

*А.Ф. Несит<sup>1</sup>, К.Е. Печковский<sup>1</sup>, И.М. Печковская<sup>2</sup>*

## Возможные ошибки в диагностике рака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, которых можно избежать

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина  
<sup>2</sup>Частное высшее учебное заведение «Киевский медицинский университет», Украина

**Вступление.** Запущенные формы рака СОПР и губ, несмотря на их визуальную локализацию, составляют 54,8–61,5 %. Это обусловлено малой выраженностью клинической симптоматики на первых этапах развития рака СОПР, поздним обращением больных за помощью, трудностями врачебной диагностики и недостаточной онконастороженностью стоматологов.

**Цель:** на основе приведенной в статье дифференциальной диагностики помочь практическим врачам-стоматологам повысить выявляемость у пациентов предраковых заболеваний и ранних стадий рака СОПР и губ или исключить онкопатологию.

**Материал и методы исследования.** В работе приведена дифференциальная диагностика раковой язвы с другими, неспецифическими и специфическими, язвенными и язвенно-некротическими поражениями СОПР.

**Выводы.** Глубокое знание практическими врачами-стоматологами клиники заболеваний СОПР, обязательный осмотр СОПР и губ при каждом обследовании органов и тканей полости рта позволяют своевременно выявлять ранние формы рака и предупреждать их переход в его запущенные формы.

**Ключевые слова:** рак, слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ, язвенные поражения, дифференциальная диагностика.

### Вступление

Рак слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ – одно из наиболее тяжелых заболеваний челюстно-лицевой области, способных значительно ухудшить качество жизни больного, а при отсутствии своевременной диагностики и адекватного лечения может привести к летальному исходу.

По данным Т.С. Грузевой (2013), хронические неинфекционные заболевания, к которым относятся и злокачественные новообразования (ЗН), имеют тенденцию к распространению во всех европейских странах [3]. В Украине на 2012 год по данным ВОЗ удельный вес ЗН в структуре неинфекционных болезней отдельных классов составил 11,3 % (World Health Organization, 2017) [10].

Особенно показательными в этом плане являются данные о первичной заболеваемости населения г. Киева за 2007–2016 гг., приведенные В.В. Кравченко (2018). За последнее десятилетие первичная заболеваемость ЗН полости рта возросла на 34,9 %, составив в 2016 г. 8,6 случая на 100 тыс. населения [8]. И это только в столице, где сконцентрировано наибольшее количество врачей стоматологического профиля.

Врач-стоматолог повлиять, к сожалению, не может повлиять на целый ряд экзогенных факторов, таких как постоянно ухудшающаяся экологическая ситуация (загрязнение воздушной среды, водного бассейна, грунтов, бесконтрольная вырубка лесов), низкий уровень материального благосостояния большей части населения Украины, избыточно химизированное, не сбалансированное по составу белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов питание, хронический стресс, переживаемый населением в результате военных действий против Украины, способных, возможно, привести к росту онкозаболеваемости. Однако в плане первичной

диагностики предраковых заболеваний и рака различных отделов полости рта и губ исключительно важная роль принадлежит именно врачу-стоматологу.

Согласно статистическим данным, новообразования СОПР и губ относятся к категории распространенных и их количество имеет тенденцию к увеличению. В структуре онкологических заболеваний рак губ занимает 5, рак СОПР – 6-е место и составляют соответственно 5,4 и 3,1 случая на 100 тыс. населения [9].

Статистически доказано, что рак СОПР развивается на фоне предраковых заболеваний в 86–98 % случаев. На слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ в большинстве (85–90 %) случаев развивается ороговевающий, реже (до 13 %) – неороговевающий плоскоклеточный рак. Это почти всегда спиноцеллюлярный рак, который возникает из клеток шиповатого слоя, и очень редко (до 2 %) – базальноклеточный (красная кайма нижней губы) из клеток базального слоя эпителия [5].

