологического строения опухоли. Так, аденокарцинома желудка достигает 1 см в диаметре в среднем за 6-8 лет, плоскоклеточный рак - за 12 лет, недифференцированный – за 2-3 года.

При раке молочной железы, в зависимости от характера новообразования, от появления опухоли микроскопических размеров до достижения 1 см в диаметре проходит от 2 до 6 лет.

Наблюдения показали, что развитие злокачественной опухоли в доклиническом периоде идет волнообразно. Например, субмикроскопическое изъязвление на слизистой желудка может подвергаться временной эпителизации.

3. С появлением первых клинических признаков заболевания (клинический период) темпы развития злокачественной опухоли ускоряются, что нередко совпадает с диссеминацией процесса. Продолжительность клинического периода наиболее короткая и занимает месяцы, реже - годы.

Для своевременной диагностики пребластоматозных состояний необходимо настороженное отношение врачей различного профиля ко всем хроническим заболеваниям.

Выявленные лица с предопухолевыми состояниями требуют регистрации, специального диспансерного наблюдения и лечения. Кроме того, необходима организация специальных профилактических осмотров населения, что способствует активному выявлению больных злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями.

Во втором периоде развития опухолевого процесса с появлением первого комплекса раковых клеток и до первых клинических проявлений заболевания задачи и методы диагностики иные. Доклинический рак диктует необходимость проведения специализированных профилактических осмотров групп повышенного риска развития злокачественных опухолей той или иной локализации. Общеклиническое обследование для выявления бессимптомного начального рака внутренних органов неэффективно. Выявить рак в доклиническом периоде позволяют специальные методы диагностики (рентгенологический, эндоскопический,

цитологический). Так, например, для диагностики доклинического рака легкого широко применяется флюорографическое обследование населения; наиболее перспективный метод выявления раннего рака желудка - фиброгастроскопия, приближающая рак желудка к визуальным формам злокачественных опухолей; для выявления раннего рака прямой кишки эффективно пальцевое исследование, анализ кала на скрытую кровь. Начальный рак шейки матки диагностируется с помощью цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала; рак молочной железы следует активно выявлять, применяя клинические методы и маммографию. При проведении подобных осмотров следует учитывать половые и возрастные различия в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, существующие на сегодняшний день возможности их диагностики, простоту и дешевизну используемых методов. Однако для ряда опухолей методов, эффективных для массового профилактического применения с целью выявления опухоли в доклиническом периоде, пока не существует.

Большинство онкологических больных поступает в лечебное учреждение с клиническими проявлениями заболевания. Зачастую впервые они обращаются за помощью не к специалисту-онкологу, а к врачу любого другого профиля (участковому врачу, терапевту, хирургу, гинекологу) или фельдшеру. Это диктует необходимость высокой онкологической компетенции медика любой специальности.

Диагностику злокачественных опухолей принято делить на два этапа. Первичная диагностика осуществляется в поликлинике, медсанчасти, сельской участковой больнице. Врач должен заподозрить опухоль, провести минимум диагностических мероприятий, прямо направленных на подтверждение предположения, и как можно скорее организовать консультацию специалиста-онколога. Своевременное распознавание

злокачественной опухоли и эффективность лечения зависят от первичной диагностики на первом этапе обращения больного к врачу.

Уточненная диагностика проводится в онкологическом стационаре с целью определения степени распространенности опухоли в органе и за его пределами, морфологической верификации диагноза, выяснения функционального фона в организме путем применения современных специальных методов и завершается точной формулировкой клинического диагноза с указанием стадии заболевания. После осуществления уточненной диагностики проводят адекватное лечение.

Первичная диагностика больных злокачественными опухолями лица и органов полости рта осуществляется в стоматологических поликлиниках и кабинетах. Уточненная диагностика таких пациентов проводится, как правило, в онкологических учреждениях или общесоматических лечебных учреждениях, имеющих возможность для использования морфологических методов исследования.

2. Важность ранней диагностики онкозаболеваний. Принципы онкологической настороженности.

К сожалению, до сих пор еще значительное число больных выявляется с запущенными формами заболевания. Так, в 2004 году в Республике Беларусь больные злокачественными новообразованиями IV стадии составили 15,7% среди впервые выявленных.

