

**МОЗ України**

**Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»**

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з  
пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї**

**Харківський державний національний медичний університет  
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії**

Передпухлинні захворювання  
щелепно-лицевої ділянки

**Навчальний посібник**

Полтава – 2012

## Авторський колектив

1. Д.С. Аветіков – д. мед. н., доцент, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
2. Н.А.Соколова - к. мед. н., асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
3. Г.П.Рузін – д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського державного національного медичного університету.

У виданні на основі досягнень сучасної медицини висвітлені питання етіології, патогенезу, клініки, діагностики та лікування передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки. Наведені класифікації передракових станів, якими користуються як стоматологи, так і онкологи.

Один з розділів присвячено організації онкологічної служби в Україні, організації онкологічної допомоги населенню України. Висвітлені питання профілактичних оглядів, диспансеризації, онкологічної настороженості.

Посібник може бути корисним для студентів стоматологічного та медичного факультетів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів-стоматологів, сімейних лікарів, онкологів та лікарів інших спеціальностей.

## З М І С Т

Вступ.....	4
Розділ I.....	5
Організація онкологічної допомоги в Україні.....	5
Епідеміологія злоякісних пухлин.....	10
Розділ II.....	15
Профілактичні огляди населення.....	15
Методи обстеження онкологічних хворих та принципи діагностики злоякісних новоутворень.....	17
Передракові стани щелепно-лицевої ділянки.....	34
Поняття про передраки.....	34
Фактори, які провокують передпухлинні стани.....	37
Класифікація передракових захворювань.....	45
Облігатні передракові стани.....	48
Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злякисністю.....	54
Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злякисністю.....	56
Передракові захворювання шкіри обличчя.....	59
Список літератури.....	64
Додатки.....	66

## ВСТУП

Проблема онкологічних захворювань, в першу чергу злоякісних новоутворень, є однією з найактуальніших для сучасної медицини. За даними ВОЗ, щорічно в світі від раку помирає близько 4,3 млн. чоловік. Рак входить в число трьох основних причин смерті у всіх вікових групах населення після 50 років – як в розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються.

Злоякісні пухлини голови та шиї (виключаючи шкіру, очі та головний мозок) складають близько 5% випадків раку інших локалізацій. Серед злоякісних пухлин голови та шиї рак органів порожнини рота й ротоглотки займає друге місце після раку гортані, а їх питома вага складає 2 – 10% всіх злоякісних пухлин людини. Однак і цю кількість хворих вважають значною, оскільки захворювання призводить до надзвичайно важких порушень функції дихання, ковтання, мовлення та зовнішнього вигляду. У цих хворих тяжкий стан обумовлено, перш за все, запущеними й часто інкурабельними формами захворювання, в той час, як розвинуті форми рака інших локалізацій призводять до смерті від певних метастаз.

## **РОЗДІЛ I**

### **ОРГАНІЗАЦІЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ**

Боротьба із зляжкісними новоутвореннями є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я України. Актуальність цього питання визначено постійним ростом зляжкісних новоутворень у населення, труднощами своєчасної діагностики, високою вартістю та труднощами лікування, високим рівнем інвалідизації та летальності хворих.

В Україні щорічно реєструється близько 200 000 нових випадків зляжкісних новоутворень.

Особливість медико-соціальної значимості зляжкісних новоутворень обумовила здійснення державної системи онкологічної допомоги населенню.

Спеціалізована онкологічна допомога це система заходів з організації діагностики онкологічних захворювань, лікування та реабілітації онкологічних хворих, обліку ураження населення зляжкісними новоутвореннями.

Основою організації онкологічної допомоги хворим є принцип диспансерного обслуговування, який полягає в активному динамічному спостереженні за станом здоров'я хворих та надання їм необхідної лікувально-діагностичної допомоги.

В Україні існує єдина система організації онкологічної служби, яка має республіканську, обласні та периферійні ланки. У Міністерстві охорони здоров'я України передбачено посаду головного онколога, який очолює організаційні та методичні заходи, що здійснюються в межах країни. Методичне керівництво онкологічною службою України здійснює Український науково-дослідний інститут онкології і радіології.

В обласних центрах функціонують обласні онкологічні диспансери (ООД) – спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади по наданню онкологічної допомоги населенню. Основні завдання ООД:

- спеціалізована кваліфікована поліклінічна та стаціонарна, консультативна та лікувальна допомога населенню в повному обсязі у відповідності до стандартних схем;
- контроль за якістю виконання лікування в тих лікувально-профілактичних закладах, яким дозволено лікування онкологічних хворих;
- організаційно-методичне керівництво та контроль за станом своєчасної діагностики злоякісних новоутворень у всіх лікувально-профілактичних закладах загальної мережі в своїх регіонах, а також вивчення причин пізньої діагностики;
- підвищення онкологічної грамотності за рахунок спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних працівників з онкології;
- впровадження в практику сучасних методів діагностики та лікування онкологічних захворювань, аналіз ефективності лікування в усіх лікувально-профілактичних закладах;
- здійснення та забезпечення повного обліку онкологічних хворих в регіоні, систематичний аналіз захворюваності та смертності в регіоні, розбір запущених форм захворювання, з'ясування причин пізньої діагностики і розробка заходів щодо їх усунення;
- здійснення диспансерного нагляду за онкологічними хворими;
- профілактичні огляди населення для виявлення первинних онкологічних хворих;
- проведення широкої санітарно-просвітницької роботи серед усіх шарів населення з роз'ясненням переваг лікування раку на ранніх стадіях.

Як правило, обласні онкологічні диспансери мають організаційно-методичне відділення, поліклінічно-диспансерне відділення, профільні клінічні відділення: хірургічне, радіологічне, гінекологічне, відділення пухлин голови та шиї, хіміотерапевтичне та інші. Крім того, в диспансерах передбачені відділення рентгенівської та радіонуклідної діагностики, ендоскопічної,

ультразвукової діагностики, клінічні та цитологічні лабораторії та інші. На базі ООД працюють кафедри онкології. Такі ООД називають клінічними. Кафедри разом з базовими ООД реалізують широкомасштабні плани розвитку онкологічної науки і практики, здійснюють підготовку студентів і удосконалюють знання лікарів з питань онкології, забезпечують належний професійний рівень базової установи, впроваджують в практику досягнення онкологічної науки і проводять наукові дослідження.

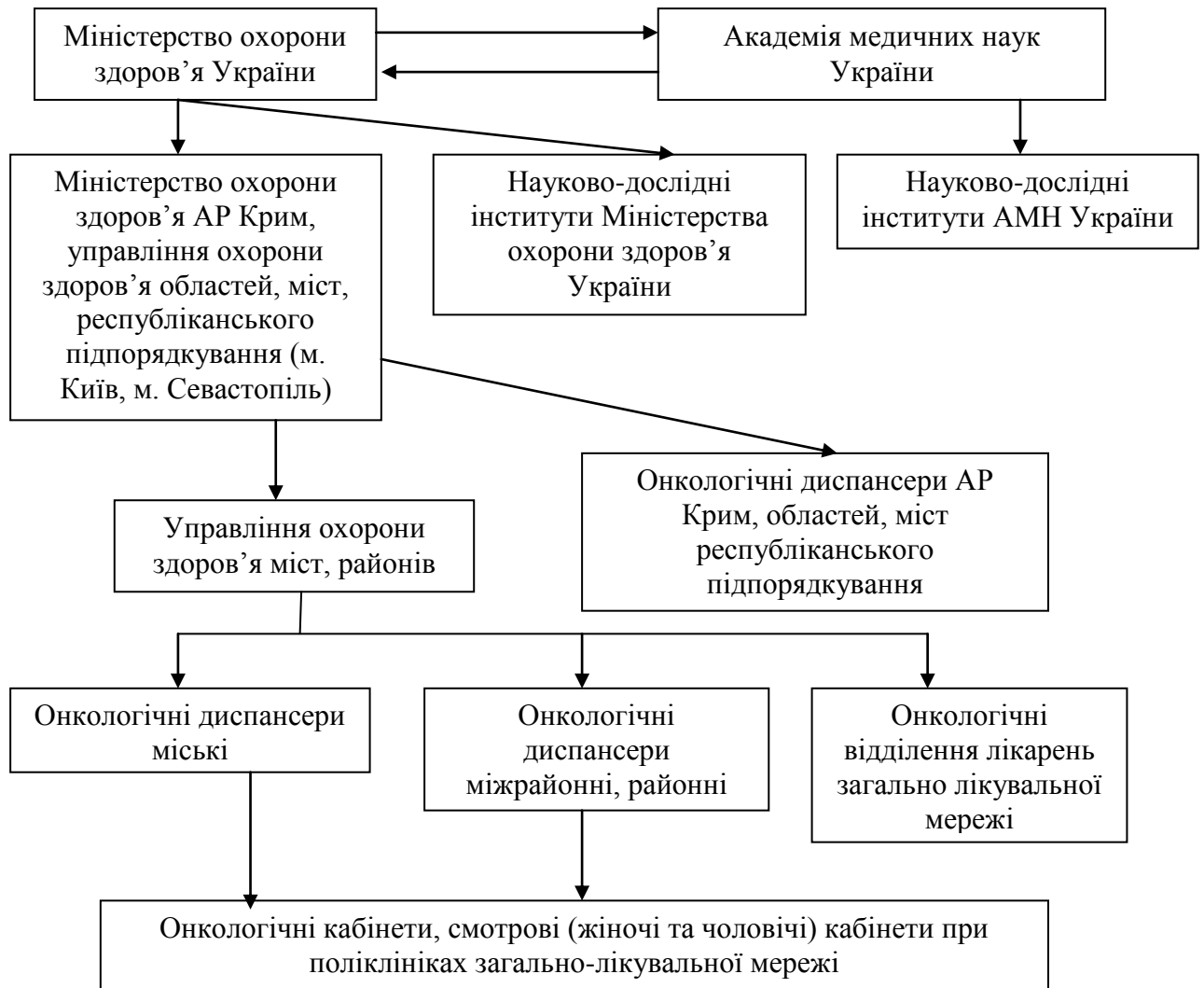
В 1996 р. в Україні функціонувало два науково-дослідних інститути онкологічного та рентгенорадіологічного профілю, 45 онкологічних диспансерів (в тому числі 24 обласних, 1 республіканський), один онкологічний центр в м. Києві, 699 онкологічних кабінетів (відділень).

МОЗ України вважає, що лікування онкологічних хворих (за невеликим винятком) повинно здійснюватись лише в онкологічних закладах, оскільки складність лікування та необхідність застосування комплексу методів (хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний) зумовлює цю вимогу. Встановлено, що тривалість життя онкологічних хворих, що лікувались в ООД, в 2,0-2,5 рази більша, ніж при лікуванні в загально лікарняній мережі.

Злоякісні новоутворення – одна з найважливіших медико-біологічних та соціально-економічних проблем не лише в Україні, а у всьому світі. Захворюваність і смертність від раку стабільно зростають, ризик їх збільшується в зв'язку з нестабільним економічним станом в країні, несприятливою екологічною ситуацією і значним постарінням населення.