Несмотря на визуальную локализацию новообразований СОПР и губ, запущенные формы рака составляют 54,8–61,5 % [5]. С одной стороны, это обусловлено малой выраженностью клинической симптоматики на первых этапах развития рака СОПР и поздним обращением больных за помощью, а с другой – трудностями врачебной диагностики и недостаточной онконастороженностью врачей-стоматологов.

Для этого необходимо, чтобы каждый стоматолог, независимо от его узкой специализации, проводил полный осмотр полости рта каждого пациента, включая СОПР и губ, глубоко владел методами диагностики, дифференциальной диагностики и профилактики предраковых заболеваний и рака СОПР, мог выявить или хотя бы заподозрить эти заболевания уже в момент первого обращения больного за помощью и направить

его в лечебное учреждение онкологического профиля для углубленного обследования и лечения данной патологии.

**Цель** работы – на основе приведенной в статье дифференциальной диагностики помочь практическим врачам-стоматологам повысить выявляемость у пациентов предраковых заболеваний и ранних стадий рака СОПР и губ или исключить онкопатологию.

### Материал и методы исследования

В данной статье на основе многолетнего клинического опыта, накопленного на кафедре терапевтической стоматологии Национального медицинского университета им. О.О. Богомольца, данных отечественной и зарубежной литературы, приведена дифференциальная диагностика рака СОПР и губ, приведены сходные и отличительные признаки рака с похожими заболеваниями с целью дать возможность практическим врачам-стоматологам избежать диагностических ошибок и не пропустить эти грозные по своим последствиям заболевания [1, 2, 4, 5, 6, 7, 9]. Знание вопросов дифференциальной диагностики поможет также во многих случаях снять причину постоянного психологического напряжения больного в связи с развивающейся у него канцерофобией, если данное заболевание не относится к онкопатологии.

### Клиническая картина

Клиническое течение рака зависит от характера роста, стадии болезни, а также предшествующих предраковых заболеваний.

Плоскоклеточный ороговевающий рак имеет более медленное течение по сравнению с неороговевающим, который изъязвляется довольно быстро. Он инфильтрирует окружающие ткани и метастазирует вследствие роста кровеносных сосудов внутри опухоли и пролиферации лимфатических сосудов. Наиболее агрессивное течение имеет недифференцированный рак. Клинически различают папиллярную, инфильтративную и язвенную формы рака.

**Папиллярная форма** рака часто развивается на фоне одного из предраковых заболеваний (например, бородавчатый предрак красной каймы губ или кератоакантома). Сначала она представляет собой ограниченное образование в виде бородавчатого выроста, обычно – на широкой основе или на ножке. Поверхность его покрыта сосочковыми разрастаниями (нередко – с ороговением их верхушек) или роговыми массами с потрескавшейся поверхностью. При пальпации ощущается неглубокое уплотнение в основании и вокруг него. Опухоль растет в ширину и глубину, в центре довольно быстро распадается и переходит в язвенную форму рака, сохраняя некоторое время вид того предракового заболевания, из которого она возникла.

**Язвенно-инфильтративная форма** рака наиболее злокачественная. Сначала проявляется как безболезненное уплотнение, небольшой инфильтрат, который располагается под слизистой оболочкой. Инфильтрат быстро растет и распадается в центре с образованием раковой язвы.

**Язвенная форма.** Встречается чаще всего, так как в большинстве случаев опухоли распадается, что приводит к образованию язв. В начале инвазивного роста для рака характерно уплотнение вокруг язвы (в виде валика) и в основании, которое выявляют пальпаторно. Край раковой язвы СОПР плотные, приподнятые, вывороченные, изъеденные, дно бугристое с серым некротическим налетом, тогда как на красной кайме губы язва покрывается плотным серым налетом, подсыхающим в серые корки, а при кровоточивости – кровянисто-серыми корками.

С ростом опухоли уплотнение тканей увеличивается, достигая хрящевидной, а иногда даже каменной плотности. На поздних стадиях отличие клинических форм рака не определяется, преобладает картина язвенно-инфильтративной формы рака с массивным опухолевым инфильтратом, который определяется не только в окружности язвы, но и нередко в пределах органа, с выраженными воспалительными явлениями в окружающих тканях или без них, болезненностью, иногда – просто невыносимой невралгическоподобной болью, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, повышенной саливацией и зловонным запахом распадающейся ткани.

