

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: Рак нижней губы

Выполнил ординатор :

Гроздев И.А.

Красноярск 2018

Содержание:

Статистика заболевания:	3стр
Предраковые состояния:	4стр
Классификация по стадиям:	5стр
Диагностика рака нижней губы:	6стр
Лечение рака нижней губы:	8стр
Прогноз:	10стр



Рак нижней губы является довольно редким заболеванием, с устойчивой тенденцией к снижению. Так в России рак нижней губы составлял в 1995 году 1.5%, составляя 2.2 случая на 100.000 населения для мужчин и 0.71 на 100.000 населения для женщин. Учитывая доступность для осмотра нижней губы эта локализация злокачественных опухолей является одной из немногих, выявляемых в своём большинстве в ранних стадиях. Чаще раком нижней губы заболевают жители сельской местности, мужчины в 4 раза чаще чем женщины. Отмечена прямая зависимость между широтой проживания и заболеваемостью населения раком нижней губы. Это связано с уровнем инсоляции, с курением крепких,

низкосортных сортов табака, употреблением крепких, низкосортных спиртных напитков. Другим фактором, способствующим развитию рака нижней губы является состояние полости рта: наличие кариозных зубов, травмирующих губу протезов.

90% всех опухолей встречается в центральной части нижней губы; в 90% случаев гистологической формой является плоскоклеточный рак с ороговением.

Для своевременной диагностики и профилактики рака нижней губы очень важно знание предраковых изменений кожи красной каймы губ. Изменения красной каймы нижней губы принято довольно условно разделять на фоновые заболевания, облигатный и факультативный предрак. К фоновым заболеваниям (т.е. на фоне которых чаще возникает рак нижней губы, однако их малигнизация происходит крайне редко) можно отнести:

хронические трещины нижней губы

хронические язвы нижней губы

плоские диффузные лейкоплакии нижней губы

К факультативным предраковым заболеваниям нижней губы принято относить такие поражения, которые относительно редко (в 15-25%) перерождаются в рак:

папилломы

кератоакантомы

лейкоплакии с изъязвлением

Облигатным предраком принято называть группу заболеваний, которая относительно часто (70-100%) малигнизируется:

болезнь Боуэна

хейлит Манганотти

ограниченный предраковый гиперкератоз

Очаговые поражения нижней губы чаще малигнизируются, чем диффузные. Тактика при обнаружении фонового или предракового заболевания заключается в своевременном лечении у стоматолога при диффузном поражении, или иссечении (криодеструкции) очага поражения. Учитывая, что эти заболевания возникают на

фоне уже изменённой кожи красной каймы нижней губы, необходим постоянный контроль.

Рак нижней губы появляется в начале в виде небольшого плотного образования, несколько возвышающегося над поверхностью красной каймы, ярко-красного или белесого цвета, как правило, вскоре изъязвляющегося. Очень часто присоединяется инфекция, образуя вокруг опухоли плотный, ярко красный инфильтрат. Иногда, при распаде, происходит постоянная мацерация кожи истекающей слюной, что поддерживает воспаление и затрудняет хирургическое лечение. Локализация образования - несколько в стороне от средней линии и углов рта. Рост опухоли довольно медленный, однако, практически всегда сопровождается распадом. Опухоль в далеко зашедших случаях распространяется на нижнюю челюсть, угол рта , дно полости рта, щеку. Распространение происходит в подавляющем большинстве случаев лимфогенно, первым этапом являются подчелюстные лимфатические узлы, затем, лимфоузлы шеи. Гистологически, как правило, это плоскоклеточный рак с ороговением, реже - без ороговения.

Классификация по стадиям.

Для оценки распространённости опухоли используется классификация TNM или клиническая классификация.

T - первичная опухоль, оценивается по размеру опухоли в наибольшем измерении

Tis - преинвазивная карцинома

T1 - опухоль до 2 см в наибольшем измерении

T2 - опухоль до 4 см в наибольшем измерении

T3 - опухоль более 4 см в наибольшем измерении

T4 - опухоль распространяется на окружающие структуры (кость, язык)

N - региональные лимфатические узлы

N0 - нет признаков поражения региональных лимфатических узлов

N1 - метастазы в одном узле на стороне поражения до 3 см в наибольшем измерении

N2 - метастазы в одном узле на стороне поражения диаметром до 6 см или в нескольких узлах, в том числе и с обеих сторон размерами до 6см

N3 - метастазы в лимфатических узлах более 6см в наибольшем измерении

M - отдалённые метастазы

MX - нет данных для определения отдалённых метастазов

M0 - нет признаков отдалённых метастазов

M1 - имеются отдалённые метастазы

Группировка по клиническим стадиям происходит по следующему принципу:

Стадия 0 Tis N0 M0

Стадия 1 T1 N0 M0

Стадия 2 T2 N0 M0

Стадия 3 T3 N0 M0

T1-3 N1 M0

Стадия 4 T4 N0-1 M0

любая T N2-3 M0

любая T любая N M1

Учитывая сложность классификации по TNM, а так же изменения и уточнения, которые постоянно вносятся в классификацию, рекомендуется пользоваться классификацией последнего пересмотра, и не полагаться на свою память в таком важном вопросе как оценка распространённости опухоли.

Диагностика рака нижней губы обычно складывается из нескольких этапов.

Этап 1. Клинический. Производится сбор анамнеза, осмотр опухоли, пальпация нижней губы и региональных лимфатических узлов, оценка их состояния. Этот этап завершается формулировкой предположительного диагноза "рак", с указанием наиболее вероятного доброкачественного процесса. Это делается в связи с тем, что диагноз "рак" предполагает очень агрессивное, а иногда инвалидизирующее или обезображивающее лечение, и врач вправе его ставить только после морфологического подтверждения диагноза. Например: "дискератоз нижней губы, подозрение на рак".

