

О.Ф. Несін<sup>1</sup>, К.Є. Печковський<sup>1</sup>, І.М. Печковська<sup>2</sup>

## Онконастороженість лікаря-стоматолога – запорука профілактики запущених стадій раку

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця<sup>2</sup>Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

### Актуальність

Рак слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і губ – одне з найбільш важких захворювань щелепно-лицевої ділянки, здатних значно погіршити якість життя хворого, а при відсутності своєчасної діагностики та адекватного лікування може призводити до летального кінця. Не дивлячись на візуальну локалізацію новоутворень СОПР і губ, запущені форми раку складають 54,8-61,5 %. Для профілактики переходу передраку в рак і виникнення його запущених форм необхідно, щоб лікар-стоматолог, незалежно від його вузької спеціалізації, мав постійну онконастороженість і проводив повний огляд порожнини рота кожного пацієнта, включаючи СОПР і губ, глибоко володів питаннями діагностики, диференціальної діагностики та профілактики передракових захворювань і раку СОПР, міг виявити або запідозрити ці захворювання і направити хворого в лікувальний заклад онкологічного профілю для поглибленого обстеження та лікування цієї патології.

Клінічно розрізняють папілярну, інфільтративну й виразкову форми раку.

**Папілярна форма** раку часто розвивається на тлі передракових захворювань (наприклад, бородавчастий передрак червоної облямівки губ або кератоакантома), являючи собою обмежене утворення у вигляді бородавчастого виросту, зазвичай на широкій основі або на ніжці. Його поверхня покрита сосочковими розростаннями (нерідко із зороговінням їх верхівок) або роговими масами з потрісканою поверхнею. При пальпації відчувається неглибоке ущільнення в основі й навколо нього. Пухлина росте в ширину і глибину, у центрі досить швидко розпадається й переходить у виразкову форму раку, зберігаючи деякий час вид того передракового захворювання, з якого вона утворилась.

**Виразково-інфільтративна** форма раку найбільш злоякісна. Спочатку проявляється як безболісне ущільнення, невеликий інфільтрат, який розташовується під слизовою оболонкою. Інфільтрат швидко збільшується й розпадається в центрі з утворенням ракової виразки.

**Виразкова форма** зустрічається в більшості випадків, бо пухлини розпадаються, що призводить до утворення виразок. На початку інвазивного росту для раку характерно ущільнення навколо виразки (у вигляді валика) і в основі, яке виявляють пальпаторно. Краї ракової виразки СОПР щільні, підняті, вивернуті, поїдені, дно горbeste із сірим некротичним нальотом. У разі локалізації на червоній облямівці губи виразка покривається щільним сірим нальотом, що підсихає в сірі кірки, а при кровоточивості – кров'янисто-сірими кірками. З ростом пухлини ущільнення тканин збільшується, досягаючи хрящоподібної, а іноді навіть кам'янистої щільності. На

пізніх стадіях різниця клінічних форм раку не визначається, переважає картина виразково-інфільтративної форми з масивним пухлинним інфільтратом, який визначається не тільки навколо виразки, а нерідко й у межах органу, з вираженими запальними явищами навколишніх тканин або без них, болісністю, іноді із просто нестерпним невралгієподібним болем, з іррадіацією за ходом гілок трійчастого нерва, підвищеною саливацією і смердючим запахом розпаду тканин.

**Рак нижньої губи** часто локалізується на бічній поверхні червоної облямівки у вигляді або поверхневої виразки з неправильними контурами, покритої кіркою, яка тривалий час не загоюється, безболісна або малоболісна з горбистими, що підносяться краями, або ущільненням тканини без чітких меж, яке з часом перетворюється на виразку й покривається кіркою. Виразка має повзучий характер, поступово поширюючись на слизову оболонку та шкіру губи й зазвичай супроводжується наявністю безболісних і щільних регіонарних лімфатичних вузлів. Характерне метастазування в поднижньо-щелепні, підпідборідні і глибокі шийні регіонарні лімфатичні вузли. У 10–15 % метастази двосторонні.

**Рак дна порожнини рота** розвивається з епітелію слизової оболонки або малих слинних залоз. Новоутворена виразка характеризується «поїденими», піднятими щільними краями, нерівним горбистим дном, малоболісна при пальпації. **Рак язика** найбільш часто локалізується на його бічній поверхні у вигляді неправильної форми виразки з валикоподібними піднятими краями. Вона болуча при пальпації, хрящоподібної консистенції, розташована на тлі інфільтрату тканин навкруги. На дні виразки можуть бути сосочкові розростання різної щільності. Порівняно швидко з'являються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах, які ущільнюються. Для раку слизової оболонки **м'якого піднебіння** характерно швидке утворення з інфільтрату виразки та її поширення по поверхні з ураженням тканин навкруги.

**Діагностика раку СОПР і червоної облямівки губ** полегшується тим, що він відноситься до раку візуальної локалізації, тому діагноз у більшості випадків можна встановити клінічно.

### Диференціальна діагностика

Ракову виразку СОПР необхідно диференціювати від травматичних і трофічних виразок, ерозивно-виразкової форми лейкоплакії, червоного плескатого лишая й червоного вовчак, виразково-некротичного стоматиту Венсана, гангренозний стоматиту, номи, специфічних виразкових уражень СОПР при туберкульозі (туберкульозний вовчак, міліарно-виразковий туберкульоз), сифіліс (первинна сифілома, гумозна виразка).

**Несін Олександр Федорович** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця. Тел.: (096) 517-11-33.

**Печковський Костянтин Євгенович** – канд. мед. наук, асистент кафедри терапевтичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця. Тел.: (050) 411-28-20. E-mail: koprrech@i.ua.

**Печковська Ірина Михайлівна** – канд. мед. наук, доцент кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет». Тел.: (050) 387-44-08.