На нижней губе при этой форме рака инфильтрация тканей опережает деструкцию. При язвенной и язвенно-инфильтративной формах рака нижней губы за короткий срок в процесс вовлекаются кожа, мышцы губы, кость челюсти, рано появляются метастазы. Распространение опухоли на угол рта и слизистую оболочку щеки часто является признаком неблагоприятного прогноза.

Предшествующие предопухолевые заболевания в основном определяют клинические проявления начальных форм рака нижней губы. Наиболее часто на фоне предракового поражения появляется шероховатый выступ в виде бляшки, который, постепенно увеличиваясь, превращается в дисковидное уплотнение, покрытое коркой. После снятия корки обнажается розово-красная, сосочкового вида поверхность, которая слегка кровоточит. В дальнейшем опухолевый инфильтрат уплотняется, края его слегка утолщаются и образуют по периферии валикообразный венчик уплотнения. Затем развивается инфильтрация окружающих тканей, происходит распад в центре опухоли и образуется язва с выраженными воспалительными явлениями или с их отсутствием. Лимфатические узлы увеличиваются, уплотняются, становятся твердыми и со временем спаиваются с прилежащими тканями.

**Рак нижней губы** часто локализуется на боковой поверхности красной каймы в виде либо поверхностной язвы неправильных очертаний, покрытой коркой, которая длительное время не заживает, безболезненна или мало болезненна, с возвышающимися бугристыми краями, либо уплотнения ткани без четких границ, которое со временем изъязвляется и покрывается коркой. Язва имеет ползучий характер, постепенно распространяясь на слизистую оболочку и кожу губы, и обычно сопровождается наличием безболезненных и плотных регионарных лимфатических узлов.

Для рака нижней губы характерно лимфогенное регионарное метастазирование в поднижнечелюстные, подподбородочные и глубокие шейные регионарные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы наблюдаются чрезвычайно редко. В 10–15 % метастазы двусторонние.

**Рак дна полости рта** развивается из эпителия слизистой оболочки или малых слюнных желез. Образовавшаяся язва характеризуется изъеденными, приподнятыми плотными краями, неровным бугристым дном, мало болезненна при пальпации.

**Рак языка** наиболее часто локализуется на его боковой поверхности в виде язвы неправильной формы с валикообразными приподнятыми краями. Она болезненна при пальпации, хрящевидной консистенции, расположена на фоне инфильтрата окружающих тканей. На дне язвы могут быть сосочковые разрастания разной плотности. Опухоль может распространяться и поражать другие участки слизистой, наиболее часто – дно полости рта. Сравнительно быстро появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах, которые уплотняются.

Для рака слизистой оболочки *мягкого неба* характерно быстрое образование из инфильтрата язвы и ее распространение по поверхности с поражением окружающих тканей.

**Диагностика** рака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ облегчается тем, что он относится к видам рака визуальной локализации. Это значит, что первостепенное значение в диагностике рака СОПР имеет знание клиники его различных форм, а осмотр и пальпацию очага поражения можно провести без специальной аппаратуры. Клинический диагноз необходимо подтвердить морфологическими исследованиями – патогистологическим или цитологическим. Раннюю диагностику онкозаболеваний челюстно-лицевой области облегчают обследование аппаратами КТ, МРТ, определение онкомаркеров (биохимическое обследование), иммунологические методы (тест В.И. Говалло).

Критерием для определения злокачественности в клеточном материале являются структурные особенности клетки, ее ядра и цитоплазмы, а также взаимоотношение между клетками.

*Основными признаками раковой клетки являются:*

- 1) анизозитоз – злокачественные клетки больше нормальных клеток этого органа и могут достигать гигантских размеров;
- 2) полиморфизм – клетки имеют разную форму и величину (часто неправильную);
- 3) нарушение ядерно-цитоплазматического индекса, т.е. соотношения между цитоплазмой и ядром в пользу ядра;
- 4) полинуклеоз – клетки имеют несколько ядер измененной, часто уродливой формы;
- 5) выраженная митотическая активность, встречаются атипичные митозы;
- 6) увеличение количества ядрышек;
- 7) неустойчивость цитоплазмы и наличие «голых» ядер;
- 8) аутофагия – одна клетка поглощает другую клетку того же типа.

