

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Гафуров Джумъаназар Мирзорахимович

Проверил: к.м.н., А.В. Поляков

Красноярск 2021

Содержание:

1.Введение.....	3
2.Этиология и патогенез.....	4
3.Формы злокачественного роста.....	6
4.Классификация.....	7
5.Клиническая картина.....	9
6.Влияние курения.....	11
7.Диагностика.....	13
8.Лечение.....	14
9.Прогноз.....	16
10.Профилактика.....	17
11.Заключение.....	18
12.Литература.....	19

1. Введение

Рак нижней губы - злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы с вторичным поражением кожи и слизистой оболочки губы.

По статистическим данным, Рак губы составляет около 3% всех злокачественных опухолей (8-9 место). Рак верхней губы распространен 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.

Я выбрал эту тему, так как она актуальна в наше время и в большинстве случаев причинами возникновения рака губы являются курение - этой вредной привычкой злоупотребляют большинство людей. Этим я хочу донести, стоит ли губить свое здоровье ради капли никотина!!!!!!!

2. Этиология и патогенез

Признаки заболевания выражаются в дискаретозе губ, папилломах, эрозивных формах лишая и хейлите. В большинстве случаев дискатериоз выглядит, как язвочки и трещинки на внутренней стороне губ. Значительной склонностью к злокачественному перерождению обладают эритроплакии, диффузные дискератозы, кератоакантомы.

Факторы риска, способствующие развитию рака губы

- Табак. Курение сигарет, сигар и трубок, а также жевание табака, никотиновых жвачек, является самой главной причиной вызывающей рак губы. Американские сенаторы стремятся сделать предупреждения на сигаретных пачках более убедительными, так на пачках будут печататься предупреждения о вреде сигарет в виде фотографий пораженных раком легких и других эффектов сигарет. Согласно требованиям надзорных организаций, на пачках будут печататься картинки размером, как минимум, 50% от пачки. Графические цветные картинки будут изображать гангрену, рак гортани, языка и губ. Графические предупреждения уже апробированы в Бразилии и Канаде и, по результатам исследований, такие маркеры действительно работают.
- Алкоголь. Злоупотребление алкоголем также может вызвать рак губы.
- Частое пребывание на солнце, способствует развитию рака губы в будущем.
- Семейная и персональная история. Люди, имеющие в анамнезе рак головы и шеи, могут развить рак губы в будущем. Эту причину также усугубляет курение.
- Вирус папилломы человека. За последние десятилетия в США значительно увеличилось количество онкологических заболеваний полости рта, связанных с вирусом папилломы человека. Исследователи связывают эту тенденцию с модой на оральный секс. Известно, что злокачественные новообразования слизистой рта, губы, гортани и языка могут быть вызваны вирусом папилломы человека. Вирус папилломы человека является ведущей причиной и другого, гораздо чаще встречающегося онкологического заболевания, такого как рак шейки матки. В обоих случаях заражение происходит половым путем при контакте с гениталиями зараженного человека. Ученые использовали данные нескольких

- эпидемиологических исследований, охвативших 45,7 тысяч случаев онкологических заболеваний ротовой полости, зарегистрированных в США в период с 1973 по 2004 год. Оценив динамику роста числа опухолей, ученые пришли к выводу, что количество связанных с заболеваниями вируса папилломы человека неуклонно росло, а средний возраст пациентов снижался. За весь охваченный период число ежегодно выявляемых злокачественных новообразований этого типа, увеличилось почти на 25%, и в среднем 0,8% в год. По мнению авторов исследования, эта тенденция напрямую связана с последствиями сексуальной революции, потому что оральный секс перестал быть табу, увеличилось и число половых партнеров среднестатистического американца.
- Блеск и бальзам для губ. Американские дерматологи предостерегают, что сияющие блески и бальзамы для губ притягивают ультрафиолетовые лучи, что способствует увеличению риска возникновения рака кожи. По мнению дерматологов, кожа губ более чувствительна к действию вредных солнечных лучей и более склонна к развитию рака. Если возникает рак нижней губы, он протекает более агрессивно и метастазирует в окружающие лимфатические узлы. Сияющие бальзамы и блески для губ не обеспечивают губам защиту. Вместо этого они притягивают солнечные лучи. Многие люди не понимают, что, нанося на губы что-то прозрачное и блестящее, они увеличивают проникновение солнечных лучей. На солнце женщинам можно наносить прозрачный блеск только на слой защитного крема или помады. Также дерматологи советуют, что при выходе на улицу дольше, чем на 20 минут, необходимо нанести на кожу губ солнечную защиту с SPF 30. Защиту необходимо наносить с утра под помаду или блеск, а затем еще несколько раз в день. Ученые также советуют как можно чаще обследовать свои губы на предмет рака. При наличии каких-либо изменений поверхности кожи губ, таких как если кожа стала белой или матовой, или она постоянно трескается и шелушится, необходимо немедленно проконсультироваться с врачом.
- Гигиена. При несоблюдении гигиены, также проявляется склонность к развитию рака.
- Хронические заболевания губ, такие как кератоз, хейлит, лишай и др.
- Хроническое воспаление дёсен, а также нелеченные зубы способствуют развитию рака губы

