

*Румянцева Екатерина Александровна
студентка 5 курса,
стоматологический факультет
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва
e-mail: annarin83@mail.ru*

*Швыргун Михаил Николаевич
студент 5 курса,
стоматологический факультет
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТИ

Аннотация. Цель работы ознакомиться методами диагностики и лечения новообразований челюсти.

Ключевые слова: Осмотр, диагностика, методы, асимметрия, слизистая оболочка, очаг.

*Rumyantseva Ekaterina Alexandrovna
5th year student,
Faculty of Dentistry
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Shvyrgun Mikhail Nikolaevich
5th year student,
Faculty of Dentistry
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MALIGNANT JAW NOMINATIONS

Abstract: The purpose of the work is to get acquainted with the methods of diagnosis and treatment of jaw tumors.

Key words: Examination, diagnostics, methods, asymmetry, mucous membrane, focus.

Введение. При обращении к стоматологу необходимо производить осмотр, который складывается из внешнего осмотра больного и обследования полости рта, на наличие припухлости, асимметрии, образований на красной кайме губ.

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 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. 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.

Осмотр пациента. Осмотр слизистой оболочки десен производят также с помощью зеркала. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Осмотр языка, слизистой оболочки дна полости рта, твердого и мягкого нёба. При обнаружении участков ороговения, которое определяется участком серовато-белого цвета, определяют их плотность, размер, спаянность с подлежащими тканями, уровень возвышения очага над окружающими тканями.

При пальпации лица и полости рта сравнивают цвет и тургор тканей симметричных органов и тканей на больной и непораженной стороне. Обращают внимание на выявление возможной деформации органов и связанной с этим асимметрии лица [3].

Очень ценными диагностическими признаками являются подвижность зубов на той или другой челюсти, не связанная с пародонтозом и другими заболеваниями зубочелюстных тканей, которые характеризуются преобладанием атрофии и воспаления, наличием свищей на беззубых участках альвеолярных отростков. При осмотре больного с подозрением на опухоль нижней челюсти следует исключить, кроме деформации ее тела или ветви, наличие патологического перелома.

Обследование регионарных лимфатических узлов. Следует оценить состояние органов и тканей шеи, особенно регионарных лимфатических узлов. При поражении метастазами эти узлы в той или иной степени увеличены, в большей или меньшей мере, подвижны, что учитывают при определении стадии заболевания [4]. Появление регионарных метастазов рака соответственно в верхней и средней третях боковой поверхности шеи, а также в подчелюстной области на стороне расположения первичной опухоли наиболее часто отмечается при раке языка, дна полости рта, боковых отделов нижней челюсти, при раке верхней челюсти. К числу особенно часто поражаемых регионарных лимфатических узлов относится располагающийся на границе верхней и средней третей боковой поверхности шеи п. jugulodigasticus. Следует помнить, что возможно метастазирование в лимфатические узлы противоположной стороны, особенно при раке органов и тканей полости рта.

Стоматоскопия. Этот метод, широко использующийся в стоматологии для оценки состояния слизистой оболочки полости рта. При исследовании обращают внимание на цвет, сосудистый рисунок слизистой оболочки; при выявлении патологических изменений (пятно, узелок, бугорок и т. д.) определяют его отношение к окружающим тканям. Для получения большей четкости рисунка слизистой оболочки применяют тот или иной способ витальной окраски.

При диагностике используют **проба Шиллера** (йодная реакция): слизистая оболочка в зоне исследования обрабатывается 2 % раствором Люголя в течение 1 мин., но иногда стоматологи забывают об этом методе, хотя он помогает в

какой-то степени окрасить в темно-коричневый цвет участки слизистой оболочки, богатой гликогеном накопленного в большом количестве в многослойном плоском эпителии.

Цитологический метод. Цитологический метод — основан на микроскопическом клеток, полученных из патологического очага. При папилломатозных, эрозивных и язвенных поражениях наилучшие результаты достигаются при взятии материала путем соскоба.