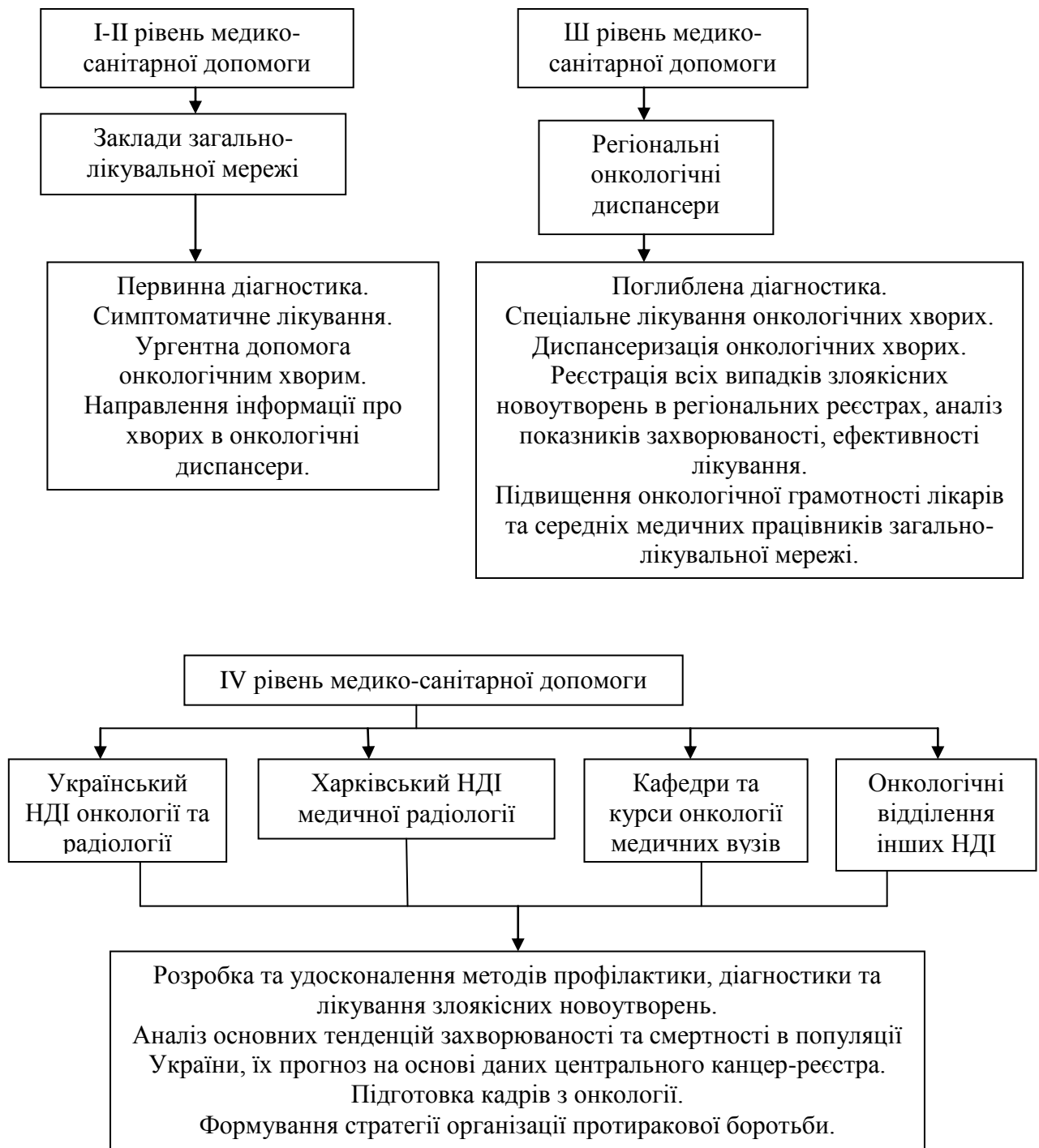
Починаючи з 1953 року в нашій країні була впроваджена обов'язкова реєстрація онкологічної захворюваності, а в 1956 р. – смертності населення від злоякісних пухлин. Вивчення особливостей розповсюдження злоякісних пухлин серед населення, оцінка ефективності комплексу протиракових заходів спираються на достовірні дані і використання надійних методичних розробок онкологічної статистики, які забезпечують збір, обробку, зберігання та оперативне використання матеріалів захворюваності і смертності від онкологічних захворювань.

## Схема організації онкологічної служби в Україні





## Схема організації онкологічної допомоги населенню України



## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та в окремих її регіонах, на основі даних довгострокового моніторингу, характеризується безперервним зростанням рівня онкологічної захворюваності населення. Так, якщо в 1980 р. кількість вперше зареєстрованих хворих складала 238,3 на 100000 населення, в 1996 р. ця величина досягла 309,4, а в 2010 році захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні склала 341,2 на 100000 населення. Щороку на рак занедужує понад 160000 осіб. Це означає, що в Україні щоденно виникає 442 нових випадка раку, або 18 щогодинно, що свідчить про інтенсивність та масштабність цього процесу. Ризик захворіти на рак впродовж життя має кожен третій-четвертий чоловік та кожна п'ята-шоста жінка.

Станом на 01.01.2011 р. на обліку онкологічних установ знаходилось понад 960000 онкологічних хворих, у тому числі 5,5000 дітей. За останні 5 років рівень захворюваності на рак збільшився на 2,4%, тобто, щорічний приріст рівня захворюваності складав 0,6%.

По величині звичайних показників захворюваності перші п'ять місць займають:

- I. м. Севастопіль (475,6x100000);
- II. Київська область (425,9x100000);
- III. Львівська область (395,3x100000);
- IV. Сумська область (390,6x100000);
- V. Херсонська область (386,2x100000).

Рак є провідною причиною смерті у всьому світі. За оцінками ВООЗ, без відповідних втручань за період з 2005 р. до 2015 р. від раку помре 84 мільйони осіб.

Слід зауважити, що рак є причиною більше 15 % всіх смертей в Україні, поступаючи лише смертності від серцево-судинних захворювань; 35 % померлих від злоякісних пухлин – особи працездатного віку. Помирають від

раку щоденно 239 осіб, або 10 – щогодинно. За останні 5 років показник смертності зменшився з 187,4x100000 до 184,5x100000 населення, або на 1,6 %.

Злоякісні новоутворення є причиною 21-26 % всіх випадків інвалідізації населення.

Зростання захворюваності характерно для раку слизової оболонки та органів ротової порожнини, ободової та прямої кішки, шкіри, молочної залози, шийки та тіла матки, яєчника, передміхурової залози, сечового міхура, щитовидної залози, лімфатичної та кровотворної тканини. Найбільший приріст (20 – 50%) показників захворюваності виявлено при злоякісних новоутвореннях передміхурової залози, нирки, щитовидної залози, ободової та прямої кішки, тіла матки.

У структурі захворюваності чоловічого населення провідні 5 місць займають злоякісні пухлини легенів, шлунка, шкіри, передміхурової залози, прямої кішки (52,2% від усіх злоякісних пухлин).

У жіночого населення перші п'ять місць в структурі захворюваності займають рак молочної залози, тіла матки, ободової кішки, шийки матки (53,5% від усіх злоякісних пухлин).

Ефективність лікування хворих злоякісними пухлинами в сучасних умовах залежить головним чином від їх ранньої та своєчасної діагностики. Фатальність онкологічної хвороби в найбільшій мірі обумовлена пізнім її виявленням. Проте, стан діагностики злоякісних новоутворень залишається незадовільним. Лише 22-25% хворих раком слизової оболонки порожнини рота потрапляють в спеціалізовані онкологічні заклади в I-II стадії захворювання. Ще гірший стан справ з виявленням злоякісних пухлин верхньощелепної пазухи. За даними М.В.Мушина, Б.Д.Кабакова, В.С.Процика, що не втратили актуальності до останнього часу, своєчасна діагностика цих пухлин була лише у 9,1% хворих.

В останні роки розробляється автоматизована система обробки інформації про онкологічних хворих (АСОІ "Онкологія"), яка дозволяє своєчасно і повніше використовувати на базі комп'ютерів дані онкологічної

статистики як в галузі управління медичною службою, так і в плані наукової роботи.

Таким чином, онкологічна служба побудована за диспансерним принципом і має суворо окреслені функції і завдання, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію онкологічних хворих, а також на диспансерне спостереження за ними після лікування.

Слід особливо підкреслити, що враховуючи напружену онкологічну ситуацію в Україні, в систему протиракової боротьби повинні бути включені не тільки і стільки онкологічні заклади, а й усі лікувально-профілактичні установи, в тому числі і стоматологічні.

Протиракова боротьба в Україні регламентується основними директивними документами з онкології:

1. *Наказ № 208 МОЗ України від 30.12.1992 р. "Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню";*
2. *Наказ № 10 МОЗ України від 22.06.1996 р. "Про створення національного канцер-реєстру України";*
3. *Відомча інструкція "Рекомендації з обсягу необхідних діагностичних досліджень при основних формах злоякісних новоутворень", затвердженою МОЗ України у 1992 р.;*
4. *Відомча інструкція "Інструкція по формуванню і диспансерному нагляду груп підвищеного ризику захворювань злоякісними новоутвореннями і больних предшествуючими (предопухолевыми) захворюваннями", затвердженої наказом МОЗ України №192 від 07.04.1986 р.*
5. *Наказ № 1 МОЗ України від 10.01.2006 про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкції щодо їх заповнення.*
6. *Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р.», прийнятою Верховною Радою України 23.12.2009 р. (№ 1794-VI).*

7. *Спільний наказ МОЗ України та НАМН України «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р.». Загальна вартість Програми – 3756115,7 тисяч гривень при потребі 7431867,6 тисяч гривень (50,5% від потреби).*
8. *Наказ МОЗ України № 728 від 27.08.2010 р. «Про диспансеризацію населення», яким затверджено порядок загальної диспансеризації населення, в тому числі й онкологічних хворих.*
9. *Наказ МОЗ України № 554 про Стандарти надання медичної допомоги онкологічним хворим. У 2010 році стандарти лікування були оновлені наказом МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України від № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія».*

*Також затверджено:*

- *наказ МОЗ України від 28.08.2009 № 649 «Клінічні протоколи діагностики та лікування дітей із солідними пухлинами»,*
- *наказ МОЗ України від 31.12.2009 № 1083 «про затвердження клінічних протоколів лікування хронічної мієлолейкемії та мієлодиспластичних синдромів у дітей»,*
- *наказ МОЗ України від 23.07.2010 № 619 «Про затвердження клінічного протоколу «Алогенна та аутологічна трансплантація стовбурових клітин у дітей. Показання та протипоказання»,*
- *наказ МОЗ України від 23.07.2010 № 617 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 20.07.2005 № 364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»,*
- *наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія».*

## Захворюваність злоякісними новоутвореннями населення України

Найменування	Число хворих з вперше встановленим діагнозом злоякісного новоутворення на 100000 населення		
	2008 рік	2009 рік	2010 рік
Україна	331,1	331,5	341,2
Полтавська	344,0	345,1	343,8
Вінницька	318,2	321,1	339,5
Волинська	270,7	270,0	275,0
Луганська	303,7	305,0	366,8
Дніпропетровська	354,9	347,0	338,4
Донецька	322,0	325,8	307,1
Житомирська	307,6	303,7	240,7
Закарпатська	228,0	235,8	382,9
Запорізька	363,2	374,7	266,5
Івано-Франківська	259,7	257,9	345,3
Київська	346,9	339,5	425,9
Кіровоградська	406,4	421,1	318,7
Республіка Крим	354,6	349,4	313,2
Львівська	308,6	309,8	395,3
Миколаївська	387,7	375,8	372,2
Одеська	368,5	371,9	343,8
Рівненська	262,1	251,3	259,3
Сумська	361,9	373,1	390,6
Тернопільська	301,4	292,9	310,8
Харківська	336,4	338,1	344,1
Херсонська	344,8	347,4	386,2
Хмельницька	354,1	356,1	360,7
Черкаська	357,3	339,4	355,4
Чернівецька	265,0	266,0	266,2
Чернігівська	342,7	363,1	350,2
м. Київ	335,0	336,5	342,0
м. Севастопіль	469,7	475,8	475,6

## РОЗДІЛ II

### ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ НАСЕЛЕННЯ

Основним фактором, що обумовлює успіх у лікуванні та сприятливому прогнозуванні при новоутвореннях щелепно-лищевої ділянки є рання діагностика

Щелепно-лицева ділянка є добре доступна для огляду як лікарем, так і самим пацієнтом. Проте, симптоми пухлини бувають настільки слабо виражені, що перехід хронічного запального або деструктивного процесу в злоякісний ріст часто залишається непоміченим ні спеціалістом, ні хворим.

Про складність діагностики початкових форм раку або відсутність онкологічної настороженості свідчить велика кількість запущених випадків.

Ряд авторів указують, що недостатня інформованість лікарів різних спеціальностей (терапевтів, хірургів, невропатологів, окулістів, лікарів дільничних лікарень) про ранні симптоми онкостоматологічних захворювань у 35,3% є причиною занедбаності злоякісних пухлин щелепно-лицевої локалізації, 40,7% – складають помилки стоматологів і отоларингологів, 17,5% хворих, що пізно звертаються за медичною допомогою в зв'язку з відсутністю уявлення про можливість злоякісної поразки, нерідко займаються самолікуванням випадків.

Частіше всього помилки спостерігалися в ранній стадії захворювання: I стадії – 43,53%, у II стадії – 52,76%. У всіх хворих була зроблена біопсія і гістологічне дослідження пухлин: клінічний діагноз не підтвердився в 13,53% хворих

Велике значення в державній системі охорони здоров'я мають профілактичні огляди населення. Комплексні медичні профілактичні огляди направлені на виявлення передракових захворювань та злоякісних новоутворень. Онкопрофоглядам підлягає все населення України у віці від 20 років.

В роботі по проведенню профілактичних оглядів повинні бути обов'язково використані такі методи обстеження:

1. Огляд шкіри і видимих слизових оболонок;
2. Пальпація всіх груп периферійних лімфатичних вузлів;
3. Цитологічні дослідження для виявлення передпухлинних та злоякісних новоутворень (за необхідністю);
4. Біопсія з патогістологічним дослідженням матеріалу (за необхідністю);
5. Променеві методи обстеження (рентгенологічні, ультразвукова діагностика та інші);
6. Загальний клінічний аналіз крові.



## **МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

Під час проведення профілактичних оглядів з метою виявлення передпухлинних захворювань і ранніх форм злоякісних пухлин необхідно насамперед проводити обстеження органів, які найчастіше уражуються злоякісними пухлинами: шкіру обличчя та шиї, губи, язик та слизову оболонку порожнини рота.