**Патологическая анатомия.** При патогистологическом исследовании выражены резкая гиперплазия эпителия с глубоким прорастанием в подлежащую соединительную ткань, часто с обособлением эпителиальных тяжей, прорыв базальной мембраны. Атипичные эпителиальные клетки имеют разные размеры и форму, их ядра гиперхромны. Наблюдается образование «роговых жемчужин».

**Дифференциальная диагностика.** Раковую язву СОПР необходимо дифференцировать от травматических и трофических язв, эрозивно-язвенной формы лейкоплакии, красного плоского лишая (КПЛ) и красной волчанки, язвенно-некротического стоматита Венсана, специфических язвенных поражений СОПР при туберкулезе и сифилисе.

**Рак от язвы СОПР, обусловленной хронической механической травмой.**

Длительно существующие и ставшие малобольными или безболезненными язвы СОПР травматического происхождения с неровными краями, уплотнением краев и дна имеют значительное сходство с раковой язвой, однако **раковую язву отличают:**

- отсутствие видимых травмирующих факторов в области раковой язвы;
- вывороченные валикообразные, изъеденные края, хрящевидная плотность краев и дна язвы, плотная инфильтрация основы либо диффузный инфильтрат на весь орган;
- часто различная глубина дна язвы;
- нередко щелевидная форма в виде трещины с наличием папилломатозных разрастаний разной высоты на дне язвы;

- наличие твердых и безболезненных регионарных лимфоузлов;
- устранение предполагаемого травматического фактора и применение кератопластических средств не приводит к улучшению клинической ситуации;
- биопсия и гистологическое исследование выявляют резкую гиперплазию эпителия с глубоким прорастанием в подлежащую соединительную ткань, часто с обособлением эпителиальных тяжей, прорыв базальной мембраны. Отмечается клеточный полиморфизм. Атипичные эпителиальные клетки разных размеров и формы с гиперхромными ядрами. В шиповатом слое наблюдаются «роговые жемчужины».

**Рак от трофической язвы.**

Старший возраст больных, длительное течение, медленно-прогрессирующий характер язвы, отсутствие тенденции к заживлению, слабая реактивная воспалительная реакция тканей – сходные клинические признаки раковой и трофической язвы, однако:

- раковая язва имеет неправильную форму, изъеденные, хрящевидной плотности развороченные края, бугристое папилломатозное дно и плотный подлежащий инфильтрат;
- трофические язвы обычно возникают у людей старшего возраста на фоне значительно сниженной резистентности тканей, обусловленной диабетом, сердечно-сосудистой недостаточностью, атеросклерозом и др., и образуются в участках конечного разветвления сосудов. Характерно отсутствие выраженной гиперемии и лейкоцитарного инфильтрата вокруг язвы, поэтому трофические язвы, в отличие от раковых, мягкие;
- раковая язва медленно «ползет», тогда как трофические язвы имеют тенденцию к быстрому распространению в глубину слизистой оболочки, развиваются быстро (как инфаркт) в пределах участка нарушения трофики;
- раковую язву, как правило, сопровождает наличие плотного и безболезненного регионарного лимфатического узла, тогда как при трофических язвах они слабо чувствительные или не пальпируются.