Анализ причин запущенности злокачественных новообразований, ведущих к неизлечимости больного, высокой смертности в течение первого года после постановки диагноза, позволил сделать вывод, что в основе лежат, с одной стороны, объективные трудности, обусловленные скрытым или атипичным течением заболевания, отсутствием в клинической картине ранних форм рака патогномоничных для него признаков и несовершенством существующих диагностических методов, в том числе

биохимических и иммунологических диагностических тестов. С другой стороны, в неудовлетворительном состоянии ранней диагностики злокачественных опухолей играют роль причины организационного характера:

- а) низкая информированность населения о злокачественных опухолях, недостаточная противораковая пропаганда в печати, по радио и телевидению, представление населения об опухолевом процессе как о неизлечимом заболевании, а отсюда - позднее обращение за медицинской помощью и неизбежно связанная с этим потеря драгоценного времени для успешного лечения заболевания; отказ больного от обследования и лечения;
- б) врачебные ошибки, т.е. недостаточная квалификация в области онкологии врачей общей лечебной сети, которая проявляется в длительном наблюдении и лечении хронических воспалительных процессов без верификации диагноза, в назначении неадекватных методов лечения (например, физиотерапии при злокачественных опухолях мягких тканей), в недостаточном знании семиотики злокачественных опухолей - тенденции базироваться при распознавании новообразований на классической клинической картине распространенного опухолевого процесса, не придавая должного значения синдромам малых признаков, недостаточной осведомленности о клинике ранних форм рака. Нередко врачи пренебрегают такими простыми и информативными методиками, как осмотр и пальпация молочных желез, периферических лимфатических узлов или пальцевое исследование прямой кишки.

Указанные врачебные ошибки являются естественным следствием недостаточной онкологической настороженности в диагностическом мышлении врачей, являющейся ключом к раннему распознаванию рака.

В понятие “ онкологической настороженности” входит:

знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;

знание предраковых заболеваний и их лечение;

организация онкологической помощи, сети лечебных учреждений и быстрое направление больного с обнаруженной или подозреваемой опухолью для обследования и лечения;

тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности, с целью выявления возможного онкологического заболевания;

привычка в трудных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественной опухоли.

На судьбу больного значительно больше может повлиять гиподиагностика, чем гипердиагностика злокачественного процесса. Однако, подчеркивая необходимость онкологической настороженности для раннего распознавания рака, следует иметь в виду, что она не должна быть беспредметной, должна базироваться на объективных данных и знании клиники злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Только при этих условиях она достаточно обоснованно ориентирует врача, где и когда следует заподозрить рак, предопределяет правильную диагностическую тактику в случаях сомнительного или неясного диагноза.

3. Сбор анамнеза. «Синдром малых признаков».

Важное значение в раннем распознавании злокачественных новообразований имеет умело и тщательно собранный анамнез заболевания.

Хорошо собранный анамнез – половина диагноза. Особенно важна его роль для своевременной диагностики опухолей внутренних локализаций. Вместе с тем на ранних стадиях развития новообразования больные могут не предъявлять определенных жалоб, зачастую считают себя здоровыми,

ведут обычный образ жизни. Это диктует необходимость активного сбора анамнеза.

В условиях поликлинической деятельности врача анамнез является основой диагноза и указывает путь дальнейшего объективного обследования больного. Поэтому, безусловно, является ошибочной нередко отмечаемая в повседневной практике тенденция сводить до минимума скрупулезный сбор анамнестических данных и пристальное изучение местного и общего объективного статуса, обосновывая это наличием рентгенодиагностического кабинета, клинической лаборатории, эндоскопического кабинета и т.д.

Не подлежит сомнению, что при распознавании рака, как и любого другого заболевания, необходимо стремиться подтвердить диагноз с помощью квалифицированного рентгенологического, ультразвукового исследования, данных лабораторных методов, использование которых на сегодняшний день значительно расширяет возможности врачей. Однако ни один, даже самый современный диагностический метод, не в состоянии заменить опыт врача, клинический анализ полученных результатов. Нельзя выставить диагноз злокачественной опухоли, основываясь исключительно или по преимуществу на этих данных – в отрыве от клиники заболевания они могут повести по ложному пути. Необходимо разумно сочетать клинические и инструментальные методы исследования.

Клиническая картина злокачественных опухолей зависит от их локализации, морфологических особенностей и стадии заболевания. Кроме местной симптоматики, рост злокачественного новообразования может сопровождаться рядом общих симптомов: это возникновение опухоли на фоне длительно существующего предракового состояния; непрерывное нарастание симптомов болезни; относительная быстротечность развития заболевания (но в случае возникновения опухоли на фоне

предшествующего предракового состояния возможен многомесячный анамнез, например, малигнизация язвы).

При опухолях челюстно-лицевой области на ранних стадиях болезни пациент, как правило, жалоб не предъявляет. Могут возникнуть неясные, необычные ощущения в области пораженного органа. Самопроизвольно возникают боли по ходу зубного ряда, иногда при наличии даже совершенно интактных зубов.

На ранних этапах развития рака внутренних органов в клинической картине нередко доминируют не столько местные признаки анатомических изменений пораженного органа, сколько симптомы общих расстройств функционального характера, являющихся отражением реактивности целостного организма на развивающийся патологический очаг.

Примером может служить описанный А.И. Савицким (1948) “синдром малых признаков” при раке желудка.

