

Таблица 1

**Результаты лечения рака слизистой оболочки полости рта
в зависимости от распространенности опухолевого процесса**

	Распространенность			
	$T_{1,2}N_0M_0$	$T_{1,2}N_1M_0$	$T_{3,4}N_0M_0$	$T_{3,4}N_{1,2}M_0$
Число больных	9	6	15	15
2 года без рецидива и Mts	8 (89 %)	3 (50 %)	12 (75 %)	6 (40 %)

Таблица 2

Эффективность различных методов лечения рака слизистой оболочки полости рта

	Методы лечения			
	Хирургический	Химиолучевой	Комбинированный	Всего
Число больных	15	8	22	45
2 года без рецидива и Mts	12 (80 %)	2 (25 %)	15 (67 %)	29 (64 %)

заболевания наблюдаются 7 (70 %). Результаты лечения рака слизистой оболочки полости рта в зависимости от локализации и распространенности представлены в табл. 1, в зависимости от проводимого метода лечения – в табл. 2.

Обращают на себя внимание достаточно высокие результаты хирургического лечения. Необходимо отметить, что в этой группе были небольшие по размерам опухолевые процессы, в большинстве случаев без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. С другой стороны, имеется низкая результативность химиолучевого лечения. Причины этого, по-видимому, кроются в неверной оценке регрессии опухоли на этапе назначения радикальной лучевой терапии (рубеж 50 Гр). Что

касается комбинированного метода лечения, то ведущим в нем является хирургический этап, который заключается в комбинированной операции внеротовым доступом.

Выводы. Предложенный алгоритм выбора тактики лечения рака органов полости рта и ротоглотки позволяет оптимизировать лечение для каждого конкретного больного. При размерах опухоли до 4 см без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов обосновано применение только хирургического лечения. Химиолучевое лечение оправдано при раке ротоглотки. При распространенных процессах в полости рта необходимо применение комбинированного метода лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.А. Бузов, Л.Д. Герасимова, А.Г. Гинзбург

*ГУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер»
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург*

Актуальность проблем диагностики и лечения больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области обусловлена неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от неопластических

процессов данной локализации. По данным многочисленных исследований, запущенность рака слизистой оболочки полости рта (РСОПР) косвенно объясняется некомпетентностью специалиста, проводящего первичное врачебное

обследование. Поражает факт неоднократного обращения пациентов к врачу с жалобами на боль и наличие язвы в различных отделах дна полости рта и отсутствие адекватных лечебно-диагностических мероприятий со стороны врачебного персонала.

Важный шаг в решении этой проблемы – повышение эффективности обучения студентов медицинских вузов на лечебно-профилактическом и стоматологическом факультетах. Особое внимание следует уделить вопросам обучения стоматологов на факультетах усовершенствования врачей, воспитания онкологической настороженности у врачей всех специальностей, а также преподавания им основ онкологической помощи. Настороженность всех врачей в отношении ранних симптомов рака должна быть обязательной для выпускника каждого медицинского вуза.

Существенным моментом при анализе диагностических ошибок является, к сожалению, факт беглого и поверхностного осмотра больного, а также длительное наблюдение и неадекватное лечение у врача – не онколога. Вместо того чтобы попытаться установить окончательный диагноз самостоятельно, врачу «первого контакта» при подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области следует направить больного в специализированное онкологическое учреждение. Большинство же врачей-стоматологов имеют недостаточные знания о системе организации онкологической службы в стране. Абсолютно необходимо ввести углубленный контроль знаний по онкологии при аттестации и сертификации врачей-стоматологов. Преподавание на курсах усовершенствования врачей должно включать значительный объем материала по первичной диагностике рака, в том числе РСОПР.

Мероприятия по оптимизации своевременной диагностики рака слизистой оболочки полости рта проводились с начала 50-х годов XX века. Созданные в Советском Союзе онкологические диспансеры широко пропагандировали необходимость осмотра слизистой полости рта в смотровых кабинетах, что позволяло в определенной степени снизить смертность от рака данной локализации. В это время был предложен и активно внедрен комплекс меро-

приятий по улучшению ранней и своевременной диагностики заболеваний полости рта, который включал:

- проведение организационно-методической работы, повышение квалификации врачей-стоматологов;

- использование специальной шкалы по оценке риска возникновения рака слизистой оболочки полости рта для формирования групп диспансерного наблюдения;

- создание алгоритма клинического осмотра больного;

- широкое использование дополнительных методов диагностики (стоматоскопии с прижизненной окраской тканей, цитологического исследования);

- активное лечение фоновых и предраковых процессов полости рта.