**Рак от лейкоплакии эрозивно-язвенной формы.**

Язва неправильной формы с наличием ороговения, с увеличением регионарного лимфатического узла, на фоне имеющихся вредных привычек (курение, алкоголь, острая пища и др.) или влияния профессиональных факторов – сходные признаки раковой язвы и эрозивно-язвенной формы лейкоплакии, однако **раковую язву отличают:**

- наличие плотного выраженного инфильтрата у основания и вокруг язвы, что возвышает ее над уровнем СОПР, тогда как эрозия или язва при лейкоплакии не имеют плотного инфильтрата и располагаются ниже уровня слизистой оболочки;
- различная глубина дна язвы;
- наличие вывороченных хрящевидной плотности краев и дна язвы (при эрозивно-язвенной лейкоплакии края и дно мягкие);
- наличие островков ороговения вокруг раковой язвы и на верхушках папилломатозных разрастаний ее дна, тогда как при лейкоплакии эрозия или язва располагаются на фоне сплошной бляшки гипекератоза;
- наличие плотного безболезненного регионарного лимфатического узла (при эрозивно-язвенной форме лейкоплакии возможно увеличение, чувствительность или легкая болезненность регионарных лимфатических узлов);
- гистологически – клеточный полиморфизм, атипизм и инвазивный рост;
- позитивный тест на онкомаркеры.

**Рак от КПЛ** эрозивно-язвенной формы.

Наличие долго незаживающего изъязвления СОПР, дефекта СОПР неправильных очертаний с гиперкератозом по периферии дефекта, отсутствие положительного эффекта от традиционных методов лечения – сходные признаки раковой язвы и эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая, однако:

- раковая язва – одиночное и поэтому одностороннее поражение, а при КПЛ поражение симметричное. Даже если эрозия или язва будет односторонней, то все равно она локализуется на фоне симметрично расположенного (прежде всего – в ретромолярных участках СОПР) высыпания полигональных папул, образующих сетчатый, кружевной или паутинообразный рисунок, тогда как при раке возможны лишь вкрапления гиперкератоза по краю язвы и на верхушках папилломатозных разрастаний ее дна;
- раковая язва первое время имеет безболезненные или малобезболезненные проявления, тогда как язва КПЛ умеренно болезненна с самого начала;
- раковая язва – более глубокая, причем неравномерной глубины, часто – шелевидной формы, ее края вывороченные, хрящевидной консистенции, тогда как язва КПЛ – мягкая, неглубокая, без уплотнения краев и дна;
- раковую язву сопровождают уплотненные до каменной плотности безболезненные регионарные лимфатические узлы, тогда как при эрозивно-язвенной форме КПЛ регионарные лимфоузлы «чувствительные» либо безболезненные, но мягкой консистенции;
- раковую язву не сопровождают высыпания красных плоских папул на коже конечностей и туловища.

**От язвенно-некротического стоматита Венсана.**

Злокачественные новообразования СОПР, распадаясь, образуют язвы, которые инфицируются вторичной инфекцией, покрываются некротическим налетом с выраженным неприятным запахом, становятся болезненными, сопровождаются увеличением регионарных лимфатических узлов – сходная клиническая картина раковой язвы и язвенно-некротического стоматита Венсана, однако **раковую язву отличают:**

- старший возраст больных;
- отсутствие острого начала, резкой болезненности изъязвления и общих нарушений, свойственных инфекционному заболеванию;
- отсутствие яркой гиперергической воспалительной реакции вокруг язвы;
- постепенное, длительное развитие изъязвления;
- отсутствие легко провоцируемой кровоточивости язвы;
- отсутствие сопутствующего язвенно-некротического гингивита;
- хрящевидная плотность краев и дна;
- наличие разной высоты плотных папилломатозных разрастаний на дне;
- твердая консистенция и безболезненность регионарных лимфатических узлов;
- морфологически – клеточный полиморфизм, атипизм и инвазивный рост.

**От гангренозного стоматита.**

В III–IV стадии, когда раковая язва достигает больших размеров с некротическим распадом на поверхности, резким некротическим запахом и сопровождается это интоксикацией, болезненностью, повышением температуры, увеличением регионарных лимфатических узлов – сходные признаки раковой язвы и гангренозного стоматита, однако **раковую язву отличают:**

- давность появления язвы и постепенное ухудшение симптоматики, тогда как гангренозный стоматит развивается остро и сразу с выраженными общими нарушениями;
- обычно – старший возраст больных;
- отсутствие мощного пласта гангренозных тканей на поверхности язвы;
- отсутствие сопутствующего гангренозного гингивита;
- наличие твердых малоподвижных регионарных лимфатических узлов;
- цитологически возможно наличие атипических клеток и фузо-спиральной инфекции, но нет *V. Perfringens*.