К ним относятся:

- 1) немотивированная общая слабость, быстрая утомляемость, сниженная трудоспособность, наблюдаемые на протяжении нескольких недель или месяцев;
- 2) стойкое или кратковременное понижение или потеря аппетита, отвращение к еде или некоторым её видам;
- 3) желудочный дискомфорт – потеря физиологического чувства удовлетворения от принятой пищи, ощущение переполнения желудка, распираания его газами, чувство тяжести, давления в эпигастрии, тупые боли, отрыжка или рвота;
- 4) прогрессирующее похудание, наступающее без видимой причины;
- 5) бледность кожных покровов и слизистых и другие явления анемизации;

б) психическая депрессия, потеря интереса к окружающему, апатия, отчужденность.

В этом синдроме важнейшее место принадлежит не местным желудочным симптомам, которые, главным образом, и привлекают к себе внимание больного и врача, а расстройствам общего характера, являющимся результатом интоксикации или нарушения обменных процессов, обусловленного ростом опухоли. Описанный синдром развивается либо на фоне видимого здоровья, либо, что наблюдается чаще, на фоне предшествовавшего длительного желудочного заболевания - хронического гастрита, язвенной болезни, полипоза желудка.

Как показал опыт, данные признаки, которые считались характерными для ранних форм рака желудка, фактически отражают картину II-III стадии опухолевого процесса.

Синдром малых признаков отнюдь не является патогномоничным для рака желудка и сам по себе не решает проблемы его раннего распознавания. Однако поскольку он выявляется у 80-85% заболевших раком данной локализации, и, как правило, задолго до установления истинного диагноза, он служит тем “сигналом о бедствии”, который побуждает врача выделять каждый подобный случай как особо подозрительный по раку желудка и без промедления добиваться его распознавания всеми существующими способами.

Целесообразно в плане онкологической настороженности отметить некоторые общие признаки, которые могут навести врача на мысль о злокачественной опухоли.

К ним относятся:

немотивированные изменения самочувствия, например, повышенная утомляемость при неизменном режиме труда и быта, сонливость, снижение работоспособности;

изменение привычек, появление отвращения к какой-либо пище, запаху;

ухудшение или изменение аппетита;

немотивированное похудание (даже при сохраненном аппетите);

изменение голоса;

изменение характера кашля;

прогрессирующее ощущение слабости;

нарушение стула;

появление стойких болей в грудной клетке или в животе (или усиление и изменение их характера);

необъяснимое повышение температуры тела;

анемизация;

появление дисфагии или необычных ощущений при прохождении пищи по пищеводу;

появление патологических выделений (кровь в мокроте, повышенная саливация, слизисто-гнойные и кровянистые выделения из прямой кишки, влагалища, носа, соска молочной железы);

нарушение проходимости полых органов (упорный запор);

появление ранее не существовавших видимых или пальпируемых образований или изъязвлений кожи, слизистых;

потеря интереса к окружающему, отсутствие удовлетворения от принятой пищи, от акта дефекации.

При сборе анамнеза врач должен внимательно слушать больного, стараясь не перебивать его, а помогать наводящими вопросами. При наличии патологических симптомов со стороны отдельных органов надо

попытаться выявить характерные признаки злокачественного новообразования с помощью дополнительных вопросов. Не следует ограничиваться выяснением симптомов заболевания какого-либо одного органа. Следует расспросить пациента о наличии других нарушений, встречающихся при поражении данного органа и органов, функционально с ним связанных. Обращается внимание на проведенные ранее лечебные и оперативные пособия, что может оказать помощь при диагностике данного заболевания как рецидива или метастаза ранее удаленной опухоли.

При сборе анамнеза устанавливается длительность заболевания, наличие профессиональных или бытовых вредностей, хронических заболеваний, патологических выделений. Уточняется образ жизни и привычки больного (курение, употребление крепких алкогольных напитков, острой и горячей пищи, жевание бетеля и наса), наследственность; у женщин выясняется гинекологический анамнез. Выявляются ранее перенесенные заболевания, которые могут служить фоном для развития опухоли. Так, для опухолей челюстно-лицевой области ими являются хронический гайморит, лейкоплакия, околокорневая киста); особенно тщательно должны быть обследованы больные, имеющие различные хронические заболевания: язвы, хронические трещины на кожи лица, красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта, хейлиты, стоматиты, остеомиелит, невралгию тройничного нерва.

Сопутствующие возрастные заболевания у пожилых людей могут маскировать картину роста опухоли. Особенно должно насторожить врача торпидное течение хронических заболеваний внутренних органов, неуспешность эффективного ранее лечения, а также появление новых симптомов, несмотря на проводимую терапию.

Следует иметь в виду, что примесь крови в выделениях (например, из носа, из полости рта со слюной) является одним из наиболее частых признаков поражения того или иного органа злокачественной опухолью.