Починаючи огляд шкіри, звертають увагу на наявність тріщин, що тривалий час не гояться, виразок, пігментних плям, на довго існуючи екзематозні висипання, бородавки, що активно ростуть, вузлики, ущільнення шкіри, особливо – професійні кератози. Такі хворі повинні бути детально обстежені в дерматологічних лікувальних закладах, при необхідності – з проведенням морфологічної або цитологічної верифікації (червоний вовчак, псоріаз, іхтіоз). Стоматологам і зубним лікарям під час проведення масових оглядів порожнини рота з метою санації та лікування слід звертати увагу на виразки слизової оболонки, що довгий час не гояться, тріщини червоної облямівки губ, білі цупкі, шершаві плями слизової оболонки порожнини рота та губ. При безуспішному лікуванні цих елементів пошкодження впродовж 7-10 днів лікар зобов'язаний направляти хворих на консультацію до лікаря-онколога.

Обстеження губ, язика, слизової оболонки порожнини рота необхідно розпочинати з опитування хворого про наявність у нього неприємних, болісних відчуттів, зокрема під час розмови та прийому їжі. Під час об'єктивного обстеження особливу увагу слід звертати на ті ділянки, де найчастіше зустрічаються злоякісні новоутворення: червону облямівку нижньої губи, бокову поверхню язика, корінь язика, слизову оболонку дна порожнини рота та щік. Під час об'єктивного обстеження на нижній губі звертають увагу на сухість червоної облямівки, її матову поверхню, ущільнення епітелію, тріщини, злущування, наявність осередків білястих та шершавих плям, виразок, особливо з підвищеними у вигляді валика краями.

Під час огляду порожнини рота і язика, також, слід звертати увагу на наявність тривало існуючих ерозій, виразок, тріщин, білястих плям, бляшок, вузликів та ущільнень. Дуже важливо визначити розміри інфільтратів навколо виразки, щільність і болючість (або безболісність) утворення, його зміщення відносно оточуючих тканин, кровоточивість тканин пухлиноподібного утворення. Огляд порожнини рота слід проводити за показаннями при достатньому освітленні, застосовуючи лобний рефлектор, біноккулярну лупу та інші інструменти. Доцільно ширше впроваджувати методи стоматоскопії із застосуванням вітального фарбування слизової оболонки порожнини рота.

Дуже цінною діагностичною ознакою є рухомість зубів, яка не пов'язана з запальними захворюваннями періодонта та пародонта. При підозрі на новоутворення верхньої щелепи звертають увагу на наявність або відсутність асиметрії обличчя, наявність або відсутність деформації альвеолярного відростка та твердого піднебіння, нижнього краю орбіти, зміну розмірів і форми щілини ока, екзофтальм. Перевіряють якість носового дихання, з'ясовують скарги на головний біль, носові кровотечі, характер носових виділень.

Пальпаторно визначають конфігурацію, консистенцію, розміри слинних залоз, визначають стан їх вивідних протоків, характер секрету.

Обов'язковим є визначення стану регіонарних лімфатичних вузлів: підпідборідної, піднижньощелепних ділянок, вздовж кивальних м'язів, сонних та бокових трикутників шиї і надключичних ділянок. Слід пам'ятати, що досить часто спостерігається перехресне метастазування (білатеральне та контрлатеральне).

При пальпації щитовидної залози звертають увагу на збільшення розмірів, консистенцію залози, наявність ущільнень, вузлів. При наявності патологічних змін необхідне ультразвукове дослідження (УЗД), по можливості – сканування залози. Всі вузлові утворення та ущільнення щитовидної залози підлягають цитологічному дослідженню, причому пункцію для отримання матеріалу слід робити під контролем УЗД.

При наявності патологічних процесів в щелепно-лицевій ділянці лікар-стоматолог повинен взяти мазки-відбитки з виразки або зробити пункцію пухлини або збільшеного лімфатичного вузла для цитологічного дослідження, виконати біопсію.

*БІОПСІЯ* – прижиттєве видалення шматочка тканини для діагностичного патогістологічного дослідження. Це найбільш точний метод діагностики пухлин, зокрема на їх ранніх стадіях, достовірність біопсії – 80 – 98%. Біопсія дає змогу діагностувати і інші процеси – доброякісні пухлини, запальні процеси, гіперпластичні утворення. Біопсія необхідна, також, для уточнення вже встановленого діагнозу та проведення диференційної діагностики. Повторна біопсія дає змогу прослідкувати морфологічну динаміку патологічного процесу під впливом на нього лікувальних засобів, оцінити ефективність лікування.

Розрізняють наступні форми біопсії: діагностична, термінова, випадкова.

Методи виконання біопсії:

– *інцизійна біопсія* – висічення одного або декількох шматочків пухлини (при пухлинах великих розмірів). Висічення тканини здійснюється скальпелем, електроножем, електропетлею, конхотомом. Під час проведення біопсії слід уникати надмірної інфільтрації анестетиком самої пухлини, краще застосовувати провідникове або загальне знеболення. Проведення інцизійної біопсії вимагає виконання певних правил: а) біопсію слід виконувати на межі із здоровими тканинами, захоплюючи і незмінену тканину; б) не слід брати для дослідження матеріал із некротизованої ділянки, зони розпаду пухлини; в) у випадку невеликих поверхневих утворень краще видаляти їх повністю (біопсія *in toto*); г) під час виконання електробіопсії шматок тканини повинен бути не менш 1 см. Після видалення шматочка тканини при підозрі на злоякісну пухлину місце висічення піддають електрокоагуляції або оброблюють 96<sup>0</sup> етиловим спиртом. Розміри видаленого шматочка визначаються в залежності від характеру і локалізації патологічного вогнища, він повинен бути достатнім для проведення патогістологічного дослідження. При біопсії лімфатичного

вузла слід намагатись видалити його або декілька прилеглих один до одного вузлів повністю, не порушуючи капсули. Бережливе відношення до тканин, мінімальна їх травматизація є необхідною умовою правильно виконаної біопсії. Видалений шматочок тканини для гістологічного дослідження занурюють в фіксуєчий розчин (10% нейтральний розчин формальдегіду). До занурення в формальдегід доцільно з поверхні шматочка зробити мазки-відбитки для цитологічного дослідження.

– *ексцизійна біопсія* – хірургічне видалення всього патологічного вогнища. Найчастіше застосовується при пухлинах шкіри, збільшеного лімфатичного вузла, незначних пухлин губи та слизової оболонки порожнини рота. Часто ексцизійна біопсія є і лікувальним заходом.

– *трепанбіопсія* – отримання стовпчика тканини за допомогою спеціально сконструйованої для цієї мети голки (М.П.Федюшина, Л.Мачульського та інших). Трепанбіопсія може застосовуватись при ураженні кісток, щільних метастазів в лімфатичні вузли, в гематології для стернальних пункцій та інших дослідженнях.

– *щипцева біопсія* – отримання шматочка тканини за допомогою щипців різної конструкції (конхотомів). Вона застосовується, зокрема, при ендоскопічних дослідженнях. Можна використовувати це дослідження і в порожнині рота.

Випадкова біопсія – дослідження, якщо матеріал отримують несподівано для хворого, наприклад, при відкашлюванні шматка пухлини бронха.

Терміновою (експрес-біопсією) вважаються такі біопсії, які спрямовані на отримання патогістологічного висновку впродовж декількох хвилин після взяття матеріалу. Експрес-біопсії найчастіше виконуються під час операції для уточнення діагнозу і визначення подальшої лікувальної тактики в короткий термін.

Біопсію виконують також при клінічно встановленому діагнозі з такою метою:

- для гістологічного підтвердження діагнозу, тому що клінічні дані можуть виявитись помилковими і привести до непотрібних, а інколи інвалідизуючих оперативних втручань;
- для отримання точної морфологічної характеристики пухлини, становлення її гістологічного варіанту, ступеню диференціювання;
- для визначення розповсюдженості пухлинного процесу як в ураженому органі, так і за його межами, що дає змогу раціонального вибору метода лікування;
- для виявлення індивідуальної чутливості злоякісної пухлини до хіміотерапевтичних препаратів і підбору для лікування найефективніших цитостатиків (такі дослідження проводяться *in vitro* або в культурі тканин з використанням матеріалу біопсії);
- для оцінки успіху того чи іншого виду лікування;
- для виявлення або виключення рецидиву пухлини;
- для документального підтвердження наявності пухлини, яка була у хворого до лікування, що має, крім іншого, юридичне значення при необхідності підтвердження обґрунтованості методу лікування. виправданого лише для злоякісних пухлин;
- для достовірності статистики пухлин;
- для передбачення прогнозу і отримання науково достовірних даних про віддаленні результати лікування злоякісних пухлин.

Будучи одним із найточніших методів діагностики пухлин, біопсія все ж іноді дає неправильні результати внаслідок недотримання правил взяття матеріалу або неточної інтерпретації морфологічного препарату. В таких випадках біопсію слід повторити.

Ускладненнями біопсії можуть бути кровотеча, пошкодження оточуючих тканин, нагноєння рани, дисемінація пухлинних клітин.

*ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ* (вивчення клітин патологічного вогнища) проводять наступними методами:

- мазок з патологічного вогнища отримують за допомогою марлевого тампона, шпателя або іншого інструменту;
- відбиток з патологічного вогнища отримують за допомогою стерильного скла або стерильної канцелярської гумки;
- перебиток з отриманого мазка або відбитка;
- аспіраційний метод – матеріал отримують за допомогою пункції (5,0 або 10,0 мл порожнього стерильного шприця та голки);
- ексfolіативний метод – матеріал отримують під час пункції порожнини з отриманням рідини або під час промивання порожнини (промивні води).

Для цитологічного дослідження пунктатів матеріал береться сухим стерильним шприцом з добре притертим поршнем і сухою ін'єкційною голкою. Після вколу голки в патологічне вогнище виконується декілька всмоктуючих рухів, потім вміст голки виштовхують поршнем на 2-3 сухих знежирених предметних скельця і, ковзаючи іншим предметним скельцем, перетворюють на тонкий мазок. Якщо матеріал отримано у вигляді рідини (серозної, гемограгічної та іншої), то негайно після взяття її від хворого в рідину слід додати розчин цитрату натрію з розрахунку 1 мл на 10 мл рідини; промивні води, трансудати, ексудати, необхідно посилати на дослідження у повному обсязі.

З ерозивних або виразкових поверхонь шкіри, слизової оболонки губи, порожнини рота, язика матеріал отримують внаслідок мазка, мазка-відбитка, зішкребу. Перед дослідженням з поверхні, що підозріла на малігнізацію, ретельно знімають сухі або гнійні кірочки, некротичний наліт, слиз для кращого доступу до патологічного вогнища.

У всіх випадках матеріал для цитологічного дослідження береться лікарем, який обстежував чи оперував хворого. В направленнях на цитологічне дослідження до мазків (пробірок, флаконів) обов'язково пишуть прізвище хворого та номер історії хвороби або амбулаторної картки, відділення, медичний заклад, кабінет, де обстежують або оперують хворого. Обов'язково

слід вказати, звідки взято матеріал (орган, анатомічна ділянка), яким шляхом (відбиток, пунктат, промивні води та інші), який макроскопічний вигляд він мав. Слід вказати клінічний діагноз та проведене лікування. Матеріал для цитологічного дослідження необхідно доставляти безпосередньо після отримання його від хворого. Відповідальність за доставку матеріалу покладається на відділення, в якому проводиться обстеження хворого. Наявність в матеріалі атипичних клітин не є достовірною підставою для встановлення діагнозу злоякісної пухлини, тому цитологічних досліджень може бути декілька. Правильно виконане цитологічне дослідження забезпечує достовірність діагнозу в 78-90% випадків.

Крім цих методів для діагностики застосовують наступні методи: стоматоскопії, променеві методи, радіоізотопні методи, індукційні методи (МРД), хвильові (УЗД) та інші методи за необхідністю.

### **Диференційна діагностика виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота**

<b>Травматична</b>	<b>Сифілітична</b>	<b>Туберкульозна</b>	<b>Актиномікотична</b>	<b>Ракова</b>
Різко обмежена. Неправильної форми. Краї інфільтровані, щільні, болісні. Виразка неглибока із гладким дном, вкритим епітелієм рожевого кольору. Біля основи виразки може бути болючий інфільтрат.	Має «сальне» дно. Краї виразки обрубані, гладкі, помірної щільності, мало болісні. Біля основи виразки – безболісний інфільтрат.	Виразка неглибока; дно сірувато-жовтого кольору. Краї мілкі, підриті, фестончасті із мілкими грануляціями, які легко кровоточать. Навкруги виразки широкий запальний пояс. Виразка дуже болюча. Біля основи виразки – болючий інфільтрат.	Виразка – на місці актиномікотичного вузла; дно бухто подібне, місцями вкрите жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзі актиноміцетів. Біля основи виразки – щільний, мало болючий, «дерев'янистий» інфільтрат.	Виразка має кратероподібний вигляд. Краї дуже щільні, валикоподібні, які поступово спускаються до дна виразки. Дно жовтуватого кольору. Біля основи виразки – щільний інфільтрат, безболісний.

**Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лищевої ділянки  
(за Д.Л. Коритним)**

Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмуючого фактора	Дно порожнини рота, ретромолярній простори, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини
Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровоточащими ранами, іноді залишками сірвато-жовтуватого розпаду	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Сірвато-жовтий	Сальний	Кров'янисто-гнійний або кірки
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно-щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Болюча, значної щільності
д) оточуючих тканин	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані  Збільшена,	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сірвато-жовті «тільця Треля» - туберкульозні бугорки	Запалення відсутне, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки



е) стан регіонарних лімфатичних вузлів	болюча	Зазвичай не змінені	При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перке та Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

Таким чином, для діагностики передпухлинних захворювань та злоякісних новоутворень існує широкий арсенал різних методів дослідження. Проте, відсоток занедбаних випадків серед вперше виявлених онкологічних хворих дуже високий, чим також зумовлена висока смертність впродовж першого року після встановлення діагнозу.

Головними причинами такого положення є лікарські помилки, пізні звертання хворих за допомогою, відмова від обстеження, прихований перебіг захворювання, про що ще 60 років тому писав А.В.Мельніков. За період часу, що минув, ситуація мало поліпшилась. Основною причиною цього слід вважати відсутність онкологічної настороженості.

Поняття *"Онкологічна настороженість"* було запропоновано А.Ш.Савицьким в 1948 р. і складалось із трьох основних елементів:

- підозра на наявність раку;
- ретельний збір анамнезу;
- використання обов'язкових методів обстеження.

Пізніше Б.Е.Петерсон запропонував онкологічною настороженістю вважати:

1. Знання симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях;
2. Знання преканцерозів та їх лікування;
3. Знання організації онкологічної допомоги, мережі лікувальних закладів і термінове направлення хворих із з'ясованим або підозрілим патологічним процесом за призначенням;
4. Ретельне обстеження кожного хворого, який звернувся до лікаря будь-якої спеціальності, з метою виявлення можливого онкологічного захворювання;
5. Звичку думати про можливість атипового або ускладненого перебігу злоякісної пухлини у важких випадках діагностики.

За Ю.Ф.Григорчуком та Г.П.Рузіним поняття «онкологічна настороженість» містить наступні положення:

- знання клінічних проявів передракових захворювань для їх своєчасного виявлення;
- знання основних провокуючих та передрасполоджуючих факторів розвитку преканцерозних станів для їх усунення;
- знання ранніх клінічних проявів злоякісних пухлин органів порожнини рота та шкіри, які визначаються візуально;
- знання структури та системи надання онкологічної допомоги для своєчасного направлення хворого на обстеження та лікування;
- знання мінімально необхідного обстеження в умовах стоматологічної поліклініки при підозрі на передракове захворювання;
- знання принципів деонтології в спілкуванні з хворими цього профілю;
- знання основних положень реабілітації онкостоматологічних хворих в умовах стоматологічної клініки в залежності від клінічної групи.

Головним правилом для лікарів під час обстеження повинен бути повний огляд хворого. Така тактика пояснюється наступними моментами:

- локальне ураження може бути відображенням (віддаленими метастазами) пухлини, яка локалізується первинно в зовсім іншому місці;

- можливе синхронне виникнення первинно множинних пухлин (базаліоми, меланоми);
- під час повного огляду хворого можна виявити виражену супутню патологію, що може вплинути на обсяг додаткового обстеження, встановлення точного діагнозу і характеру лікування.

Після закінчення фізикального обстеження лікар повинен вирішити, які саме додаткові методи діагностики показані в даному випадку і обов'язково провести повний обсяг обстеження.

Всі особи, у яких під час профілактичних оглядів виявлені процеси, підозрілі на належність до передпухлинних захворювань або злоякісних новоутворень, підлягають обов'язковому подальшому поглибленому обстеженню амбулаторно в лікувально-профілактичних установах. У випадку необхідності обстеження повинно бути проведено в стаціонарі загальнолікувального або спеціалізованого закладу.

Поглиблене обстеження осіб з підозрою на злоякісну пухлину повинно бути завершено в лікувально-профілактичних закладах протягом 7 днів. Дані про результати обстеження заносять в амбулаторну картку хворого і фіксують в формах обліку профілактичних оглядів для контролю появи хворого на поглиблене обстеження.

Профілактичні огляди організованого (декретованого) населення в містах здійснюються:

1. на промислових підприємствах – силами медико-санітарних частин (МСЧ);
2. на підприємствах та установах, які не мають своїх МСЧ, силами лікувально-профілактичних закладів, до яких вони прикріплені.
3. Проведення профілактичних оглядів неорганізованого населення (пенсіонери, домогосподарки та інші) покладається на районні поліклініки.

Профілактичні огляди працюючого і непрацюючого населення сільської місцевості здійснюється сільськими дільничними лікарнями (СДЛ) або сільськими лікарськими дільницями, а поглиблене обстеження – центральними районними лікарнями (ЦРЛ).

В деяких районах, де населення внаслідок специфіки виробничою діяльності або віддаленості розташування населених пунктів, віддалено від закладів загальної лікарняної мережі, здійснюється бригадний або експедиційний методи профілактичних оглядів.

На всіх виявлених під час профілактичних оглядів хворих злоякісними новоутвореннями лікар, який виявив захворювання, повинен заповнити повідомлення про вперше встановлений діагноз раку (форма № 90/у, затверджене наказом МОЗ України за № 1030 від 4 жовтня 1980 р.) і в триденний термін переслати в онкологічний заклад за місцем проживання хворого. Хворих передпухлинними і пухлинними захворюваннями беруть на диспансерний облік відповідні спеціалісти, на хворих заповнюється контрольна карта за формою №30 (облікова форма диспансерних хворих). На кожного хворого з вперше в житті встановленим діагнозом злоякісного новоутворення в IV стадії захворювання, а при візуальній локалізації новоутворення – в III стадії (всі локалізації щелепно-лицевої ділянки), складається "Протокол на випадок виявлення у хворого занедбанної форми злоякісного новоутворення" (форма № 027-2/у).

Всіх хворих, що взято під диспансерне спостереження, слід розподілити на клінічні групи:

1. *група Ia* – хворі з захворюваннями, що підозрілі на злоякісне новоутворення;
2. *група Ib* – хворі з передпухлинними захворюваннями;
3. *група II* – хворі із злоякісними новоутвореннями, що підлягають спеціальному комплексному лікуванню;
4. *група IIIa* – хворі із злоякісними новоутвореннями, що підлягають радикальному лікуванню;
5. *група III* – практично здорові особи після проведеного радикального лікування злоякісної пухлини;
6. *група IV* – хворі з розповсюдженими формами злоякісних новоутворень, що підлягають паліативному або симптоматичному лікуванню.

До *Ia клінічної групи* належать хворі з неясною клінічною картиною, при наявності підозри на захворювання злоякісним новоутворенням. Хворих *Ia* групи після встановлення остаточного діагнозу знімають з обліку або переводять в інші клінічні групи. Поглиблене обстеження хворих *Ia* клінічної групи повинне бути організоване не пізніше, ніж 7 днів з моменту взяття на диспансерний облік. На клінічній групі *Ia* хворий може знаходитись не більше 10 днів.

До *Ib клінічної групи* належать хворі з передпухлинними захворюваннями.

До *II клінічної групи* відносять хворих злоякісними новоутвореннями, які внаслідок застосування сучасних схем лікування можуть бути повністю вилікувані від злоякісного новоутворення, а також хворих, у яких може бути досягнута тривала ремісія.

У складі *II клінічної групи* виділена підгрупа *IIa* – хворі, які підлягають радикальному лікуванню. Під радикальним лікуванням розуміють застосування сучасних методів лікування пухлинного процесу, спрямованих на повне виліковування хворого від пухлини.

До *III клінічної групи* – групи практично здорових осіб відносять хворих, яким проведено радикальне лікування (хірургічне, променеве, комбіноване або комплексне), при відсутності рецидивів та метастазів. Ці особи є об'єктом спостереження та реабілітації. Контрольні огляди проводяться перший рік після закінчення радикального лікування щоквартально; в другій рік контрольні огляди проводяться двічі на рік; в третій та наступні роки – контрольний огляд повинен проводитись один раз на рік. Особи цієї клінічної групи, у випадку виникнення у них рецидивів захворювання, переводяться у *II (IIa)* групу для проведення спеціалізованого лікування (хірургічного, променевого та ін.) або в *IV* групу, якщо проведення спеціальних методів лікування не показано у зв'язку з розповсюдженням процесу.

До *IV клінічної групи* – розповсюджена форма злоякісного новоутворення – відносять хворих, спеціальне лікування яких неможливе. Це хворі, яким

надається головним чином симптоматичне та паліативне лікування. Цей важкий контингент хворих потребує особливої уваги з боку медичного персоналу. Для цих хворих є обов'язковим застосування адекватних протибольових заходів, а також ліквідація життєво-небезпечних ускладнень.

Лікування злоякісних новоутворень може бути успішним лише в тих випадках, коли воно проводиться на ранніх стадіях захворювання, а ще краще, якщо починати лікування на стадіях передракових змін. Хворі з передраковими захворюваннями ділянки голови та шиї можуть звертатись за медичною допомогою до лікарів-стоматологів, ЛОР-спеціалістів, хірургів, дерматологів та інших. Тому ці спеціалісти повинні добре знати клінічні прояви передракових захворювань голови та шиї, ознаки малігнізації та ранні прояви раку у відповідних ділянках.

Одним із найважливіших заходів, спрямованих на вирішення відповідального завдання протиракової боротьби, є систематичне проведення комплексних профілактичних оглядів населення, а також така організація загальної поліклінічної допомоги населенню, під час якої будь-який огляд хворого лікарем був би одночасно профілактичним оглядом по виявленню найчастіших локалізацій раку та передпухлинних захворювань.

Всі хворі з передпухлинними захворюваннями повинні знаходитися під диспансерним спостереженням у лікарів відповідних спеціальностей. Хворі, що мають передпухлинні захворювання з високою частотою малігнізації підлягають систематичному спостереженню та оздоровленню за участю лікарів-онкологів (клінічна група 1Б). При хірургічному лікуванні передпухлинних захворювань гістологічне дослідження видаленого вогнища є обов'язковим. Хворі після проведеного радикального лікування передпухлинного захворювання підлягають активному диспансерному спостереженню через 6 – 12 місяців. Хворі, яким надається терапевтичне лікування медикаментозними засобами, підлягає активному диспансерному спостереженню через 3-6-9-12 місяців, на другий рік – через 6-12 місяців потім, якщо не виявлено рецидиву або продовження хвороби, хворого переводять в систему щорічної диспансеризації всього населення, де їх включають в

групу підвищеного ризику захворювань на злоякісні новоутворення. Якщо в процесі спостереження хворому необхідне хірургічне лікування, його проводять у відповідного спеціаліста. Після проведеного лікування хворий підлягає активному диспансерному спостереженню через 6 та 12 місяців, якщо не виявлено рецидиву або продовження хвороби, хворого переводять в систему щорічної диспансеризації всього населення, де їх включають в групу підвищеного ризику захворювань на злоякісні новоутворення. Хворі, які відмовились від лікування, підлягають активному диспансерному спостереженню кожні 2-3 місяці.

За діючим наказом №192 МОЗ УРСР від 07.04.1986 р. формування груп підвищеного ризику хворих на злоякісні новоутворення та передпухлинні захворювання здійснюють спеціалісти, які беруть участь в проведенні щорічної диспансеризації всього населення.

Лікар-онколог здійснює методичну допомогу при формуванні цих груп, контролює облік, своєчасність та повноту їх обстеження, сумісно зі спеціалістами проводить щорічний аналіз ефективності диспансерного нагляду та оздоровчих заходів.

При проведенні щорічної диспансеризації всього населення, або під час звертання хворого за медичною допомогою, сімейний лікар, лікар-стоматолог, а також, лікарі інших спеціальностей з урахуванням переліку факторів ризику включають обстежуємого в групу підвищеного ризику. В медичну карту амбулаторного хворого вносять відповідний запис.

Диспансерний нагляд за особами, які включені в групу підвищеного ризику та хворими на передпухлинні захворювання здійснюється у територіальному медичному закладі за місцем проживання або в поліклініці за місцем праці. На кожного виявленого хворого заводять контрольну карту диспансерного нагляду (ф. №030-У).

При щорічному диспансерному огляді вказаного контингенту проводять необхідний об'єм досліджень, які показані до онкологічного компоненту диспансеризації.

При наступному огляді хворих, що знаходяться на диспансерному, обліку, застосовують діагностичні дослідження, вказані в відомчих вказівках. Крім того, хворі на передпухлинні захворювання проходять щорічну диспансеризацію в обсязі, передбаченому для всього населення.