**От номы.**

В IV стадии рака угла рта, когда раковая язва достигает больших размеров и сопровождается болезненностью, некротическим запахом, повышением температуры, увеличением регионарных лимфатических узлов – сходные признаки раковой язвы и номы, однако **раковую язву отличают:**

- отсутствие такого стремительного (1–3 суток) и объемного, как при номе, развития некроза тканей с вовлечением всех тканей щеки;
- отсутствие выраженного отека окружающих язву тканей лица;
- отсутствие зловонного гангренозно-некротического запаха;
- отсутствие озноба и высокой септической температуры;
- отсутствие тяжелой интоксикации;
- отсутствие в распадающихся тканях *V. Perfringens*;
- раковая язва не начинается с гангренозного гингивита или стоматита;
- отсутствие разрушенных корней гангренозных зубов;
- позднее развитие болевого синдрома;
- как правило – отсутствие тяжелых фоновых общесоматических заболеваний;
- наличие твердых малоподвижных регионарных лимфатических узлов;
- наличие атипических клеток при морфологических исследованиях.

**Рак от проявлений туберкулеза.**

Длительное существование, медленно ползучий характер изъязвления, болезненность, неровные, изъеденные края, бугристое дно – сходные признаки раковой и туберкулезной язв.

**От язв при туберкулезной волчанке раковую язву отличают:**

- глубокое изъязвление, вывороченные края (тогда как туберкулезная язва неглубокая, с подрытыми краями);
- плотные края (туберкулезная язва мягкая);
- наличие плотных папилломатозных образований на дне (при туберкулезе – вялые грануляции и бугорки с желтоватыми точками на их верхушках);
- серый некротический налет (у туберкулезной язвы – желтоватый);
- отсутствие люпом;
- отсутствие рубцевания;
- отсутствие феномена «яблочного желе» и симптома проваливания зонда;
- морфологически – наличие атипических клеток и отсутствие клеток Пирогова-Лангханса.

**Раковую язву от язв СОПР при миллиарно-язвенном туберкулезе** (сходные признаки: медленно-прогрессирующее, изъязвление СОПР с изъеденными краями, без какой-либо положительной динамики от традиционных методов лечения, сопровождающееся увеличением регионарных лимфатических узлов) **отличают:**

- отсутствие клинических признаков туберкулезной инфекции – кашля, длительной субфебрильной температуры в вечернее время, общей слабости, исхудания;
- глубокое или одновременно различной глубины язвенное безболезненное или малоболезненное поражение СОПР с плотными вывернутыми краями, тогда как при милиарно-язвенном туберкулезе язва неглубокая, с подрывными мягкими краями, очень болезненная с самого начала;
- хрящевидная плотность дна и краев язвы с наличием папилломатозных разрастаний или распада тканей на дне, тогда как дно и края туберкулезной язвы имеют зернистый вид (вследствие наличия бугорков и грануляций), покрыты желто-серым налетом. Ткани в окружности туберкулезной язвы отечны и по периферии язвенной поверхности можно выявить мелкие абсцессы, так называемые тельца Треля, что не характерно для раковой язвы;
- увеличенные и плотные регионарные лимфатические узлы, тогда как при туберкулезе они тестообразной консистенции, спаяны в пакеты;
- обнаружение атипических клеток при цитологическом исследовании, тогда как при милиарно-язвенном туберкулезе выявляют эпителиоидные, лимфоидные, гигантские клетки Пирогова-Ланганса и палочку Коха.