Обращая внимание на боль, надо не только уточнять ее локализацию и иррадиацию, но и отмечать изменение характера, ее сезонность и длительность. В то же время следует помнить, что боль не характерна для раннего рака и более свойственна далеко зашедшему процессу.

Повышение температуры не является обязательным признаком злокачественных новообразований. Однако при таком системном заболевании, как лимфогранулематоз, высокая температура тела, часто сопровождаемая проливающим потом и зудом, является одним из основных симптомов.

Предрасположенность к тому или иному онкологическому заболеванию помогает выявить знание профессиональных вредностей, с которыми человек сталкивался на протяжении жизни. Известно, что у работников анилиновой промышленности чаще развивается рак мочевого пузыря, у рабочих каменноугольных шахт и рудников – рак легкого. Рак слизистой оболочки ротовой полости, языка часто встречается у шоферов, рак кожи и губ – у работников сельского хозяйства, рабочих горячих цехов, химических производств.

Следует обращать внимание на место постоянного проживания больного. Так, в жарких районах с повышенной инсоляцией чаще встречается рак кожи лица и губ.

Нарушение личной гигиены полости рта приводит к появлению кариозных зубов, являющихся источником постоянного инфицирования, хронической травмы слизистой оболочки полости рта, на фоне чего могут возникать злокачественные опухоли.

Таким образом, приведенные данные убедительно показывают ведущую роль научно-обоснованной онкологической настороженности и активно собранного анамнеза в своевременном выявлении даже наиболее трудных для распознавания форм рака.

4. Физикальное обследование больного.

Физикальное обследование больного на ранних стадиях опухолевого процесса может дать мало объективной информации, за исключением случаев визуальных локализаций, которые могут быть распознаны с помощью внимательного осмотра и пальпации. Первые стадии рака внутренних органов часто протекают бессимптомно, что обуславливает трудности ранней диагностики.

Важной составной частью постановки диагноза злокачественной опухоли является осмотр больного. При этом оценивается общее состояние пациента, обращается внимание на состояние кожи и слизистых оболочек, в некоторых случаях можно визуально определить опухоль в брюшной полости или изменение перистальтики (стеноз привратника или толстой кишки).

При поражении опухолью покровных тканей (кожа, слизистая оболочка), доступных для исследования органов (губы, язык, дно полости рта, нёбо, щеки), осмотр является одним из основных методов обследования. При этом определяется наличие асимметрии, деформации лица, сужения глазной щели, смещения глазного яблока, повышенного ороговения кожи, цвет покровных тканей в области опухоли и вокруг неё, вид, локализация и размеры новообразования, близость к жизненно важным органам (например, при раке верхней челюсти при осмотре можно увидеть асимметрию лица, сглаженность носогубной складки, экзофтальм.

Характерно наличие изъязвлений, появляющихся без видимой причины, трещин на слизистой оболочке альвеолярных отростков челюстей, а также кровянисто-гнойные выделения из одной половины носа, затруднения носового дыхания. Уточняется время появления новообразования, его динамика. Так, прогрессирующее увеличение инфильтрата, язвы, которые не уменьшаются после устранения причины их возникновения (например, травмирующий слизистую оболочку полости рта зуб, протез), позволяет

заподозрить наличие злокачественной опухоли. Признаками злокачественного новообразования могут быть патологическая подвижность зубов, парестезии, боли в интактных зубах, слизистой оболочке полости рта и коже лица.

Осмотр начинается с пораженной области и зоны возможного регионарного метастазирования. Однако необходимо помнить, что локальное поражение может явиться отдаленным метастазом опухоли, локализующейся первично в ином месте; возможно синхронное возникновение множественных опухолей. Кроме того, полный осмотр больного позволяет выявить сопутствующую патологию, что может повлиять на объем обследования и лечения. Встречающееся в литературе описание онкологических больных как истощенных, адинамичных, угнетенных, с сухой, бледной или с желтушным оттенком кожей, более характерно для пациентов с распространенным опухолевым процессом.

Осмотр и обследование полости рта.

Обращают внимание на общее состояние слизистой оболочки, ее десневого края, на изъязвления и их характер, на нарушенные контуры альвеолярного отростка и тела нижней или верхней челюсти.

Иногда с самого начала рак слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей имеет вид язвы, проявляющей склонность к дальнейшему разрастанию. Признаками злокачественного характера язвы служат значительная плотность, вывернутые, бугристые края, покрытое крупнозернистыми возвышениями дно, кровоточивость при пальпации, слабая болезненность, хрящевидное уплотнение краев язвы.