Хворі, вилікувані від передпухлинних захворювань, підлягають контрольному огляду у спеціаліста через 6-12 місяців, після чого можуть бути переведені в систему щорічної диспансеризації всього населення, де їх включають в групу підвищеного ризику захворювань на злоякісні новоутворення.

*Перелік основних факторів ризику:*

1. *Вік.* Чоловіки та жінки, старіші 45 років – всі локалізації.
2. *Шкідливі звички:*
  - вживання алкоголю – всі локалізації;
  - паління – всі локалізації;
  - вживання надмірно гарячої та гострої їжі – слизова оболонка порожнини рота, язик;
  - локальне застосування наркотичних препаратів (жування «травки», НАС, та ін.) – слизова оболонка порожнини рота, язик.
3. *Професійні шкідливості тривалі (більш 10 років):*
  - робота на відкритому повітрі в умовах сільського господарства, на будівництві, на морському транспорті – губа, шкіра;
  - часті опіки червоної облямівки губ під час роботи на металургійних, хімічних та стеклодувних підприємствах – губа, шкіра, слизова оболонка порожнини рота, язик;
  - робітники автотранспорту; робітники, які зайняті на добичі нафти та її переробці, зайняті в процесах нікелірування та хромірування, в деревообробній промисловості – злоякісні новоутворення носа, приносових пазух, губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;
  - дія на шкірні покриви рентгенівських променів та радіоактивного випромінювання, дія хімічних канцерогенів в умовах промисловості (нафтопродукти, нітрофарби) – злоякісні новоутворення шкіри, губи.



#### 4. Ендогенні фактори:

- наявність злоякісних новоутворень у близьких (кровних) родичів – всі локалізації;
- наявність меланому у родичів – всі локалізації.

#### Схема диспансерного спостереження лікарем-стоматологом хворих на передпухлинні захворювання

<i>№ п/п</i>	<i>Нозологічна форма</i>	<i>Кратність обстежень за рік</i>	<i>Консультації спеціаліс- тів за показаннями</i>	<i>Необхідні діагностичні дослідження</i>	<i>Метод лікування</i>
1.	Доброякісні новоутворення губи, порожнини рота, язика	2 (якщо відмова від хірургічного лікування або при наявності протипоказань до нього)	Дерматолог	Фізикальне дослідження вогнища ураження та регіонарних лімфатичних вузлів, загальні лабораторні дослідження (2 рази на рік), реакція Вассермана (одноразово), фарінгоскопія та рентгенографія щелеп (за показниками), цитологічне або гістологічне дослідження для верифікації діагнозу – обов'язково!	Видалення новоутворення, контрольний огляд через 6-12 міс., перевод в систему щорічної диспансеризації всього населення
2.	Хейліт	4			Консервативний
	Манганотті	2			
	Лейкоплакія слизової оболонки порожнини рота та язика				
3.	Еритроплазія епітелія ротової порожнини, нікотинний лейкокератоз	2	Дерматолог		Консервативний
4.	Актинічний хейліт	2			
5.	Кератодермія червоної облямівки губ (дифузна, вогнищева, продуктивна, деструктивна)	2			
6.	Декубітальна виразка слизової оболонки порожнини рота	2			

# ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

## ПОНЯТТЯ ПРО ПЕРЕДРАКИ

**Передраки** – патологічні стани, які тривалий час передують появі злоякісних пухлин, але не завжди перетворюються в них і є стадією канцерогенезу. Термін «передрак» (praecancer) було запропоновано М.В.Дюбрейлем у 1986 році на Міжнародному конгресі дерматологів у Лондоні. Він поставив питання про кератози, як станах, що передують виникненню злоякісних пухлин шкіри. З того часу термін «передрак» широко застосовується в клінічній медицині, але, слід відмітити, що ще задовго до цього, були відомі випадки виникнення раку на місці різноманітних патологічних станів. Незважаючи на це, до цих пір немає єдиної думки про значення передуючих патологічних процесів в розвитку злоякісних пухлин. Деякі фахівці вважають, що поняття «передрак» необхідно звузити та не рахувати його обов'язковою фазою в розвитку пухлин. Інші автори вважають, що кожен рак має свій передрак, але не кожен передрак обов'язково перетворюється на рак.

Експериментально та клінічно доведено, що розвитку пухлин передують певні патологічні процеси.

Мельников А.В., один з провідних онкоморфологів України, дає таке визначення передраку: передрак це місцеве (спадкове, народжене або надбане) доброякісне захворювання епітелію шкіри, слизової оболонки або паренхіми органу, яке, розташовуючись в типових місцях, піддаючись постійному подразненню (неспецифічному) і, будучи занедбаним, при нашаруванні ряду ендогенних причин, переходить в злоякісну пухлину. А.В.Мельников умовно виділив чотири стадії перетворення передраку в рак:

- а) гіперплазія і перебудова тканини;
- б) вогнищева гіперплазія;
- в) поява доброякісної пухлини;
- г) перетворення доброякісної пухлини в злоякісну з характерним інфільтративним та деструктивним ростом.

Л.М.Шабад виділяє 4 стадії в розвитку раку:

1. Нерівномірна дифузна гіперплазія, змінена морфологічно та функціонально.
2. Вогнищеві розростання на фоні дифузної гіперплазії з мультицентричних зачатків; ознаки незрілості, атипії.
3. Вогнищеві проліферати, зливаючись, утворюють вузол відокремлений від оточуючих тканин (доброякісна пухлина).
4. Малігнізація.

Деякі автори виділяють три гістологічні ступені передракових станів: стадія А – відповідає I стадії розвитку рака за Шабадом, характеризується лише дифузною або множинною гіперплазією епітелію; стадія В – відповідає II та III стадіям за Шабадом, характеризується вогнищевою проліферацією, з початковими ознаками атипії (базофілія, поліморфізм цитоплазми та ядер); стадія С – представляє різку атипію і фактично вже початковий рак.

Більшість авторів вважають безпосередньо передраковими 2 та 3 стадії, тобто, вогнищеві проліферати та доброякісні пухлини. Вони пропонують відмежувати передраки від фонових захворювань.

Практично перераховані стадії переходять з однієї в другу без чітких меж; можливе виникнення злоякісної пухлини без 3 стадії.

Таким чином, передрак – це динамічний стан, який може перейти в рак за рахунок постійної зміни властивостей клітин в бік злоякісності. Передрак перетворюється на рак не стільки за рахунок кількісних змін (час, маса), скільки в наслідок біологічних змін клітин, накопичення в них якостей, які характерні злоякісним клітинам.

Передраковим станам бракує одного або декількох ознак, відрозумовлюють його від раку. Біологічною особливістю клітин передракових вогнищ є велика їх чутливість до дії факторів, які викликають клітинне розмноження.

Динаміка передракових станів може бути різною:

- прогресія та розвиток раку;
- виникнення доброякісної пухлини;
- регресія.

Причини цих змін до цього часу невідомі, але вони безпосередньо залежать від імунно-біологічного стану організму, тривалості та інтенсивності онкогенних факторів.

Венкеї і Шугар, співставляючи свою клінічну класифікацію з гістологічними стадіями, дійшли висновку, що більшість змін, які належать до факультативної групи передраку в широкому розумінні слова, гістологічно належать до стадії А передраку; більшість змін, що належать до факультативного передраку в більш вузькому розумінні, гістологічно «втискуються» в стадію В передраку, і, нарешті, зміни, що належать до облігатного передраку, гістологічно відповідають групі С.

Особливо показовим значення передраку визначається при локалізації процесу на слизових оболонках червоної облямівки губ і порожнини рота. Це пов'язано з доступністю спостереження за хворим й, очевидно, з тим, що більшість ракових пухлин цієї локалізації виникають внаслідок дії зовнішніх канцерогенних чинників.

За різними статистичними даними, раку порожнини рота і губи передують передракові зміни від 92% випадків (Л.А.Епштейн) до 26% (В.А.Гремілов). Все ж, більшість провідних вчених (М.М. Петров, І.Т. Шевченко та ін.) вважають, що більшість раків щелепно-лицевої локалізації виникають внаслідок прогресування передракових станів.

## **ФАКТОРИ, ЯКІ ПРОВОКУЮТЬ ПЕРЕДПУХЛИННІ СТАНИ**

Поряд з особливостями територіального поширення раку губи в якості одного з доказів важливої ролі сонячної радіації в етіології раку цієї локалізації рядом авторів наведені дані про те, що сільські жителі, робота яких пов'язана з тривалим перебуванням на відкритому повітрі, хворіють на рак губи частіше, ніж міське населення.

Рядом авторів відзначено, що в переважній більшості хворих на рак губи передують різноманітні передпухлинні захворювання і патологічні стани (еритро- і лейкоплакії, обмежений гіперкератоз, папіломи, дифузний дискератоз та ін.). Дотепер немає єдиної думки відносно того, які з великого числа хвороб губ варто визнати дійсно передраковими захворюваннями. Фактори клімату, зокрема, інсоляція, різкі перепади температури, значні швидкості вітру, часто призводять до сухості губ, появі тріщин і дискератозів, на основі яких надалі може розвинути рак губи.

У різноманітних регіонах світу, у тому числі й в Україні, фактори ризику раку слизової оболонки й органів порожнини рота та глотки неоднакові. Більшість авторів розвиток цих пухлин пов'язують із палінням і вживанням міцних алкогольних напоїв.

Аналіз літературних даних показує наявність регіональних факторів, які впливають на розвиток злоякісних новоутворень щелепно-лищевої ділянки, та які необхідно враховувати під час проведення планових оглядів і в процесі диспансерних спостережень.

Сюди можна віднести систематичне вживання алкоголю, що в сполученні з посиленням палінням тютюну підвищує ризик розвитку раку порожнини рота і глотки в 14,5 рази, тому, що при спільному вживанні відзначається синергізм канцерогенної дії алкоголю і паління, проте ці фактори можуть сприяти розвитку раку порожнини рота незалежно один від одного. Деякі автори припускають, що при стримуванні від прийому спиртного і паління тютюну кількість захворювань на рак порожнини рота і глотки в чоловіків зменшилася б на 76 %, причому внесок від припинення

паління, мабуть, складав би 33 %, а в результаті виключення з вживання алкоголю – 43 %.

Захворюваність на плоскоклітинний рак тканин порожнини рота і глотки в осіб, що зловживають алкоголем і палінням, прогресивно збільшується залежно від випитого алкоголю і кількості сигарет, що викурюються.

Серйозні дослідження ролі тютюну в розвитку раку органів порожнини рота підтвердили клінічні припущення про те, що він діє як канцероген.

У більшості досліджень указується, що алкоголь є чинником ризику розвитку карциноми порожнини рота, глотки, гортані, стравоходу, печінки і легень у людей, що зловживали ним.

Встановлено, що алкоголь може виступати в якості етіологічного фактора при зниженні клітинного імунітету: рак голови і шиї нетиповий для алкоголіків з нормальним імунним захистом. Було висунуте припущення, що алкоголь сприяє адсорбуванню канцерогенів тютюну. Можливо, недостатність харчування в осіб, які у великих кількостях споживають алкоголь, робить клітини епітелію, що ороговівають, більш схильними до злоякісного перетворення.

Високий рівень захворюваності на злоякісні новоутворення населення ряду країн пов'язують з регулярним, що часто починається ще з дитячого віку, споживанням солоної риби. Автори вважають, що причинним фактором може бути наявний в сушеній і солоній рибі діметилнітрозамін, що є сильним органотропним канцерогеном для лабораторних тварин.

Найбільше відомим прикладом канцерогенеза слизової оболонки порожнини рота в результаті дисбалансу харчування в людей є залізодефіцитний стан або синдром Пламмера-Вінсона. Звичайні симптоми – тріщини або виразки в кутках рота, жовтуватий відтінок шкіри, гладкий червоний язик і дисфагія. Підтверджено зв'язок між атрофією слизової оболонки у верхній частині стравохідного тракту і схильністю до розвитку

карциноми рота, глотки і стравоходу. Поліпшення харчування, завдяки осмисленню цієї проблеми, призвело до зниження захворюваності як синдромом Пламмера-Вінсона, так і раком голови і шиї серед жінок Північної Швеції.

Клінічні дослідження підтвердили, що за певних умов, у залежності від дози і тривалості впливу, променева радіація може викликати рак.

В даний час визнано, що одну з груп високого ступеня ризику розвитку раку склали особи, що у дитинстві одержували терапевтичні дози рентгенівського опромінення або радієві аплікації на голову, шию або верхню частину грудної клітини з приводу різноманітних доброякісних процесів (збільшений тімус, збільшені мигдалики або аденоїди, мастоїдіт, синусит, келоїди, дерматомікоз голови, вугрі і т.ін.). У цієї частини населення спостерігається статистично помітне збільшення захворюваності раком щитовидної залози і (меншою мірою) слинних залоз, також інших тканин. Він розвивається в прихованій формі впродовж 3-35 років після початкового опромінення.