Рентгенография костей лицевого черепа. Рентгенография костей лицевого черепа выполняется по общим правилам. Иногда краниографии в прямой и боковой проекциях достаточно, чтобы решить вопрос об наличии злокачественной опухоли и границах ее распространения. Для уточнения изменений стенок гайморовой пазухи и нижнеглазничного края производят рентгенографию в носоподбородочной (аксиальной) и полуаксиальной проекциях. Для более детального исследования альвеолярного отростка верхней челюсти может быть рекомендована внутриротовая рентгенография.

У больных раком языка, дна полости рта, щеки, ретромолярной области, области передней дужки, твердого и мягкого неба, кожи лица краниография также является одним из обязательных способов исследования, так как только физикальное обследование пациента позволяет определить истинные границы злокачественного роста, а тем самым и пределы предстоящего оперативного вмешательства.

Специальные методы.

Биопсия. Биопсия является серьезным вмешательством и при отсутствии опыта, несоблюдении правил выполнения биопсии, может повлечь ряд нежелательных осложнений. Исследование проводят с целью дифференциальной диагностики и определения морфологической структуры новообразования. Поскольку операция удаления злокачественных опухолей челюстно-лицевой области сопровождается, как правило, значительным обезображиванием внешнего вида больного, биопсию при раке лица и полости

рта следует рассматривать как одно из важнейших диагностических мероприятий [3].

Если опухоль мала, ее иссекают в пределах здоровых тканей целиком. Однако необходимо помнить, что и небольшая злокачественная опухоль характеризуется микроскопическими границами роста. Это обязывает при выполнении биопсии отступить от пальпируемых границ опухоли не менее чем на 2,5—3 см, в том числе в глубину. При наличии опухоли больших размеров биопсию следует производить с включением в объем подлежащих гистологическому исследованию тканей, как опухоли, так и прилежащего к ней неизмененного эпителия. Такой принцип выполнения биопсии позволит определить выраженность анаплазии клеток новообразования, т. е. степень его недифференцированности, и тем самым степень злокачественности опухоли, ее чувствительности к лучевому лечению и химиотерапии.

При раке органов и тканей лица или полости рта предпочтительно производить биопсию после 2—3 сеансов лучевой терапии. Это позволяет рассчитывать на быстрое образование вокруг опухоли отграничивающего инфильтративного лейкоцитарного вала, снижающего генерализацию опухолевого процесса в ответ на операционную травму.

Контрастная фистуло- и гайморография. При раке верхней челюсти, особенно в начальных стадиях, в процессе подготовки больного к операции крайне важно определить точные границы распространения опухоли. Контрастная гайморография позволяет более точно определиться о характере взаимоотношений опухоли и окружающих тканей, дифференцировать между злокачественным и доброкачественным новообразованием, исходящим из гайморовой пазухи с использованием контрастного вещества. Аналогично выполняют контрастную рентгенографию с целью дифференциальной диагностики злокачественных опухолей нижней челюсти. Фистуло - или гайморография позволяет получить рентгенологическое изображение силуэта «слежка» соответствующей полости. Деформация того или иного

анатомического образования, неровность, изъеденность контуров контрастной тени, наличие дефекта наполнения, распространения контрастного вещества в соседние анатомические области служат убедительными признаками наличия у больного новообразования.

Томография. В связи со способностью злокачественных опухолей челюстно-лицевой области к быстрому и неограниченному росту и анатомической близости различных органов, каждый из которых может быть местом развития первичного рака, ценность томографии несомненна. При раке верхней и нижней челюстей, опухолях других органов полости рта томография позволяет ориентировочно выявить границы злокачественного роста на глубине от 1 до 7 см и более. Послойное исследование гайморовых пазух, верхней и нижней челюстей, рекомендуется производить в строгой прямой и боковой проекциях.