Патогномоничным признаком опухоли служит патологическая подвижность зубов. При злокачественной опухоли нет разрыхления десен, углубления десневых карманов и гнойного отделяемого из-под десны при пальпации. При маргинальном периодонтите поражаются почти все зубы,

а не избирательно какие-либо их группы. Патологическая подвижность зубов возможна и при неправильно изготовленном протезе.

Для злокачественной опухоли характерны обильное, частое кровотечение из лунки после удаления подвижного зуба. При обследовании лунки тонким зондом можно обнаружить ее разрушение и заполнение распадающейся опухолью, что иногда ошибочно принимается за грануляции.

При осмотре полости рта необходимо установить, имеют ли место длительное механическое травмирование тканей плохо изготовленными зубными протезами, пломбами, полуразрушенными коронками зубов, а также предраковые заболевания. Необходимо упомянуть о неправильном смыкании зубов, когда зубы-антагонисты одной челюсти в течение длительного времени травмируют слизистую оболочку другой челюсти.

Обращается внимание на тембр голоса больного – увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы могут привести к парезу возвратного нерва и охриплости, осиплости голоса. Изменение походки и позы указывает на возможное поражение костей таза, конечностей, позвоночника.

При сдавлении опухолью полых вен могут быть заметны расширенные и застойные вены брюшной и грудной стенок. Ателектаз, сопровождающий рак легкого, может вызывать западение, отставание при дыхании половины грудной клетки. Для рака молочной железы характерны симптомы «лимонной корки», умбиликации, втяжения соска, выявляемые при осмотре. Рак кожи, языка, наружных половых органов на ранних стадиях развития может проявляться в виде узелка, отграниченного уплотнения, трещины или язвочки с уплотненным дном и плотными краями. Сдавление симпатического ствола может вызвать синдром

Горнера, который проявляется односторонним сужением глазной щели, западением глазного яблока и сужением зрачка.

В органах, доступных пальпации, чертами, характеризующими злокачественную опухоль, являются бугристость поверхности, плотная консистенция, как правило, безболезненность и более четкая форма и границы затвердения, чем, например, в очаге воспалительного происхождения. Пальпация позволяет определить величину и форму опухоли, ее консистенцию, подвижность, связь с окружающими органами и тканями, болезненность, наличие изъязвлений, инфильтратов и помогает выяснить, из какого органа она исходит.

Пальпация помогает диагностировать рак молочной железы, опухоли мягких тканей, лимфогранулематоз и др.

Обязательной является пальпация зон возможного метастазирования опухоли, в первую очередь, лимфатических узлов. К поверхностным лимфоузлам, доступным пальпации, относятся подчелюстные, шейные, над - и подключичные, подмышечные, паховые. Вероятность метастатического поражения лимфоузлов зависит от локализации опухоли: при раке молочной железы метастазы обнаруживаются в подмышечной впадине, под и над ключицей; при опухолях, расположенных на нижних конечностях, наружных половых органах, в анальном канале - в паховой области и т.п. Ряд опухолей имеет типичное расположение метастазов, так, для рака органов желудочно-кишечного тракта характерны метастаз Вирхова или «сторожевой», «сигнальный» (в лимфатические узлы левой надключичной области), в пупок, метастаз Крукенберга (в яичники), метастаз Шнитцлера (в область пузырно-прямокишечной клетчатки). Пальпацию лимфоузлов следует проводить в положении больного как стоя, так и лежа, рекомендуется одновременная пальпация обеими руками симметричных сторон. Лимфатические узлы, пораженные метастазами, обычно плотнее здоровых, увеличены, округлой формы, иногда бугристы,

безболезненны, имеют четкие границы, в отличие от воспалительных, могут быть спаяны с окружающими тканями и другими лимфатическими узлами. Расположение их часто бывает несимметричным, они располагаются цепочкой; при далеко зашедших стадиях зачастую сливаются в конгломераты. На шее такие метастазы часто спаяны с элементами сосудисто-нервного пучка шеи, кивательной мышцей, краем нижней челюсти. Нередко среди нормальных лимфатических узлов в паховой, подмышечной и прочих областях можно прощупать единичный метастатический плотный и безболезненный узел.

Метастазирование злокачественных опухолей верхней челюсти осуществляется чаще лимфогенным путем. При саркомах возможен и гематогенный путь распространения опухоли. Лимфоотток от тканей верхнечелюстной пазухи и верхней челюсти осуществляется в основном в заглоточные и верхние глубокие шейные лимфатические узлы, а также в околоушные, предушные лимфатические узлы. Из передних отделов челюсти лимфа оттекает в поднижнечелюстные лимфатические узлы.