Інший вид ятрогенної пухлини в області голови і шиї, що викликається радіацією – це остеосаркома. Дослідниками визначена можлива роль опромінення у виникненні злоякісних змін у кістках у 11 пацієнтів, у яких остеогенна саркома розвивалася через 6-22 року після рентгенівської або гамма- терапії. З 17 спостережень кісткової саркоми після опромінення, про які спочатку повідомляли з клініки Мэйо, в 3 пухлина локалізувалися в ділянці голови: одна – нижньої щелепи, дві – у верхній. В іншому дослідженні клініки Мэйо остеогенних сарком щелеп і кісток лицьового черепа повідомлялося про 19 випадків саркоми нижньої щелепи, 14– верхньої та про 11 – в ділянці гайморових пазух.

Ніяких свідчень того, що періодичне опромінення при рентгенографії зубів має якийсь канцерогенний вплив, особливо зараз, коли застосовуються винятково високошвидкісні рентгенівські плівки й апарати з низькими дозами, немає.

Деякі люди в силу генетичних особливостей піддаються ризику захворювання на рак. Існують три типи генетичних факторів, що сприяють виникненню раку:

- 1) хромосомний, що характеризується дисбалансом у генетичній структурі, зокрема, відсутністю або, навпаки, надлишком певного генетичного матеріалу;
- 2) локалізований у певному гені, коли захворювання виникає внаслідок мутації або в одній із ланок, як при домінантній ознаці, або в перших ланках, як при рецесивній ознаці;
- 3) полігенний, при якому може діяти велика кількість генів (до нього відносяться фактори навколишнього середовища), причому жодний фактор або ген не відіграють головної ролі.

У 161 обстеженого з моногенним типом порушень були пухлинні або передракові прояви або ускладнення. Якщо виключити моногенні ознаки, характерні для раку шкіри, щитовидної залози і паращитовидних залоз, залишається три інших ознаки, що пов'язані із злоякісними пухлинами голови і шиї. Перший із них - це синдром базально-клітинного невуса, що виявляється при базально-клітинному раку, медуллобластомі, кісті щелеп і фібромах (карциномах яєчників). Другий - це синдром Гарднера, що виявляється кишковими поліпами, остеомами, фібромами, атеромами і карциномами товстої кишки, фатерової порожнини підшлункової залози, щитовидної залози і наднирників. Третє порушення - це херувизм, якому властиві численні гігантоклітинні пухлини, спроможні призвести до ситуацій, що представляють загрозу для життя, наприклад, асфіксія.

З усіх можливих мікробних факторів реальне значення в канцерогенезі мають тільки віруси. Якщо вони дійсно викликають у людини рак, то це пов'язано з такими конкретними факторами реципієнта, як час інфікування, імунний статус, які супроводжуються ще й іншими захворюваннями, генетичною схильністю та зниженням клітинного імунітету.



З тих пір, як у клітинних культурах африканської лімфоми Беркитта ідентифіковано вірус Епштейна-Барра (ВЕБ), були зібрані значні побічні докази зв'язку цього захворювання з африканською лімфоною Беркитта. Майже в усіх випадках виявляються сироваткові антитіла ВЕБ, причому їх середні титри в хворих у порівнянні з пацієнтами з групи контролю помітно збільшуються. Тканини з нетропічних пухлин Беркитта, очевидно, не містять ДНК ВЕБ.

У дослідженнях ряду авторів повідомлялося про значну частоту сифілісу в чоловіків, хворих на рак органів порожнини рота, особливо на рак губи та язика. Але інші автори у своєму аналізі значення вірусів і інших мікробів, як етіологічних факторів захворювання на рак органів порожнини рота, не згадують сифіліс.

Таким чином, зв'язок між цим захворюванням і раком слизової оболонки порожнини рота дуже сумнівний, тому, що в кожному випадку легко можна заперечити, що чоловіки, хворі на сифіліс, звичайно були не молоді, зловживали тютюном і алкоголем, часто недостатньо харчувалися і всі ці фактори могли мати значення у виникненні раку.

Хронічна травма від гострих країв зруйнованого зуба, неякісних пломб і погано підігнаних протезів вважається причиною раку слизової оболонки порожнини рота. Автори вказують, що з 20 мільйонів громадян США, що користуються зубними протезами, карцинома піднебіння та слизової оболонки альвеолярного відростка щелепи складає біля 11%.

Таким чином, динаміка та прогноз захворюваності злоякісними новоутвореннями губи, слизової оболонки порожнини рота та глотки у населення припускають їх зростання. Підвищений ризик розвитку раку слизової оболонки порожнини рота обумовлений рядом факторів, таких, як характер харчування, імунологічні порушення, інфекції, викликані вірусом (у тому числі і герпеса типу 1-альфа), грибами *Candida*, наявності хронічних ушкоджень від впливу каріозних зубів або погано підігнаних протезів, недотримань гігієни порожнини рота ін.

Серед передракових захворювань необхідно відзначити лейкоплакію і еритроплакію слизової оболонки порожнини рота, деструктивний лейкокератоз, фіброз підслизової оболонки, трофічні виразки і довгостроково існуючі папіломи, а до фонових захворювань і станів варто віднести різноманітні запальні процеси.

Таким чином, причинами виникнення передраків можуть бути негативні дії зовнішнього середовища (екзогенні фактори), а також порушення стану всього організму (ендогенні фактори).

### **Екзогенні фактори**

1. Механічні подразники: груба їжа, різні види недоброякісних протезів, пломби з дефектами виготовлення, аномалії прикусу, дефекти зубних рядів, нерівномірна стираємість зубів, шкідливі звички (утримання в роті карандашів, ручок та інш.). До механічних факторів відносять деякі професійні шкідливості (Н.Ф.Данилевський, 1966): залізорудний, свинцевий, силікатний пил сприяє виникненню гіперкератозів слизової оболонки порожнини рота у працюючих на відповідних підприємствах. Подразненню слизової оболонки сприяють і алюмінієві шини в наслідок виникнення гальванічних токів (Пенев, Годоров, 1970).
2. Хімічні подразники ділять на дві групи: побутові та промислові. Побутові хімічні подразники містять прянощі, висококонцентровані розчини алкоголю, табак (паління, жування), негашене вапно (бетель). Гостра їжа з великою кількістю прянощів, яка широко розповсюджена серед жителів півдня де і спостерігається висока частота лейкоплакій та раку порожнини рота. Табак має грубу подразнюючу дію на слизову оболонку порожнини рота. При палінні в організм попадає приблизно 20% табачного диму, який містить ряд продуктів вкрай сильних за подразнюючою дією: пиридінові основи – найбільш шкідлива сторона дії, синильна кислота, ціаністі сполучення, жирні кислоти, фенол та дигтярний осадок. Крім того, в тютюновому димі, окрім поліциклічних водородів міститься 3 – 4 бенсперен та миш'як. Збільшення вживання тютюнових виробів веде до

збільшення хворих на лейкоплакію та рак порожнини рота. Одним з подразнюючих моментів паління є тепловий фактор. Частіше кератоз розвивається у тих, хто палить трубку, сигарети до кінця так, що опікає губу.

Виробничі подразники: луги, кислоти у вигляді парів, аерозолів, інші хімічні речовини в залежності від концентрації та терміну дії можуть приводити до гострої або хронічної хімічної травми.

Температурні подразники: гаряча їжа, припікання губ сигаретою, гаряче повітря під час роботи на деяких підприємствах. При тривалій дії сприяє розвитку передракових захворювань.

Метеорологічні фактори - є комплекс негативних агентів зовнішнього середовища, які впливають на покровні тканини обличчя та губ. Сюди відносять дію сонячних променів, пилу, вітру, аерозолів, солоної води в умовах низької температури та високої вологості повітря.

Біологічні фактори: дріжеподібні гриби, бліда спірохета, палочка Коха, які сприяють виникненню ороговіння слизової оболонки язика, порожнини рота, викликають тимчасове порушення ороговіння на окремих ділянках слизової оболонки порожнини рота та збільшує схильність до малігнізації.

### **Ендогенні фактори**

Анатомо-фізіологічні особливості: схильність слизової оболонки порожнини рота до підвищеного ороговіння пояснюється її походженням із ектодерми. Тенденція до ороговіння посилюється з віком у зв'язку з дегідратацією клітин. На процеси ороговіння впливають і гормональні зміни (особливо у жінок). Деякі захворювання різної етіології (хронічні анемії, діабет та ін.) порушують процеси ороговіння.

Перераховані фактори як в ізольованому вигляді, так і комплексі є постійними супутниками життя людини і оказують постійний вплив на процеси ороговіння слизової оболонки порожнини рота:

- стресові стани: значення гострої психічної травми у виникненні дискератозів (наприклад, червоний плескатий лишай);

- захворювання шлунково-кишкового тракту: при хронічних гастритах, ентеритах, колітах виникають стани пара- або гіперкератозів;
- лихорадочні стани;
- ксеростомії різної етіології;
- червоний вовчак, псоріаз, іхтіоз.

## КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Останнім часом широкого впровадження в практику набула класифікація передраків, запропонована угорськими авторами – Венкеї і Шугар, згідно якої всі передраки розподіляються на облігатні (обов'язкові) та факультативні. Факультативні передраки в свою чергу діляться на факультативні передраки в широкому розумінні слова та факультативні передраки у вузькому розумінні.

*Класифікація передракових захворювань за Т.Ванкеї та Я.Шугаром*

### I. Факультативні передракові стани

- 1) Факультативні передракові процеси в широкому розумінні (основні захворювання).
- 2) Факультативні передракові процеси в вузькому розумінні (кератопреканцерози).

### II. Облігатні передракові стани, або інтрадермальні раки.

Передракові стани в широкому розумінні характеризуються тим, що вірогідність їх малігнізації нижче 10% випадків. До них належать стареча атрофія шкіри; хронічні рентгенівські, радіаційні дерматити; дерматити, що викликані дією дьогтю, миш'яку; рубці; хронічні запальні процеси, в тому числі червоний вовчак, доброякісні пухлини та інші.

До факультативних передраків у вузькому розумінні належать так звані кератопреканцерози (старечий кератоз, кератоакантома, шкірний ріг, трофічні виразки). Вірогідність малігнізації біля 20-30% випадків.

До облігатних передраків шкіри належать пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, ерітроплазія Кейра, хвороба Педжета.

Подібні принципи в розподіленні передраків губи та слизової оболонки порожнини рота покладені в основу класифікації, створеної А.Л.Машкіллейсоном (1970), якої дотримуються як стоматологи, так і онкологи.

Розрізняють наступні форми передраків слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

*Класифікація передракових захворювань за А.Л.Машкиллейсоном*

I. Облігатні передракові захворювання:

- 1) хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
- 2) бородавчастий, або вузликовий, передрак червоної облямівки губ;
- 3) абразивний преанцерозний хейліт Манганотті;
- 4) обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія ерозивна та веррукозна;
- 2) папілома та папіломатоз піднебіння;
- 3) шкірний ріг;
- 4) кератокантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія плеската;
- 2) хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота;
- 3) ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчаку та червоного плескатою лишаю червоної облямівки губ;
- 4) хронічні тріщини губ;
- 5) післяпроменевий хейліт та стоматит;
- 6) метеорологічний та актинічний хейліти.

Облігатні передраки – процеси, які з найбільшою частотою перетворюються на злякисні новоутворення у відносно короткий час. Факультативні передраки з меншою вірогідністю перетворюються на рак при більш тривалій експозиції.

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на три групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною злякисністю, для яких характерна трансформація в рак у 15-30% випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злякисністю, при яких малігнізація

виникає не більше, ніж у 6-10% хворих. В гістологічному відношенні перша і друга групи захворювань належать до вогнищевих проліфератів або так званих доброякісних пухлин (за термінологією Л.А.Шабада), в той час як захворювання, що віднесені до третьої групи, патоморфологічно представлені у вигляді дифузної, патологічно нерівномірної гіперплазії. В першу групу включені захворювання, гістологічна структура яких відповідає стану, що позначається як *cancer in situ*, так званий "компенсований" рак, який згідно міжнародної гістологічної класифікації передраків належить до передраків (хвороба Боуена, еритроплазія Кейра).

Співставляючи класифікацію Машкіллейсона А.Л. з класифікацією Венкеі і Шугара, помітно, що виділені три групи передракових станів за Машкіллейсоном майже повністю відповідають трьом патоморфологічним фазам А, В і С. Наприклад, захворюванням, що входять в першу групу, відповідає гістологічна картина, характерна для фази А; захворюванням другої групи – фаза В; захворюванням третьої групи відповідає стадія В-С або С.

## ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ

**Хвороба Боуена** вперше була описана в 1912 році. Етіологія та патогенез не в'ячені.

Клінічна картина різноманітна; частіше локалізується в задніх відділах слизової оболонки порожнини рота (піднебінні дужки, корінь язика, м'яке піднебіння), рідко в ретромолярних та передніх відділах, на червоній облямівці губ. Вогнище ураження неправильної форми. Може проявляється плямисто-вузликowymi поразками, що поволі збільшуються в розмірі, можуть мати дрібнобугоркову поверхню та сосочкові розростання. При тривалому існуванні спостерігається легка атрофія, вогнище злегка западає, можлива його ерозія, вогнища можуть зливатися, утворюючи бляшки поліциклічних контурів, розміри бляшок від 0,1 до 1,0 см. Поверхня ділянки гіперемована, гладка або бархатиста з дрібними сосочковими розростаннями, можливе невелике шелушіння та зуд. За клінічними проявами виділяють чотири форми хвороби Боуена: 1) папуло-лусочкова; 2) папуло-кірочкова; 3) атрофічна; 4) мокнуча. Диференціювати потрібно з лейкоплакією, червоним плескатим лишаям, сифілісом. Діагноз встановлюють тільки за результатами гістологічного дослідження.

Гістологічно спостерігаються гігантські клітини в шиповидному шарі із скопиченням ядер у вигляді комків. Може спостерігатися кератинезація окремих клітин у мальпігієвому шарі, в стромі – інфільтрат, який складається з плазматичних клітин та лімфоцитів.

*Лікування.* Електрохірургічне широке видалення вогнища або криогенна деструкція. При неможливості хірургічного лікування - близькофокусна рентгенотерапія доступних ділянок. Якщо виявлено інвазивний ріст, показано комбінований метод лікування.

**Еритроплазія Кейра** була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хворобу Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра.



Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних вогнищ з малопомітним ущільненням в основі. Вогнища злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня вогнищ гладка, гіперемована, декілька бархатиста. Поступово на поверхні вогнища з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг. Лікування тільки радильно-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

*Абразивний преканцерозний хейлит Манганотті* – належить до облігатних передраків губ. В 1933 р. Манганотті виділів із чисельної групи хейлитів одну форму, особливістю якої є дуже часта трансформація у рак. Багатьма онкологами ця форма часто описувалась під назвою "деструктивний дискератоз". Клініка хейліту Манганотті відрізняється деякою різноманітністю. Захворювання вражає тільки нижню губу, проявляючи себе у вигляді однієї або декількох ерозій овальної або неправильної форми, розмірами 0,5-1,0 см, часто з гладенькою, ніби полірованою поверхнею, що має насичений червоний колір. У деяких хворих поверхня ерозії частково вкрита прозорим тонким епітелієм. Досить часто на поверхні ерозії виникають кірки (кров'янисті бо серозні), які досить міцно утримуються на поверхні. Зняття кірок викликає незначну кровотечу, в той час як незначна травматизація ерозивної поверхні без кірок кровотечі не викликає. Часто спостерігається епітелізація ерозії, а потім рецидив. Ерозії частіше розташовані на боковій частині губи, інколи – в центрі. В деяких випадках ерозія розташована на дещо інфільтрованій і гіперемованій основі, причому запальна реакція спостерігається до 1,0-1,5 см за межами ерозії. Малігнізація можлива у терміни від декількох місяців до декількох років – з утворенням плоскоклітинного раку. Ознаки малігнізації: втрата тенденції до епітелізації, розростання на фоні ерозій утворень, схожих на грануляції, підвищення у вигляді валика країв ерозії, поява кровотечі з ерозій, ущільнення в основі ерозії, поява значного ороговіння безпосередньо навколо ерозії. Остаточо питання про можливу малігнізацію процесу може бути вирішено

морфологічним дослідженням. Слід відзначити, що інколи, навіть при відсутності вказаних клінічних ознак малігнізації, при гістологічному дослідженні виявляється картина спиноцелюлярного (плоскоклітинного) раку.

Диференційну діагностику хейліта Манганотті слід проводити з пухирчаткою, герпесом, афтозним стоматитом, червоним плоским лишаєм, червоним вовчаком, ерозивною лейкоплакією, екземою губ, виразковою формою раку губ.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, що стимулюють епітелізацію ерозії – ретинол, тіаміну хлорид, рибофлавін, нікотинова кислота. Лікування слід починати після усунення подразнюючих факторів, санації порожнини рота, лікування патології кишково-шлункового тракту. Якщо процес не піддається консервативному лікуванню, або коли з'являються ознаки малігнізації, то слід застосовувати хірургічне втручання – видалення вогнища ураження в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним пошаровим дослідженням. Диспансерне спостереження за такими хворими здійснюється як стоматологами, так і онкологами (це стосується всіх хворих з облігатними передраками).

***Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки губ.*** Захворювання описане А.Л. Машкіллейсоном у 1970 р. В порівнянні з хейлітом Манганотті зустрічається частіше у більш молодих людей. Як правило, утворення локалізується збоку від центру губи, переважно нижньої, в межах червоної облямівки, не виходячи ні на шкіру, ні до зони Клейна.

Клінічно утворення схоже з папіломою або бородавкою, має чіткі межі. Елемент розміром від 4 мм до 1,0 см, напівкулеподібної форми, виступає над рівнем оточуючої червоної облямівки на 3-5 мм, має щільну консистенцію. Забарвлення змінюється від кольору нормальної червоної облямівки до застійно-червоного. У більшості хворих поверхня вузлика звичайно вкрита невеликою кількістю лусочок, які міцно тримаються на поверхні, не знімаючись при зішкрябуванні. В таких випадках поверхня набуває сірувато-червоного кольору. Пальпація вузлика зазвичай безболісна. Частіше цей

елемент розташований на зовні незмінній облямівці, інколи – на фоні незначного запалення.

Перебіг бородавчастого передраку досить швидкий. Малігнізація процесу може відбутись вже через 1-2 місяці після початку захворювання, хоча у деяких хворих цей процес триває і до 1-3 років.

Диференційну діагностику бородавчастого передраку слід проводити зі звичайною бородавкою, папіломою, кератоакантомою, піогенною гранульою.

До ознак малігнізації бородавчастого передраку слід відносити прискорення темпів росту, посилення процесів ороговіння на поверхні вузлика. Велике значення слід приділяти появленню ущільнення в основі елемента і появи болючості. Але слід вказати на відносність цих ознак, які інколи можуть бути відсутніми в процесі малігнізації.

Лікування бородавчастого передраку червоної облямівки губ полягає в повному хірургічному видаленні ділянки ураження з наступним обов'язковим морфологічним дослідженням. Видалення краще робити електроножем в межах здорових тканин. Електрокоагуляцію та кріодеструкцію в чистому вигляді ніколи робити не слід, так як вони позбавляють можливості проведення морфологічного верифікації процесу.

Диспансерне спостереження здійснюється як лікарем-стоматологом, так і онкологом, тому що існує висока вірогідність малігнізації, якщо своєчасно не виконати видалення вогнища ураження у межах здорових тканин.

*Профілактичні заходи.* Захист від дії несприятливих метеорологічних чинників і, перш за все, інсоляції. Уникати травматизації червоної облямівки губ. Своєчасне лікування хронічних запальних процесів на губах, систематична санація порожнини рота. Заборона паління.

**Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.** Описаний А.Л.Машкіллейсоном в 1965 р. До цього клініцисти трактували це захворювання як лейкоплакію. Але від лейкоплакії обмежений передраковий гіперкератоз відрізняється не тільки клінічно, але й по суті

перебігу процесу, тому що він має значно більшу потенційну злоякісність в порівнянні з лейкоплакією, і належить до облігатних передраків. На відміну від інших передраків у цій групі переважають особи молодого і середнього віку. Процес також локалізується переважно на нижній губі, але частіше – приблизно по середині між центром губи та кутом рота.

Клінічно обмежений передраковий гіперкератоз проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка часто має полігональну форму, розміром від 0,2 до 1,5 см. У більшості хворих поверхня вогнища не підвищується над рівнем оточуючої червоної облямівки, а часто навпаки здається дещо пониженою, запалою, оточеною тоненьким білястим валиком. Поверхня такої ділянки вкрита скопиченням щільно-розташованих лусочок сірувато-коричньового кольору. При пальпації вогнище безболісне, м'яке.

Перебіг обмеженого передракового гіперкератозу повільніший в порівнянні з вузликовою формою передраку. Ділянки ураження можуть існувати без малігнізації впродовж декількох років, але інколи малігнізація може виникнути на протязі першого року захворювання і навіть впродовж перших місяців. Велика кількість випадків малігнізації обмеженого передракового гіперкератозу є підставою для віднесення цієї форми до групи облігатних передраків.

Диференційну діагностику обмеженого передракового гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексфоліативним хейлитом, червоним плескатим лишаєм та червоним вовчаком. Під час огляду хворого обмеженим передраковим гіперкератозом червоної облямівки губ самим складним є вирішення питання, чи не відбулась вже малігнізація процесу. З клінічних ознак, які хоча б частково допомогли вирішенню цього питання, Машкіллейсон називає три: посилення процесу ороговіння, поява ерозій на поверхні та поява ущільнень в основі утворення. Тому єдиним надійним засобом діагностики є біопсія, яку рекомендується проводити як можна раніше.

Лікування обмеженого передракового гіперкератозу полягає у хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин. Краще

проводити електроексцизію. Видалена тканина обов'язково підлягає гістологічному дослідженню, від результатів якого залежить подальша терапія.

## **ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З ВЕЛИКОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ**

**Лейкоплакія верукозна.** Локалізація: слизова оболонка щік, дна порожнини рота, язик, губа. Виражен процес ороговіння. Має дві форми. Бородавчата форма - щільнуваті, горбисті, сірувато-білого іноді молочного кольору утворення з бородавчастими розростаннями на поверхні. Бляшкоподібна форма -гладкі, різко обмежені бляшки неправильної форми, що підносяться над навколишньою слизовою оболонкою молочно-білого кольору, з шорсткою поверхнею.

*Лікування.* Хірургічне видалення вогнища.

*Профілактичні заходи.* Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

**Лейкоплакія ерозивна.** Виникає, як наслідок плескатої або верукозної лейкоплакії. На фоні вогнищ ураження плоскою або верукозною лейкоплакією виникають тріщини або ерозії, які супроводжуються болями, печією та ін., особливо під час прийому їжі. Тріщини періодично то збільшуються, то епітелізуються.

*Лікування.* Терапевтичне медикаментозними засобами, які прискорюють епітелізацію (гель «Солкосеріл»), при безуспішності – видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.* Уникати інсоляції, змащувати губи кремом, жиром, періодично приймати концентрат вітаміну А по 10 краплин, 3 рази на день, протягом 2 місяців, відмова від паління.

**Папілома.** Пухлина на ніжці або на широкій основі, може нагадувати бородавку або кольорову капусту, іноді на поверхні можуть бути ворсинки. Розрізняють ороговіваючі папіломи сірувато-білого кольору та неороговіваючі – за кольором не відрізняються від кольору тієї тканини, на якій вона розташована. Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

*Лікування.* Видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.* Уникати травматизації.

**Папіломатоз.** Множинне розростання папілом на окремій ділянці шкіри, губ або слизової оболонки порожнини рота та язика. Виявляються щільні вузлики, що добре контуруються, застійно-червоного кольору, підносяться над навколишньою поверхнею, напівкулястої форми, розміром 0,2 - 0,4 см. Іноді вузлики зливаються. Поверхня їх внаслідок ороговіння може приймати сірувато-білий колір. Улюблена локалізація - слизова оболонка твердого і м'якого піднебіння.

*Лікування.* Видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.* Санація порожнини рота з раціональним протезуванням. Щадна дієта. Заборона паління та вживання алкоголю.

**Кератоакантома.** Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5 см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

*Лікування.* Видалення хірургічним шляхом.

**Шкірний ріг** має вигляд чітко обмеженого вогнища діаметром 0,3 - 0,5 см в основі, від якого відходить утворення конусоподібної форми, висотою 0,5 - 1 см сіруватого кольору, щільно спаяне з основою. Частіше розвивається одне вогнище, але може бути і більше. Локалізація: шкіра або червона облямівка губ. Вражає людей похилого віку.

*Лікування.* Видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.* Своєчасне лікування запальних процесів на червоній облямівці губ та шкірі.

## **ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З МЕНШОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ**

**Лейкоплакія плеската** спостерігається у вигляді обмежених вогнищ ороговіння, різної форми та розміру, не підвищується над поверхнею слизової оболонки; поверхня може бути складчастою, колір сірувато-білий, матовий; іноді, навкруги вогнища, може бути запалення. Найчастіша локалізація: слизова оболонка щоки, ретро-молярної ділянки, рідше – дна порожнини рота, язика, слизової оболонки губ.

*Лікування.* Консервативне, медикаментозними засобами (масло обліпихи, шипшини, «Аекол», «Аевіт»).