Этап 2. Морфологическая верификация диагноза. Используется цитологический или гистологический методы исследования. Очень часто оба метода выполняются параллельно. Цитологический метод верификации диагноза выполняется в виде мазка - отпечатка, для чего снимается корочка с опухоли и делается мазок с раневой поверхности. Для гистологического исследования берется участок опухоли на границе со здоровой тканью (без некротических масс) конхотомом. При наличии увеличенных лимфатических узлов производится их пункционная биопсия. Этот этап диагностики завершается формулировкой окончательного диагноза с указанием стадии, например: "Рак нижней губы T2N0M0, II стадия" Как правило, в целях экономии времени сразу после осмотра больного врач - онколог выполняет забор материала для морфологического исследования во время первого посещения.

Этап 3. Параллельно назначается обследование органов наиболее вероятного отдалённого метастазирования:

печень - УЗИ.

лёгкие - рентгенография.

Этап 4. Выявление сопутствующей патологии, препятствующей лечению рака нижней губы. Как правило, этот этап выполняется одновременно с этапом 3, и обычно ограничивается консультацией терапевта, который оценивает состояние соматического здоровья пациента и определяет противопоказания к лучевой терапии или хирургическому лечению.

Рак нижней губы необходимо дифференцировать от специфических заболеваний, имеющих сходную клиническую картину. Сифилитическая язва обычно округлой формы с валикообразно-утолщенными, подрытыми краями, на дне язвы воскообразный налет. Язва малоболезненна, не кровоточит. Диагноз подтверждается серодиагностикой. Туберкулезная язва имеет овально-удлиненную форму с неровными краями. В отличие от рака она резко болезненна, может кровоточить. Как правило, поражение вторичное. Заболевание подтверждается обнаружением первичного очага (обычно в легких).

Лечение рака нижней губы.

Вариант лечения рака нижней губы целиком зависит от стадии процесса и определяется коллегиально на клиническом разборе, о чём делается запись в амбулаторной карте больного.

Для лечения рака нижней губы используют следующие виды лечения:

Лучевая терапия. Это основной метод лечения рака нижней губы. Может выполняться в виде близкофокусной рентгенотерапии, или внутритканевой терапии с введением радиоактивных игл в опухоль. Суммарная доза 60 Гр, место опухоли изъязвляется, после чего происходит эпителизация дефекта нижней губы с образованием нежного рубца. Лучевая гамма терапия может использоваться и для облучения региональных лимфатических узлов при наличии метастатического поражения.

Криотерапия. Производится путём быстрого замораживания тканей жидким азотом, после чего происходит некроз опухоли с образованием струпа с последующей эпителизацией.

Хирургическое лечение. Может выполняться в различных вариантах.

Биопсия образования с полным его иссечением в пределах здоровых тканей.

Выполняется при отсутствии морфологического подтверждения характера опухоли или в случае явного расхождения морфологической картины и характера роста опухоли. После такой биопсии требуется дополнительно лучевая терапия.

Квадратная резекция нижней губы. Смысл операции в том, что опухоль удаляется в пределах здоровых тканей отступя на 1.5-2 см. Для закрытия дефекта нижней губы разрезы продолжают от угла рта и параллельно нижнему краю нижней челюсти почти до уха. После этих операций остаются обезображивающие рубцы на лице.

Операция Ванаха или верхнешейная эксцизия. Выполняется при наличии метастатически изменённых подчелюстных лимфоузлах. Смысл заключается в удалении подчелюстного футляра вместе с лимфатическими узлами и слюнными железами.

Операция Крайля. Выполняется при поражении лимфоузлов шеи. Смысл заключается в удалении клетчатки шеи с одной стороны вместе с лимфоузлами, яремной веной, кивательной мышцей.

Футлярно-фасциальное иссечение - удаление клетчатки шеи (по объёму удаляемой клетчатки эта операция сравнима с операцией Крайля, но без удаления кивательной мышцы и яремной вены)

Основные программы комбинированного лечения могут быть представлены в следующем виде в зависимости от стадии:

Стадия	Варианты лечения
--------	------------------

I стадия	1. Лучевая терапия первичного очага
----------	-------------------------------------

	2. Криодеструкция первичного очага
--	------------------------------------

II стадия	Лучевая терапия первичного очага
-----------	----------------------------------

+

Лучевая терапия на пути регионального лимфооттока

III стадия (вариант А)	Лучевая терапия на первичный очаг и пути лимфооттока
------------------------	--

+

квадратная резекция нижней губы

+

Операция Ванаха (или операция Крайля, или футлярно-фасциальное иссечение при поражении лимфоузлов шеи)

III стадия (вариант Б)	Лучевая терапия на первичный очаг и пути лимфооттока
------------------------	--

+

Операция Ванаха (или операция Крайля, или футлярно-фасциальное иссечение при поражении лимфоузлов шеи)

IV стадия.	При возможности - оперативное или лучевое лечение по санитарным или социальным показаниям
------------	---

+

Симптоматическая терапия

Прогноз при раке нижней губы благоприятный. В настоящее время больных с I и II стадией рака губы практически почти полностью излечивают, с III стадией выздоровление наступает у 30—40 % больных (А. И. Пачес).

По данным Национального института рака США более 80% больных переживают 5-летний рубеж. Прогноз тем лучше, чем раньше поставлен диагноз и начато лечение.

На время лечения больные должны быть освобождены от работы, после окончания лечения больные I -II стадии не нуждаются в инвалидности, больные с III стадией нуждаются в инвалидности 3 группы сроком на 1 год, после чего необходимо рассмотреть вопрос о трудовой реабилитации.