3. Формы злокачественного роста

Рак нижней губы - злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы с вторичным поражением кожи и слизистой оболочки губы. Имеет строение плоскоклеточного ороговевающего или неороговевающего рака.

Для плоскоклеточного ороговевающего рака характерны экзофитная форма роста, медленный рост, незначительная инфильтрация окружающих тканей, Редкое метастазирование, позднее изъязвление. Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны эндофитная форма роста, раннее изъязвление, пораженная инфильтрация окружающих тканей, частое метастазирование, быстрый рост. Лимфогенное метастазирование происходит в 5-8 % случаев, в регионарные лимфатические узлы - глубокие яремные, подчелюстное, подбородочные.

Гематогенное метастазирование происходит в 2 % случаев, преимущественно в легкие.

Клинически рак губы делят на 3 формы:

1. Папиллярная
2. Бородавчатая (на почве диффузного продуктивного дискератоза)
3. Язвенная и язвенно-инфильтративная (развивается из эритроплакии)- наиболее злокачественная форма.

4.Классификация

TNM- классификация

- Первичная опухоль:

- T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

- T₀ — первичная опухоль не определяется.

- T₁ — неинвазивный рак (carcinoma in situ).

- T₁ — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

- T₂ — опухоль до 4 см в наибольшем измерении.

- T₃ — 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_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

- N₀ — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

- N₁ — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении.

- N₂ — 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_{2a} — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.

- N2b — метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.
- N2c — метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.
- N3 — метастаз в лимфатических узлах более 6 см в наибольшем измерении.
- M — отдалённые метастазы.
- Mx — недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.
- M0 — нет признаков отдалённых метастазов.
- M1 — имеются отдалённые метастазы.
- Группировка по стадиям.
- Стадия 0 — Tis.
- Стадия I - T1N0M0.
- Стадия II - T2N0M0.
- Стадия III - T1-2N1M0, T3N0-1M0.
- Стадия IVA - T1-3N2M0.
- Стадия T4a - N0-N2M0.
- Стадия IVb T4b любая NM0, любая T при N3M0.
- Стадия IVc любая T, любая N при M1.

5. Клиническая картина

Симптомы рака губы разнообразны и обусловлены предшествующими предопухолевыми заболеваниями и морфологическим типом опухоли.

В ранних стадиях вокруг уплотнения или эрозии появляется небольшой валикообразный венчик по краям, что свидетельствует об озлокачествлении процесса. Папиллома, кожный рог, очаг веррукозной лейкоплакии, бородавчатый или узелковый предрак развиваются в экзофитные формы рака. Процесс длится долго, инфильтрация подлежащих тканей увеличивается постепенно. Деструктивные формы дискератоза, хейлит Мanganotti, другие язвенные процессы развиваются в эндофитные формы рака - язвенную и язвенно-инфильтративную.

В поздних стадиях граница между клинико-анатомическими формами рака стираются. При отсутствии лечения дно язвы достигает мышечного слоя, опухолевая инфильтрация распространяется на всю губу, ткани подбородка, дно полости рта, щек, нижнюю челюсть.

Усиливается распад тканей, присоединяется вторичная инфекция, нарушается питание, развивается истощение.

Для рака губы характерно лимфогенное метастазирование.

Метастазы могут развиваться с двух сторон (25%). Метастазирование рака нижней губы при I стадии наблюдается в 2-6% случаев, при II стадии - в 15-20%, при III стадии - в 35% и при IV стадии - в 70% случаев.

Отдаленные метастазы рака нижней губы наблюдаются редко (2%), в основном в легкие.

Рак верхней губы протекает, как правило, более злокачественно, в связи с особенностями лимфообращения и метастазирования.

Первые симптомы рака губы – это язва, либо уплотнение, зуд, боль, неприятные ощущения во время еды, в некоторых случаях непроизвольное слюнотечение. В том случае, если образование увеличивается, либо

распространяется на нижнюю челюсть или щеку, нужна срочная консультация квалифицированного врача-онколога.