В отличие от пораженных метастазами лимфатических узлов для туберкулезного лимфаденита характерно двустороннее расположение увеличенных лимфатических узлов различной плотности. Они безболезненные или мало болезненные, прощупываются в виде одиночных смещаемых круглых образований, имеющих гладкую поверхность. Часто имеют место «пакеты» лимфатических узлов с явлениями периаденита. Увеличенные лимфоузлы иногда подвергаются обратному развитию или же, размягчаясь, казеозно разрушаются с образованием свищей. При сифилисе в третьей стадии чаще выявляются небольшие, плотные, смещаемые лимфатические узлы. Часто они одновременно прощупываются в локтевых ямках, в паховой области. При воспалительных процессах челюстей обнаруживаются увеличенные, одиночные, болезненные лимфоузлы.

Обязательна пальпация брюшной полости и особенно печени, ввиду частой локализации в ней метастазов при раке легких, желудочно-кишечного тракта и других органов. Печень, пораженная метастазами, увеличена, бугриста, плотна, безболезненна. Кроме того, следует обратить внимание на наличие или отсутствие в брюшной полости асцитической жидкости и уплотнений.

Немаловажное значение для определения распространенности опухолевого процесса имеет пальцевое исследование прямой кишки; у женщин проводится вагинальное исследование, позволяющее выявить опухоли женских половых органов, метастазы в прямокишечно-маточное углубление, яичники.

Частое метастазирование в кости (рак легкого, молочной железы, предстательной железы) заставляет внимательно обследовать скелет, обращая внимание на болезненность в области остистых отростков позвонков, подвижность суставов.

Перкуссия применяется для определения границ опухоли, ее консистенции, наличия свободной жидкости в брюшной и плевральной полостях.

Аускультация является незаменимым методом для выявления дополнительных симптомов при легочной патологии. Кроме того, данный метод позволяет заподозрить патологический процесс воспалительного или опухолевого характера в верхнечелюстной пазухе (ВЧП).

Аускультацию пазухи производят стетоскопом. Если ВЧП не изменена, при дыхании больного прослушивается амфорический шум. Если слизистая оболочка утолщена, шум на пораженной стороне приглушен. При опухолях, выполняющих ВЧП, шумы не прослушиваются.

Немаловажное значение в диагностике злокачественных опухолей, их осложнений и определении прогноза имеют лабораторные методы

исследования. Так, врача должно насторожить наличие скрытой крови в выделениях (кале, мокроте, моче). Характерным симптомом является повышение СОЭ, несколько реже отмечается лимфоцитопения, анемия, лейкоцитоз или лейкопения. Особую роль в диагностике злокачественных опухолей имеет выявление опухолевых маркеров в крови и других биологических жидкостях, ценность которых определяется их ролью в дифференциальной диагностике, оценке эффективности лечения и мониторинге.

5. Дополнительные методы обследования.

При раке внутренних органов, недоступных непосредственному физикальному обследованию, типичные черты выявляются с помощью тщательного общеклинического обследования с учетом данных лабораторных и инструментальных методов, среди которых важнейшая роль принадлежит рентгенологическим, эндоскопическим, морфологическим. Широкое распространение получили ультразвуковая диагностика, радионуклидная диагностика, термография.

Рентгенологический метод занимает одно из ведущих мест в обследовании онкологических больных. Он позволяет решить вопрос о наличии или отсутствии изменений в том или ином органе и системе, уточнить характер опухолевого процесса, дает возможность наблюдения за динамикой патологических изменений как в процессе, так и по окончании лечения. В практику рентгенологических исследований внедряются дополнительные и специальные методики: бронхография, томография, пневмомедиастинография, ангиография (в диагностике интраторакальных опухолей), пневмо- и ретропневмоперитонеум, рентгенокинематография, париетография (в диагностике опухолей пищеварительного тракта и брюшинного пространства), различные виды искусственного контрастирования – пневмопельвиография, гистеросальпингография,

лимфография, пиелография, цистография (в диагностике опухолей мочеполовой системы) и др.

При диагностике опухолей челюстно-лицевой области используется обзорная рентгенография, рентгенография черепа в носоподбородочной проекции, рентгенография придаточных пазух носа в лобно-носовой проекции, рентгенография фронтального отдела (от клыка до клыка), рентгенография боковых отделов (область третьего нижнего моляра и задние отделы ветви), рентгенография боковых отделов (задняя проекция), ортопантомография, контрастная рентгенография или томография верхнечелюстной пазухи, томография черепа.

Для решения вопроса о наличии прорастания опухоли или метастазов нашее в магистральные сосуды используется ангиография. С помощью рентгенологического метода возможно определение структуры, границы костных опухолей, наличия остеопороза, остеосклероза.

Рентгенологическими признаками злокачественных опухолей челюстных костей являются интенсивное разрушение кости, нечеткость границ, неровность (изъеденность) контуров, неправильная форма дефекта костной ткани, нарушение рисунка костной ткани.

В кости лицевого скелета чаще метастазируют рак легкого, молочной, щитовидной и предстательной желез.