В отличие от неопухолевых заболеваний при раке клинический диагноз может считаться окончательно сформулированным только в том случае, если с помощью специальных символов указана стадия опухолевого роста. Определение и обозначение стадии заболевания необходимо как для выбора наиболее рациональной схемы лечения, так и для установления прогноза у каждого конкретного больного. Стадия опухолевого процесса дает представление о распространенности рака, оценка которой нередко представляет значительные трудности, поскольку злокачественные опухоли, особенности полости рта склонны к инфильтрирующему росту и метастазированию.

Более конкретно и стереотипно на основании определенных клинических признаков рост опухоли характеризуется с помощью символов международной классификации TNM. Она позволяет более точно и разносторонне оценить степень распространенности первичного рака (T), выраженность метастазирования процесса в регионарные лимфатические узлы (N) на отдаленные органы (M).

Таблица 1. Характеристика распространенности первичного рака органов и тканей лица, полости рта в соответствии с международной классификацией.

T ₀	первичная опухоль не определяется
T ₁	опухоль около 1—2 см в наибольшем измерении, располагается в пределах одного первично пораженного органа (ткани)
T ₂	опухоль более 2 см в наибольшем измерении, располагается в пределах одного первично пораженного органа (ткани)
T ₃	опухоль более 3 см в наибольшем измерении. В процесс вовлечена большая часть или весь первично пораженный орган (ткань)
T ₄	опухоль тотально поражает орган (ткань), распространяется на другие соседние органы (ткани)
N ₀	метастазы не определяются
N ₁	односторонние смещаемые небольшие плотные узлы
N ₂	двусторонние смещаемые (или ограниченно смещаемые) сравнительно небольшие плотные узлы
N ₃	односторонние несмещаемые значительные плотные узлы
N ₄	двусторонние несмещаемые метастазы или односторонние пакеты лимфатических узлов, врастающих в глубокие анатомические пространства, которые располагаются в зоне регионарного метастазирования
	Характеристика распространенности поражения метастазами рака отдаленных органов
M ₀	метастазы в отдаленные органы не определяются
M ₁	имеются клинические и рентгенологические признаки поражения метастазами рака отдаленных органов (легкие, органы средостения и др.)

Лечение. Чаще всего опухоли челюстей лечатся хирургическим путем. Новообразования удаляются с одновременной резекцией челюстной кости

немного за пределы опухоли. Зубы, которые прилегали к удаленной опухоли зачастую требуется удалять. Некоторые доброкачественные опухоли, не склонные к рецидивам, можно удалять щадящим путем. При злокачественной опухоли применяется комбинированное лечение. В запущенных случаях применяется химиотерапия, а зачастую и поллиативная лучевая терапия. После реабилитации требуется ортопедическое лечение, костная пластика, и снова, продолжительная реабилитация [6].

Вывод. Таким образом, задача стоматолога состоит в том, чтобы в зависимости от клинической ситуации использовать оба метода в оптимальной комбинации для получения максимального диагностического результата.

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

- выявление опухоли;
- определение степени распространения процесса (т.е. стадии заболевания);
- 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. 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.

Список литературы

1. Гнатышан А.И. Общая клиническая онкология. Львов: Выща шк : Изд-во при Львов. гос. ун-те, 1988. 238 с/
2. Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. М.: Медицина, 2014. 256 с.
3. Пачес А.И. Опухоли в области головы и шеи: проблемы организации противораковой службы, диагностики и лечения: в кн.: Проблемы онкологии. М., 2014. С. 234—253.
4. Онкология / под ред. Петерсона. М.: ГЭОТАР Медиа, 2019. 262 с.
5. Противоопухолевая химиотерапия / под ред. Переворчиковой Я.И. М.: ГЭОТАР Медиа, 2015. 155 с.
6. Злокачественные опухоли полости рта. [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL:
https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/oral-tumors
(дата обращения: 18.05.2021 г.).