

Злокачественные опухоли полости рта

Злокачественные опухоли полости рта – это неопластические процессы, развивающиеся из поверхностного эпителия, клеток соединительной ткани, новообразования происходящие из клеток эпителиальной и соединительной ткани, проявляющие склонность к инфильтративному росту, метастазированию. У онкобольных на слизистой возникает язвенное или папиллярное поражение. Наблюдается болезненность при приеме пищи и во время разговора. Присутствует иррадиация боли в ухо, висок. Диагностика состоит из сбора жалоб, клинического осмотра, рентгенографии, цитологического исследования. Эффективным методом лечения злокачественных опухолей полости рта являются комбинация лучевой терапии с хирургическим удалением новообразования.

В РФ среди всех онкологических заболеваний злокачественные опухоли полости рта диагностируют у 3% пациентов, в США этот показатель равен 8%. В Индии новообразования ротовой полости выявляют у 52% онкобольных. Наиболее часто встречаются опухоли языка. Второе место по распространенности занимают поражения щечной области. Реже всего диагностируют новообразования язычка мягкого неба и небных дужек. Злокачественные опухоли полости рта обнаруживают преимущественно у мужчин после 50-60 лет. Частота регионарного метастазирования достигает 50-70%. Отдаленные метастазы выявляют у 3% пациентов.

Причины

В стоматологии к причинам относят механические травмы. В месте контакта слизистой с острыми краями протеза, разрушенными стенками зубов возникает язвенная поверхность. Длительное воздействие раздражающих факторов приводит к озлокачествлению декубитальной язвы. Быстрая трансформация клеток эпителия наблюдается у пациентов с низким уровнем гигиены, а также при наличии вредных привычек. Агрессивное воздействие на слизистую оболочку полости рта оказывает курение наса и бетеля.

Развитие злокачественных опухолей полости рта вызывают такие предраковые заболевания, как эритроплазия Кейра, язвенная и веррукозная формы лейкоплакий, болезнь Боуэна. Неблагоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки ротовой полости постоянное употребление горячих, пряных, острых продуктов. Профессиональные вредности, чрезмерное УФ-излучение также могут спровоцировать перерождение слизистой, способствуя появлению злокачественных опухолей полости рта. Дефицит ретинола приводит к нарушению процессов десквамации, вследствие чего существенно возрастает риск неопластических процессов.

Симптомы

При злокачественных опухолях полости рта выявляют язвы или папиллярные разрастания слизистой. В латентном периоде жалобы, как правило, отсутствуют. Со временем появляется болезненность при жевании, во время разговора. Для злокачественных опухолей полости рта характерна иррадиация боли в ухо, висок. При эндофитном типе роста новообразования на слизистой выявляют язву небольших размеров с выраженным инфильтратом у основания. Папиллярные злокачественные опухоли полости рта представляют собой разрастания эпителия. В начальном периоде слизистая над патологически измененными тканями в цвете не изменена, новообразование четко отграничено от здоровых тканей. В дальнейшем опухоль прорастает в смежные участки, поверхность подвергается изъязвлению.

При раке языка наиболее часто диагностируют поражение боковых поверхностей, корня. Выражен болевой синдром. Интенсивность боли возрастает во время жевания, глотания. При осмотре выявляют язву неправильной формы с уплотненными краями, которая кровоточит даже от незначительного повреждения. При пальпации у основания язвенной поверхности обнаруживают плотный инфильтрат. При новообразованиях дна полости рта возникает ощущение инородного тела под языком. Также выражен болевой синдром. Наблюдается гиперсаливация. Злокачественные опухоли полости рта могут распространяться на смежные участки, поражая язык, альвеолярный отросток, слюнные железы, мышечную ткань. При раке слизистой щеки выявляют язвенные или папиллярные элементы поражения. Больные указывают на болезненность во время приема пищи. При вовлечении в патологический процесс жевательных мышц нарушается открывание рта. Опухоли неба быстро изъязвляются, что вызывает выраженную болезненность. При экзофитных новообразованиях появляется ощущение стороннего тела в горле.

Диагностика

Постановка диагноза злокачественные опухоли полости рта базируется на основании жалоб, данных анамнеза, результатов физикального осмотра и цитологического исследования. Во время клинического обследования врач-стоматолог выявляет кровоточащую язвенную поверхность неправильной формы с плотным разлитым инфильтратом у основания. Провести грань между участком поражения и здоровыми тканями не удается. При экзофитном типе роста опухоли в полости рта образуется плотное новообразование грибовидной формы. Подлежащие ткани инфильтрированы. У пациентов со злокачественными опухолями полости рта регионарные лимфоузлы увеличены, уплотнены, безболезненны.

Цитологическое исследование соскоба, взятого с поверхности неопластического образования, проводят для определения степени дифференцировки метаплазированных тканей, а также с целью обнаружения уровня митотической активности опухоли. В состав обязательного диагностического минимума при злокачественных опухолях полости рта входят рентгенография челюстей, УЗИ шейного отдела, рентген грудной клетки, анализ крови. Дифференцируют злокачественные опухоли полости рта с предраковыми заболеваниями, декубитальной язвой, а также с туберкулезными, актиномикотическими и сифилитическими поражениями. Обследование проводит челюстно-лицевой хирург и онколог.

Лечение

Основными методами лечения злокачественных опухолей полости рта являются лучевая терапия и хирургическое удаление новообразования. Во время начальной стадии канцерогенеза достичь регрессии опухоли удастся с помощью дистанционного излучения и брахитерапии. Кроме воздействия на первичный очаг поражения, лучевой терапии подвергается также зона регионарного метастазирования. Лечение злокачественных опухолей полости рта III-IV степени включает пред- и послеоперационную лучевую терапию, химиотерапию. Во время хирургического вмешательства новообразование удаляют вместе с подлежащими тканями. При распространении неопластического процесса на челюсть осуществляют краевую или сегментарную резекцию кости.

Если после воздействия лучевой терапии на зону регионарного метастазирования лимфоузлы уменьшились в размере, оперативное вмешательство не проводят. При отсутствии положительной динамики показано иссечение шейных лимфоузлов. При наличии метастазов, спаянных с кивательной мышцей, выполняют операцию Крайля.

Выживаемость при опухолях I степени - 80%, II степени - 60%, в случае III степени - 35%. При злокачественных опухолях полости рта IV степени прогноз неблагоприятный. Регрессии новообразования удастся достичь только в отдельных клинических случаях.

Врач-стоматолог-хирург
Евлаков Александр Николаевич
26.02.2018