Использование такого комплексного обследования позволяло получать достаточный объем информации для постановки диагноза. Это лишний раз напоминает о необходимости тщательного сбора анамнеза, регулярного осмотра групп риска больных стоматологами, постоянного повышения квалификации врачей, участвующих в скрининге рака слизистой оболочки полости рта. Однако на сегодняшний день количество подобных кабинетов в стране минимально. В г. Екатеринбурге единственный профилактический кабинет, созданный на базе Областной стоматологической больницы, прекратил свое существование несколько десятилетий назад. В связи с этим проблема ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта в Свердловской области является крайне актуальной.

На базе Государственного бюджетного учреждения Свердловской области «Свердловского областного онкологического диспансера» сотрудниками отделения онкопатологии головы и шеи ежегодно проводятся семинары и лекции для стоматологов общей практики, челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов. Проведение данных занятий ввел в практику отделения его основатель и заведующий, заслуженный врач РФ, к.м.н. Г.А. Гинзбург. В процессе занятий курсанты знакомятся с организацией помощи пациентам с онкопатологией головы и шеи, участвуют в разборе интересных клинических случаев. Доктора смежных специальностей

знакомят врачей с современными возможностями патоморфологии, лучевой диагностики, а также достижениями лучевой и химиотерапии злокачественных опухолей головы и шеи. С 2009 г. лекция «Онкологические аспекты в практике врача-стоматолога», разработанная сотрудниками отделения, официально включена в план работы факультета усовершенствования врачей кафедры терапевтической стоматологии Уральской государственной медицинской академии. На базе кафедры терапевтической стоматологии УГМА организован совместный

консультативный прием заведующей кафедрой и сотрудников отделения патологии головы и шеи, который уже приносит свои первые результаты. Руководством УГМА решается вопрос о создании кабинета профилактики злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта на базе стоматологической клиники. Активную позицию в этом отношении занимает онкологическая служба Свердловской области, которая предоставляет возможность совместной работы по выявлению злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА – ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Г.А. Гинзбург, А.Г. Гинзбург, Д.А. Бузов, Л.Д. Герасимова

*ГУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер»
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург*

Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта (РСОПР) колеблется от 1,2 до 4,5 на 100000 населения. РСОПР по праву считается одним из наиболее агрессивных и трудно излечиваемых. Длительное время может симулировать различные параопухолевые процессы, не сопровождается болевым синдромом. В результате большинство пациентов начинает специфическое лечение, имея опухоль существенных размеров, хотя РСОПР – заболевание наружной локализации. Оценить истинные размеры опухоли и, соответственно, наметить оптимальные линии резекции зачастую не просто. КТ и МР томография этой зоны сложна и нередко дает противоречивые результаты даже в самых благоприятных технических и субъективных условиях. Плоскоклеточный рак полости рта, как правило, сопровождается метаплазией слизистой, имеет широкие опухолевые поля. Химиолучевое лечение редко дает многолетние положительные результаты. Опухоль полости рта даже небольших размеров подразумевает широкую, инвалидизирующую операцию. Сложно провести грань между радикализмом и удалением опухоли разумным в функциональном плане. Даже в первой стадии вылечить РСОПР нелегко. Число рецидивов РСОПР одно из самых высоких.

Лечение их бывает удачным только в единичных случаях. Многие больные первично признаются нерезектабельными как из-за распространенности опухоли, так и из-за отсутствия перспектив реабилитации. Статистика смертности больных РСОПР по Свердловской области в первый год подтверждает актуальность проблемы: 1999 г. – 32,8 %, 2003 г. – 30,4 %, 2008 г. – 39,8 %.

На протяжении многих лет в большинстве клиник России была традиционна тактика комбинированного и комплексного лечения рака СОРП с ПХТ и ЛТ на первом этапе и оперативным лечением в последующем. Применялись различные методики от стандартного предоперационного курса 40 Гр до сочетанного облучения в два этапа в дозе от 60 до 70 Гр либо химиолучевого лечения. Даже практически полная клиническая регрессия опухоли в большинстве клиник, особенно при раке боковой поверхности языка, не являлась поводом для отказа от хирургического лечения. Хирургическая тактика в отношении рака дна полости рта была менее активной, в основном в силу сложности пластического аспекта таких операций. Закономерно, что успех более часто сопровождал лечение больных, когда необходимая линия резекции первичной опухоли укладывалась в четко очерченные ана-