Во время первичного осмотра наблюдается шероховатое уплотнение, на котором расположен струп. Если струп пальпировать, не возникает никаких болезненных ощущений, если же его снять, возникает сильная боль, кровотечение, становятся видны бородавчатые разрастания. Через некоторое время бородавчатые разрастания превращаются в узел, внешне похожий на цветную капусту. Если узел умирает, под ним появляется неровная язва.

В том случае, если пациент пришел к врачу-онкологу с подозрением на развивающийся рак губы, кроме пальпации и первичного осмотра производится ультразвук и рентген челюсти, лимфатических узлов шеи и верхнего отдела груди. Данные исследования позволяют определиться, насколько распространились метастазы. После этого производится соскоб язвы и пункция лимфоузлов (требуется для проведения цитологического исследования). Если же результат отрицателен, дополнительно проводится биопсия образования на губе.

Самое опасное при раке губы – это распространение метастаз на лимфоузлы. Через некоторое время лимфатические узлы превратятся в кровоточивые инфильтраты, из-за которых будет разрушена челюсть, кроме того, метастазы распространяются на язык и кости.

На ранних стадиях рака губы, если не обнаружено метастаз, новообразование лечится криогенной терапией, либо введением радиоактивных игл в опухоль. Помните, что третья и четвертая стадия заболевания потребуют хирургического вмешательства, после чего придется пройти курс химиотерапии и облучения.

6. Влияние курения

В настоящее время роль курения как фактора, обладающего канцерогенным действием на слизистую оболочку, доказана экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями. Среди больных с предраковыми поражениями курильщиков большинство. Курение «совмещает» в себе механическую травму и химическое раздражение слизистой оболочки продуктами перегонки табачного дыма, вызывает повторные ожоги губ горячим табаком и папиросной бумагой.

Под действием табачного дыма развиваются паракератоз и акантоз слизистой оболочки, термическое действие сигареты усугубляет этот процесс. При взаимодействии продуктов сгорания табака со слюной в условиях высокой температуры образуются канцерогенные вещества: пирен, антрацен, 3,4-бензпирен. Канцерогенны также полициклические углеводороды, трехвалентный мышьяк и, главное, радиоактивный полоний, содержащиеся в табачном дыме. Количество радиоактивного полония увеличивается, если курят торопливо, выкуривают сигарету до конца, глубоко затягиваются. Не менее вредно курение для тех, кто глубоко не затягивается, так как радиоактивный полоний концентрируется в слюне, а табачный дым, накапливаясь в полости рта, активнее действует на слизистую оболочку. Среди химических канцерогенов на слизистую оболочку и красную кайму губ оказывают воздействие соединения мышьяка, ртути, висмута, антрацит и жидкие смолы, а также соединения, образующиеся при увлажнении льна между губами у лиц, занятых на производстве льняного волокна.

Из всех предопухолевых изменений наибольшее влияние курение оказывает на развитие лейкоплакии. Число курильщиков среди больных лейкоплакией составляет 81 %, особенно часто лейкоплакия локализуется в углах рта.

В этиологии опухолей слизистой оболочки определенную роль придают алиментарным факторам в виде нарушения ритма и полноценности питания: изменение минерального состава пищи, недостаток витаминов группы В и особенно витамина А, вызывающих нарушение процессов кератинизации.

Предопухолевыми процессами с высокой частотой озлокачествления для красной каймы губ являются бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз хейлит Манганотти.

К предопухолевым процессам с малой частотой озлокачествления относятся веррукозная лейкоплакия, кертоакантома, кожный рог, папиллома с озлокачествлением, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой хейлит и стоматит.

7.Диагностика

Уточняют профессию больного и контакты с вредными веществами.

Обследование:

- осмотр и пальцевое исследование губы, щёчно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей;
- пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости (по показаниям);
- рентгенография нижней челюсти, ортопантомография (по показаниям);
- мазки-отпечатки для цитологического исследования (при изъязвлении) или биопсия зоны поражения; • цитологическая пункция лимфатических узлов шеи при их увеличении.

Кроме того, необходимо провести дополнительную дифференциальную диагностику, чтобы исключить:

- паракератоз и акантоз
- венерические заболевания (твердый шанкр)
- лейкоплакию
- ограниченный гиперкератоз
- хейлит Манганотти
- папиллому
- кератоакантому

- кожный рог
- эрозивно-язвенную форму системной красной волчанки и красного плоского лишая.

8. Лечение

Выбор метода лечения зависит в основном от распространенности процесса (стадии) и типа роста опухоли. Необходимо учитывать возраст больного и наличие сопутствующей патологии. Лечение заключается в воздействии на первичный очаг и зоны регионарного метастазирования.