Большое место в онкологии в настоящее время отводится эндоскопическим методам исследования. Такой метод представляет возможность не только осмотреть опухоль, но и получить мазок, смыв или произвести биопсию (комплексное эндоскопическое исследование).

Эндоскопические методы обследования в онкологии приобретают все большее значение в связи с необходимостью иметь морфологическую верификацию диагноза. Эндоскопические признаки опухоли бывают прямыми, когда врач видит опухоль или опухолевую язву и может взять

биопсию или мазок для цитологического исследования, и косвенными, когда опухоли не видно, но определяются признаки, которые с той или иной степенью вероятности говорят о её наличии.

В диагностике опухолей челюстно-лицевой области используются риноскопия. Передняя риноскопия. С помощью носового зеркала осматривают обе половины полости носа.

При передней риноскопии можно:

выявить изменения слизистой оболочки полости носа;

выявить деформацию медиальной стенки верхнечелюстной пазухи в полость носа, дна полости носа;

обнаружить в полости носа опухолевидные разрастания из верхнечелюстной пазухи или решетчатой кости в полость носа;

взять участок ткани опухоли из полости носа для патогистологического исследования;

пунктировать верхнечелюстную пазуху и провести контрастную рентгенографию синуса;

пунктировать верхнечелюстную пазуху для её инстилляции, получить пунктат, отцентрифугировать его и направить на цитологическое исследование на наличие клеток атипического эпителия.

Задняя риноскопия. Проводится осмотр задних отделов носовой полости и части носоглотки. В зеркальном отражении виден задний край сошника, а по обеим его сторонам - хоаны с лежащими в их просвете задними концами нижних, средних, а иногда и верхних носовых раковин.

В диагностике злокачественных новообразований широко применяется патоморфологическое исследование. Оно позволяет определить характер патологического процесса (опухоль или воспаление), гистологическую

принадлежность опухоли, степень дифференцировки клеточных элементов, доброкачественность или злокачественность новообразования, границы распространения процесса, взаимоотношение с окружающими тканями для выбора адекватной тактики лечения и определения прогноза заболевания. В клинической практике применяются аспирационная, инцизионная и эксцизионная биопсия.

Патоморфологический метод является наиболее достоверным для диагностики опухолей. Морфологическая верификация необходима для назначения химио-, гормонотерапии, лучевой терапии, а также для контроля в процессе и в конце лечения.

Важна роль патоморфолога в условиях выбора интраоперационной тактики. Определяя природу, характер роста, глубину инвазии, степень распространения злокачественной опухоли, а также информируя об особенностях её течения, рецидивирования и метастазирования, патоморфолог помогает формированию дальнейшей тактики ведения данного больного, например, выбору адекватного объема необходимого хирургического вмешательства (так, при подозрении на рак молочной железы и отсутствии морфологического подтверждения после пункционной биопсии производят секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием, в случае подтверждения диагноза злокачественного новообразования производят радикальную мастэктомию). Для этого также необходимы данные о локализации патологического очага, возрасте больного, клиническом течении опухолевого процесса, что определяет необходимость тесного сотрудничества патоморфолога и клинициста. При невозможности произвести срочную биопсию желательно максимально сократить сроки между биопсией и радикальной операцией или облучением.

Исследование операционного материала позволяет уточнить или изменить клинический диагноз. В случае выполнения операции после

неoadъювантной лучевой или лекарственной терапии патоморфолог может определить степень эффективности примененного лечения по таким показателям, как изменение структуры опухоли, характер реакции стромы, число митотических фигур, гистохимические критерии.

Следует подчеркнуть, что диагностическая ценность результатов гистологического исследования не является абсолютной и часто зависит от того, насколько точно и правильно взята биопсия. Поэтому её отрицательный результат при наличии соответствующих клинических данных не позволяет полностью отвергать диагноз опухоли. В сомнительных случаях проводят повторные биопсии.

Все большее распространение в диагностике злокачественных новообразований получает и другой морфологический метод - цитологическое исследование. В зависимости от способа получения материала выделяют эксфолиативную (цитологию смывов) и неэксфолиативную (аспирационную) цитологию.

Цитолог анализирует отдельные клетки или их группы, воссоздавая патологический процесс по разрозненным деталям; вместе с тем цитологически лучше видна тонкая структура клеток, легче провести многие гистохимические реакции. Если прицельная биопсия позволяет исследовать лишь небольшой участок ткани, то цитологический соскоб или смыв дает возможность получить материал со значительно большей по площади поверхности стенки органа. При цитоморфологическом исследовании учитывается до 180 различных признаков, позволяющих отличить клетку злокачественной опухоли от неопухолевой. Это увеличенное ядерно-цитоплазматическое соотношение, гиперхромия ядер, глыбчатая или грубая структура хроматина, увеличение числа и размеров ядрышек, неправильная форма клеток, ядер и др.