**Раковую язву от первичной сифиломы** (безболезненность, плотность дна и краев язвы, наличие инфильтрации, наличие на стороне поражения плотного безболезненного регионарного лимфоузла – сходные признаки раковой язвы и первичной сифиломы) **отличают:**

- неправильные очертания – изъеденные и вывороченные края (у первичной сифиломы очертания правильные круглой или овальной формы, края ровные);
- хрящевидная консистенция краев и дна;
- отсутствие мощного упругого специфического инфильтрата;
- неравномерность глубины язвы (при первичной сифиломе – дно блюдцевидной формы);
- отсутствие «сального» налета и мясо-красного цвета дна язвы;
- папилломатозная бугристость дна (тогда как у шанкра дно гладкое);
- болезненность (на поздних стадиях);
- отсутствие в отделяемом из язвы бледной трепонемы;
- отсутствие заживления (через 6–8 недель шанкр уже зажил бы);
- обнаружение атипических клеток при морфологическом исследовании;
- отрицательные реакции на сифилис.

**Раковую язву от гуммозной язвы** (сходные признаки: наличие безболезненной длительно не заживающей язвы, на возвышающемся плотном основании, с плотными краями) **отличают:**

- отсутствие в анамнезе безболезненного узла размером с горошину, фасоль или орех на месте имеющейся язвы;
- места локализации – губа, язык, дно полости рта, тогда как гуммозная язва преимущественно локализуется на небе, языке, реже на щеках;
- неправильная форма, вывороченные края, различная глубина (гуммозная язва – круглая, кратерообразная);
- медленно ползучий характер течения, тогда как гуммозная язва сохраняет стабильность до рубцевания;
- обнаружение атипических клеток при морфологическом исследовании;
- отрицательные реакции на сифилис.

**Раковую язву от эрозивно-язвенной формы красной волчанки** (сходные признаки: длительно не заживающая язва неправильной формы, с наличием гиперкератоза) **отличают:**

- если рак СОПР и губ наблюдается преимущественно у мужчин старшего возраста, то эритематоз – преимущественно у женщин примерно 30-летнего возраста;
- хрящевидная плотность краев и дна;
- нечеткие границы инфильтрата под язвой;
- отсутствие четко очерченных дискоидных элементов вокруг язвы;
- отсутствие поражения кожи лица в виде бабочки;
- отсутствие эритемы, кератоза и рубцовой атрофии;
- отсутствие ухудшения в весенне-летний период;
- твердая консистенция и безболезненность регионарных лимфатических узлов;
- наличие атипических клеток при морфологическом исследовании;
- отсутствие ЛЕ-клеток.

## Выводы

1. Глубокое знание практическими врачами-стоматологами клинических проявлений различных заболеваний СОПР и постоянное обновление этих знаний, неукоснительное соблюдение алгоритмов обследования органов и тканей полости рта с обязательным включением при каждом осмотре обследования СОПР и губ позволяет своевременно выявить предраковые заболевания или ранние формы рака и адекватными лечебно-профилактическими мероприятиями предупредить переход в рак или его запущенные формы.
2. При отсутствии у пациента с онконастороженностью ЗН убедительное размышление врача в плане отличительных признаков имеющегося у пациента заболевания от рака СОПР и губ послужит успокоением пациента в пользу того, что это не онкопатология.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Avetkov DS. Peredpohlinni zahvoryuvannya scheleпно-litsevoyi dilyanki: Navch. poslbnik. Poltava: TOV «ASMI»; 2012. 68 s. [In Ukrainian]
2. Schepotin IB, Bondar GV, Dumanskiy YuV, Klimenko IA. Algoritmyi sovremennoy onkologii. Kiev: Kniga plyus; 2006. 304 s. [In Russian]
3. Gruzeva TS. Borba s hronicheskimi neinfektsionnyimi zabolevaniyami: evropeyskiy i ukrainskiy kontekst. Zdorovie – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ih resheniya. – 2013; 8 (1): 291–94 [In Russian]
4. Danilevskiy NF, Leontev VK, Nesin AF, Rahniy Zhl. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta. Moskva: OAO «Stomatologiya»; 2001. 271 s. [In Russian]
5. Borisenko AV, editor. Zahvoryuvannya slizovoyi obolonki porozhnini rota: vid teorii do praktiki. Kiyiv: «Biblioteka «Zdorov'ya Ukraini»; 2013. 546 s. [In Ukrainian]
6. Borisenko AV, editor. Zabolevaniya gub. Klinicheskaya kartina. Diagnostika.