При I-II стадиях излечение рака губы может быть достигнуто несколькими методами:

Криогенный метод - это воздействие на опухоль жидкого азота с температурой кипения -196 гр.С. Этот метод наиболее эффективен со 100% излечением, функционально-щадящий, т.к. показан лицам преклонного возраста и страдающим тяжелой сопутствующей патологией, может быть применен однократно в амбулаторных условиях.

Лучевой метод - близкофокусная рентгенотерапия (50-65 Гр), внутритканевая радиевая терапия (50-70 Гр), электронная терапия (СОД 50-70 Гр).

Хирургический метод применяется при невозможности использования криогенного или лучевого лечения.

Фотодинамическая терапия - лазерное воздействие на фоне местного или внутривенного введения фотосенсибилизирующего препарата при ограниченных поверхностных поражениях.

Профилактическая операция на шее при I-II стадиях показана только при отсутствии возможности динамического наблюдения онколога у больных с неблагоприятными факторами прогноза (мужчины молодого возраста, неороговевающий тип плоскоклеточного рака, инфильтративная форма роста).

При III стадии без метастазов в регионарных лимфатических узлах лечение может быть проведено:

их сочетание. Профилактическая операция на шее производится по тем же показаниям, что и I-II стадиях.

Операция на шее может быть выполнена одновременно с криогенным воздействием.

криоаппликацию, криоорошение или сочетанное лучевое лечение в СОД 60-70 Гр). В зону лучевого воздействия включаются Лучевым методом (Криогенным методом, используя зоны регионарного метастазирования.

Комбинированным методом (предоперационная гамма-терапия в СОД 40-50 Гр. на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования с последующей операцией.

При местно-распространенном раке губы без метастазов или с одиночными метастазами в регионарных лимфатических узлах (IV стадия) возможно проведение комбинированного лечения с последующей расширенной операцией и первичной или отсроченной пластикой.

Химиотерапия проводится препаратами платины, фторурацилом, метотрексатом, блеомицином.

При ограниченных рецидивах рака губы показано хирургическое или криогенное лечение. При распространенных рецидивах возможно выполнение расширенных хирургических вмешательств с одновременной пластикой нижней губы.

9. Прогноз

Прогноз зависит от распространенности рака губы, своевременности лечения и опыта онколога. На результаты лечения во многом влияют оценка распространенности опухолевого процесса и метод, который впервые был использован. В общем, прогноз можно считать более благоприятным, чем при злокачественных опухолях органов полости рта и верхних дыхательных путей. Однако прогноз резко ухудшается при появлении множественных регионарных метастазов. Трудоспособность после излечения в большинстве случаев восстанавливается, но нередко больному приходится менять прежнюю работу на открытом воздухе на работу в других условиях.

Стойкое излечение при раке нижней губы достигается в 60-70% случаев. Такие результаты получены преимущественно при злокачественной опухоли I-II стадии. При раке нижней губы III стадии отдаленные результаты значительно хуже – 5-летняя выживаемость составляет 30-40%. При множественных и двусторонних регионарных метастазах стойкое излечение наблюдается редко. В последние 20 лет в онкологическую практику прочно вошел криогенный метод лечения рака и рецидивов рака губы, среди других методов он занял ведущее место.

10.Профилактика

- Профилактические осмотры населения, диспансеризация лиц, составляющих группу повышенного риска, санитарно-просветительная работа.
- Проведение гигиенических мероприятий, санация полости рта, адекватное протезирование.
- Лечение фоновых заболеваний, предопухолевых изменений слизистой оболочки:
- применение индифферентных мазей и гигиенических средств защиты губ у лиц, чья профессия связана с вредными воздействиями на губы и подвергающихся длительным неблагоприятным метеорологическим факторам;
- отказ от вредных привычек (курение, употребление жевательных смесей, раздражающих слизистую оболочку губ) и устранение вредно действующих факторов внешней среды;
- нормализация функции желудочно-кишечного тракта, повышение иммунитета

11. Заключение

В заключении я бы хотел сказать, что рак нижней губы – это злокачественная опухоль, которая в большинстве случаев возникает у мужчин, и самым главным фактором является курение- это вредная привычка, которую не могут исключить из своей жизни большинство людей.

Я думаю, стоит задуматься, ведь свое здоровье дороже и его нужно беречь!!!!!!

12. Литература

- Федяев И. М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. «Злокачественные опухоли челюстнолицевой области».- М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМД, 2000.-160 с.
- Ганцев Ш.Х. «Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов». М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.- 488 с.
- «Онкология», под ред. Чиссова В.И., Дарьяловой С.Л.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.-560 с.

Ссылки

- http://www.pror.ru/forms_big_lips.shtml