Не всегда при однократной пункции удастся получить информативные положительные результаты. Но отрицательный результат не всегда означает, что у больного нет опухоли, так как неинформативность материала может быть связана с техническими трудностями при его получении. Необходимо сопоставление результатов цитологического исследования с клинической картиной заболевания у конкретного пациента.

Благодаря возможности выполнения на амбулаторном этапе обследования, простоте метода, а также возможности повторного применения, цитологическое исследование играет важную роль в качестве скрининга при массовых профилактических осмотрах. Широко используется интраоперационная цитологическая диагностика, помогающая хирургу эффективно и достоверно определить степень распространения опухоли, выбрать адекватный объем операции.

Одно из преимуществ цитологического метода состоит в возможности обнаружения начальных стадий рака и диспластических состояний, в местах, не доступных визуальному контролю.

Большое значение имеет цитологическое исследование для диагностики рака шейки матки (исследуются мазки с поверхности шейки матки, наружного маточного зева и цервикального канала). Важным разделом клинической цитологии является кольпоцитология, позволяющая установить гормональный статус женщины для последующего лечения.

Цитологическое исследование широко применяется в диагностике рака легкого: проводится трансторакальная пункционная биопсия при периферическом раке, для верификации метастазов в легкие; выполняется многократное исследование мокроты и смывов, полученных при бронхоскопии. Цитологический метод применяется в комплексе с клиническим исследованием и маммографией для выявления рака

молочной железы; при этом материалом служат выделения из соска, пунктаты опухолевых образований и уплотнений, мазки-отпечатки и соскобы с изъязвленной поверхности ареолы.

При подозрении на опухоль кожи проводится цитологическое исследование материала, полученного путём отпечатков с изъязвленной поверхности, соскобов и пункции тонкой иглой.

Пункция не оказывает влияния на дальнейший рост опухоли и метастазирование. Исключением является меланома, при которой биопсия с частичным иссечением опухоли, а также пункция противопоказаны.

Преимущество пункционной биопсии состоит и в том, что она осуществима в тех случаях, когда по техническим причинам трудно выполнить инцизионную биопсию (например, локализация опухоли за грудиной). Нет такого органа, из которого нельзя было бы получить материал для цитологического исследования путём аспирационной биопсии.

Таким образом, цитолог и патоморфолог выполняют аналогичные задачи, но используют разные материалы для исследования и методические приемы. Задача онколога состоит в том, чтобы в зависимости от клинической ситуации использовать оба метода в оптимальной комбинации для получения максимального диагностического результата.

6. Этапы установления диагноза злокачественного новообразования.

Подводя итог вышесказанному, можно выделить три этапа установления диагноза злокачественного новообразования:

- 1) выявление опухоли;
- 2) определение степени распространения процесса (т.е. стадии заболевания);
- 3) морфологическое подтверждение (верификация диагноза).

Использование всех перечисленных методов имеет огромное значение для ранней диагностики рака и требует соответствующей организации лечебно-диагностического учреждения и высокой онкологической квалификации врачей всех профилей: хирургов, терапевтов, гинекологов, рентгенологов, клинических лаборантов, а также их онкологической грамотности и чувства ответственности за ошибочно или несвоевременно поставленный диагноз. При этом необходимо соблюдать комплексность и систематичность исследования – глубокое изучение жалоб больного и активный сбор анамнеза заболевания, использование необходимых объективных методов исследования для выявления первичного опухолевого очага, зон регионарного и отдаленного метастазирования.

Таким образом, решающим фактором в своевременном распознавании рака является правильная организация противораковой борьбы, основанной на соответствующих знаниях онкологии врачами и средним медицинским персоналом учреждений общей лечебной сети, в том числе работающим на фельдшерско-акушерских пунктах и в смотровых кабинетах. В связи с этим большое значение имеет уровень преподавания онкологии в медицинских вузах и в медицинских училищах, а также различных курсах по повышению квалификации в области онкологии (постдипломное обучение).

Стратегия обучения студентов медицинских вузов и врачей является одним из действенных путей улучшения ранней диагностики онкологических заболеваний. До сих пор в большинстве руководств и учебников по терапии, хирургии, гинекологии и других, в разделах, касающихся онкологических заболеваний, содержится информация о клинических проявлениях преимущественно распространенных опухолей (III–IV стадий). Таким образом, мышление врача уже на студенческой скамье фактически ориентируется на поиск злокачественной опухоли в запущенной стадии, когда сколько-нибудь эффективное лечение практически невозможно. Это обуславливает необходимость переориентации клинического мышления врача на выявление ранних форм злокачественных опухолей, применения современных методов диагностики с целью своевременного выявления данной патологии, обращения особого внимания на группы лиц, среди которых возникновение злокачественных опухолей наиболее вероятно (группы риска) и проведения соответствующих организационных мероприятий.