- Differentsialnaya diagnostika. Lechenie. Profilaktika. Kiev: VSI «Meditsina»; 2013. 344 s. [In Russian]
7. Kolenko YuG. Algoritm organizatsiyi diagnostiki peredrakovykh zahvoryuvan slizovoyi obolonki porozhnini rota. Sovremennaya stomatologiya. – 2015; 78 (4): 56–60. [In Ukrainian]
8. Kravchenko W. Suchasni tendentsiyi poshirenosti hronichnih neinfektsiynih zahvoryuvan sered doroslogo naselennya mista Kiev. Ukrayinskiy medichnyi chasopis. – 2018; 1: 86–89 [In Ukrainian]
9. Borisenko AV, editor. Terapevtichna stomatologiya. Vol.4. Zahvoryuvannya slizovoyi obolonki porozhnini rota. Kiyiv: Meditsina; 2010. 640 s. [In Ukrainian]
10. World Health Organisation (2017) Disease Burden DALYs, 2000–2012 ([www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html)).

### Можливі помилки в діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ, яких можна уникнути

*О.Ф. Несін, К.Є. Печковський, І.М. Печковська*

**Вступ.** Запущені форми раку СОПР і губ, не дивлячись на їх візуальну локалізацію, складають 54,8–61,5 %. Це обумовлено слабкою вираженістю клінічної симптоматики на перших етапах розвитку раку СОПР, пізнім зверненням хворих по допомогу, труднощами лікарської діагностики й недостатньою онконастороженістю стоматологів.

**Мета:** на основі наведеної у статті диференційної діагностики допомогти практичним лікарям-стоматологам підвищити діагностичну спроможність виявлення в пацієнтів передракових захворювань і ранніх стадій раку СОПР і губ або виключення онкопатології.

**Матеріал і методи дослідження.** У роботі наведено диференційну діагностику ракової виразки з іншими, неспецифічними і специфічними, виразковими й виразково-некротичними ураженнями СОПР.

**Висновки.** Глибоке знання практичними лікарями-стоматологами клініки захворювань СОПР, обов'язковий огляд СОПР і губ при кожному обстеженні органів і тканин порожнини рота дозволяють своєчасно виявити ранні форми раку й попередити перехід у його запущені форми або виключити онкопатологію.

**Ключові слова:** рак, слизова оболонка порожнини рота, червона облямівка губ, виразкові ураження, диференційна діагностика.

### Possible mistakes in the diagnosis of cancer of the mucous membrane of the mouth cavity and red lip rim, which can be avoided

*A. Nesin, K. Pechkovsky, I. Pechkovskaya*

**Introduction.** The neglected forms of MMMC and lip cancer, despite their visual localization, make 54.8–61.5 %. This is due to the low severity of clinical symptoms in the early stages of MMMC cancer development, the late treatment of patients for help, the difficulties of medical diagnosis and the dentists have lack of cancer awareness.

**Purpose.** On the basis of the differential diagnosis given in the article, to help practical dentists to improve the detection of precancerous diseases and early stages of MMMC and lip cancer or to exclude oncology.

**Materials and methods.** In the article differential diagnosis of cancer ulcers with other, nonspecific and specific, ulcerative and ulcerative-necrotic lesions of MMMC is given.

**Conclusion.** Deep knowledge of MMMC diseases by practicing dentists, obligatory examination of MMMC and lips with each examination of organs and tissues of the oral cavity will allow early detection of early form of cancer and prevent their transition to its neglected forms.

**Key words:** cancer, mucous membrane of the mouth cavity, red lip rim, ulcerous lesions, differential diagnosis.

*Несін Олександр Федорович – доцент кафедри терапевтичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця;*

*Печковський Костянтин Євгенович – асистент кафедри терапевтичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця.*

*Тел.: (050) 411-28-20. E-mail: koprech@i.ua.*

*Печковська Ірина Михайлівна – доцент кафедри ортопедичної стоматології та ортодонтії Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет».*