*Профілактичні заходи.* Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

**Ерозивно-виразкова і гиперкератотична форми червоного вовчаку та червоного плескатою лишаю.** Прояви **червоного вовчаку** частіше бувають на відкритих ділянках шкіри, а також, на червоній облямівці губ та слизових оболонках порожнини рота. При ерозивно-виразковій формі червоного вовчаку на тлі гіперемії з чіткими контурами розташовані ерозії, що легко кровоточать, не схильні до епітелізації, з ущільненням в підставі. Гіперкератоз невеликий.

*Лікування.* Синтетичні антималярійні препарати з невеликими дозами кортикостероїдних препаратів (преднізолон, дексаметазон) і вітамінами групи В, в першу чергу, нікотинової кислоти. Місцево – аплікації мазями з кортикостероїдами.

*Профілактичні заходи.* Уникати надмірної інсоляції. З метою захисту від УФ-променів застосовують мазі, що містять фотозахисні засоби, 10% фенілсаліцилат, 5% хінін. З метою профілактики ці мазі слід застосовувати в осінньо-весняно-літній період не залежно від наявності або відсутності вогнищ гіперемій.



При **червоному плескатою лишаю** локалізація патологічних вогнищ спостерігається на слизовій оболонці щік в ділянці останніх молярів по лінії змикання зубів та на язиці; губи та піднебіння вражаються рідко.

При ерозивній формі червоного плескатою лишаю - ерозії і виразки покриті фібринозним нальотом, по видаленню якого кровоточать. Навколо ерозій і виразок на гіперемійованій і набряклій основі є типові папульозні висипання у вигляді сітки. При гіперкератичній формі червоного плескатою лишаю - на застійному фоні гіперкератоз, що підноситься над рівнем червоної облямівки губ, у вигляді бляшок, що нагадують лейкоплакію.

*Лікування.* Прийом преднізолону з делагілом всередину. За наявності протипоказань до призначення кортикостероїдних препаратів всередину, можна застосовувати ін'єкції гідрокортизону в слизову оболонку під осередки ураження, застосування мазей «Холісал», «Солкосеріл» та преднізолонової. При безуспішності терапії - хірургічне видалення вогнища.

*Профілактичні заходи.* Своєчасне лікування червоного плескатою лишаю, уникати травм, надмірної інсоляції, відмова від паління, раціональне протезування.

**Післяпроменевий хейліт.** Гіперемія губ, сухість, тріщини, ерозії, атрофії. На поверхні можуть бути гіперкератоз або бородавчасті розростання епітелію.

*Лікування.* Мазі з кортикостероїдними препаратами, метілурацилова, іноді всередину призначають препарати хінолінового ряду.

*Профілактичні заходи.* Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

**Післяпроменевий стоматит.** На слизових оболонках порожнини рота та язика виникає вологий мукозит, можливо ерозивно-виразкового характеру. Епітеліальний покрив в зоні випромінювання може підвергатися ороговінню.

*Лікування.* Аплікації з маслом шипшини, обліпихи та інших жирових речовин. Полоскання розчинами антисептиків, включаючи розчин метацилу, хлорофіліпту.

*Профілактичні заходи.* Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

**Хейліт актинічний та метеорологічний** – пошкодження червоної облямівки губ, яке виникає під тривалою дією сонячного випромінювання. Клінічно виділяють дві форми: ексудативну, котра характеризується набряком та гіперемією, виникненням на цьому фоні пухирьків, ерозій, корочок, лусочок, тріщин; та суху (ксерозну). При цій формі червона облямівка має ярко червоний колір, вкрита сірувато-білими лусками, котрі після їх зняття з'являються знов. Потім червона облямівка стає сухою, шороховатою, легко вразливою; у хворих з'являється відчуття печії, зуду, болю. Для цього захворювання характерні рецидиви у весняно-літній період.

*Лікування.* Терапевтичне з використанням медикаментозних засобів: захисні креми, масло шипшини, обліпихи, солкосерил .

*Профілактичні заходи.* Захист губ від надмірної дії сонячного випромінювання, застосування фотозахисних мазей.

## ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

### Облігатні передракові захворювання шкіри

**Пігментна ксеродерма.** Тип успадкування захворювання – аутосомно-рецесивний. У виникненні захворювання велике значення має кровна спорідненість батьків і природжена підвищена чутливість до сонячного випромінювання. Шкіра хворих у край чутлива до сонячного випромінювання і зміни в ній призводять до малігнізації.

Клінічно у 2-3-річних дітей на відкритих ділянках (шкіра обличчя, шиї, кистів) у весняно-літній період з'являються гіперемія, лущення, сухість. Після перебування на сонці залишаються набряклі нечітко відмежовані еритематозні ділянки. Після розрешення еритеми залишається пігментація у вигляді лентиго і веснянок. Крім пігментації виникають поверхнева атрофія білого кольору, телеангієктазії, кератози. Кількість пігментних плям збільшується, шкіра стає строкатою, а ділянки атрофії можуть призвести до атрезії ротового отвору, ектропіону. Крім того, ураження шкіри супроводжується кон'юктивитами і світлобоязню. Атрофічні зміни призводять до стоншування вух і кінчика носа, випадання вій. Із кератозів розвиваються бородавчасті розростання, які з часом трансформуються в епітеліоми, а іноді, в саркоми та меланоми. Новоутворення потім метастазують до внутрішніх органів. Крім того, у цих хворих відмічають кісткову дистрофію, мікроцефалію, відставання у фізичному та психічному розвитку. Більшість хворих вмирає до 15-річного віку.

*Лікування.* Загальнозміцнююча терапія.

*Профілактичні заходи.* Максимальна стриманість від сонячної і УФ-інсоляції.

**Хвороба Боуена.** Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньоепідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірний ріст вогнища ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, вогнищ гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчастою, покритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в

межах вогнища формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плескатоклітинний рак.

*Лікування.* Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

*Профілактичні заходи.* Уникати травматизації.

**Епітеліома Барета-Ядассона.** Вражає людей похилого віку. Інтрадермальна пухлина. Зазвичай одне вогнище ураження: бляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчата, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується. Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

*Лікування.* Хірургічне видалення.

### **Факультативні передракові захворювання шкіри**

**Кератома (стареча атрофія).** Шкіра стає сухою, тонкою, зморщеною. На ній з'являються жовтувато-бурі плями, що підвищуються, вкриті щільними кірками, що важко знімаються. При тривалому травмуванні стареча кератома може малігнізуватись.

*Лікування.* Хірургічне, електроінцизія, лазерне видалення, близько фокусна рентгенотерапія

**Актинічні кератози** – це різновид себорейних (старечих) кератозів на дистрофічно зміненій шкірі особи (у моряків і осіб, що тривало працюють на відкритому повітрі).

*Лікування.* Електрокоагуляція або кріодеструкція вогнищ кератозу. Вит. А.

*Профілактичні заходи.* Виключити несприятливі метеорологічні дії.

**Пізнні променеві виразки.** Виразки шкіри, що трудно гояться, з вогнищами атрофії і телеангіоектазії навколо місця променевої дії (через багато років після нього).

*Лікування.* Неподразливе місцеве протизапальне і епітелізуюче лікування, вітамінотерапія. При показаннях - хірургічне видалення.

*Профілактичні заходи.* Виключити повторну променеву дію і УФ-інсоляцію.

**Трихоепітеліома.** Доброякісна пухлина придатків шкіри. Зазвичай це спадкове вроджене захворювання. Виникає на шкірі обличчя, рідше на волосистій частині голови у вигляді множинних, щільних, пухлиноподібних вузликів величиною 0,3-0,5 см, округлої форми, колір від світло-рожевого до жовтуватого, з телеангієктазіями на всій поверхні. Трихоепітеліома існує тривалий час, росте поволі і може трансформуватися в базаліому.

*Лікування* хірургічне: широке висічення елементів висипання, електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерне видалення, дермабразія.

*Профілактичні заходи.* Уникати травматичних пошкоджень.

**Шкірний ріг.** Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

*Лікування.* Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має попереджувати аплікація 70%-ної гліколевої кислоти на 3-5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

*Профілактичні заходи.* Своєчасне лікування кератом, папілом та ін. захворювань, що передують виникненню шкірного рогу.

**Папілома.** Найдоброякісніша пухлина шкіри обличчя. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговілим або незроговілим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність

множинних папілом визначають, як папіломатоз шкіри обличчя. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

*Лікування.* Кріодеструкція, висічення, лазерне видалення.

*Профілактичні заходи.* Утримання від пошкоджень, своєчасне лікування.

**Невус.** Пігментне утворення на шкірі нейроектодермального походження, до складу якого входять невусні клітини, що мають меланін.

Найбільш повною класифікацією пігментних невусів є класифікація М.З. Сігала, що наведена в дисертації А.С.Абдулліна (1967), в який новоутворення розподілені наступним чином.

1. За зовнішнім виглядом:

- а) плескати;
- б) плескато-бугристі;
- в) папіломатозні;
- г) вузлуваті;
- д) на ніжці;
- є) бородавчасті.

2. За розмірами:

- а) крапчасті;
- б) середні;
- в) великі;
- г) гігантські.

3. За кольором:

- а) сіро-бурі;
- б) коричневі;
- в) чорні;
- г) темно-сині.

4. За наявністю волосяного покриву:

- а) з волосяним покривом;
- б) без волосяного покриву.

5. За клінічним перебігом:

- а) ті, що покояться;
- б) ускладнені.

А.І. Пачес (1983) відмічав, що розміри та колір невусів вкрай різноманітні, вони не є факторами, що обумовлюють характер процесу і навряд чи можуть бути основою класифікації.

В практичній роботі А.І.Пачес (1983) запропонував виділити наступні клініко-анатомічні форми невуса:

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волосяний покрив.
2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волосяний покрив.

3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.
4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.
5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волоссяний покрів.

На шкірі обличчя частіше спостерігаються плескаті та бугорчасті невуси; папіломатозні виявляються на червоній облямівці губ, іноді біля зовнішнього вугла очниці. Згідно даним літератури, найчастіше малігнізуються пограничний невус, рідше – ускладнений і ще рідше – голубий.

Вроджені пігментні невуси зазвичай збільшуються повільно, у дітей до періоду статевої зрілості їх ріст може зупинитися. У хворих з вродженими невусами рідко буває їх малігнізація. Невуси, що з'явилися у позаутробному періоді розвитку дитини, мають тенденцію до злоякісного переродження.

*Лікування.* Видаляти необхідно ті невуси, які знаходяться на містах, що підвержені постійному роздратуванню, травматизації або за косметичними показниками.

*Профілактичні заходи.* Уникати травмуючих та дратівливих факторів, надмірної дії сонячної інсоляції.

**Обмежений передпухлинний меланоз Дюбрея.** Захворювання переважно літнього і старечого віку. Основна локалізація - обличчя. Зазвичай – одне вогнище нерівномірного порушення пігментації, лущення, іноді - ерозія.

*Лікування.* Повне видалення в межах здорових тканин.

*Профілактичні заходи.* Уникати травми і дії сонячних променів.

## ЛІТЕРАТУРА

- 1) Боровский Е.Б. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Боровский Е.Б., Машкиллейсон А.Л. – М.: Медицина, 2001. – 320 с.
- 2) Григорчук Ю.Ф. Основные принципы диагностики и лечения предраковых заболеваний челюстно-лицевой области / Григорчук Ю.Ф., Рузин Г.П. – Харьков, 1998. – 16 с. – (Методические рекомендации для врачей-стоматологов).
- 3) Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Данилевский Н.Ф. – М.: Стоматология, 2001. – 217 с.
- 4) Дунаевский В.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта / Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. – Л.: Медицина, 1986. – 184 с.
- 5) Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ : навчальний посібник: для лікарів-інтернів, лікарів-слухачів закладів післядипломної освіти / Лідія Денисівна Калюжна, Галина Федорівна Білоклицька – Київ: Грамота, 2007. – 271 с.
- 6) Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А.Колесов, Ю.И.Воробьев, Н.Н.Каспарова – М.: Медицина, 1989. – 302, [1] с.
- 7) Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта / Машкиллейсон А.Л. – М.: Медицина, 1970. – 270 с.
- 8) Методика проведення медичних профілактичних оглядів з метою виявлення передпухлинних захворювань і ранніх форм злоякісних пухлин: методичні рекомендації для лікарів загальнолікувальної мережі, сімейних лікарів та інтернів / [Баштан В.П., Ждан В.М., Шелешко П.В. та ін.]. – Полтава, 2007. – 16 с.
- 9) Онкологія щелепно-лицевої ділянки // Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.А., Саяпіна Л.М. – Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.



10) Приказ №192 от 07.04.86г. МЗ СССР «Об утверждении инструкций по формированию и диспансерному наблюдению групп повышенного риска заболеваний».

11) Соколова Н.А. Якість діагностики, ретроспективний і перспективний аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки (за матеріалами Полтавської обл.). Дис. на здобут. наук. ступ. канд. мед. наук / УМСА 2001 р.

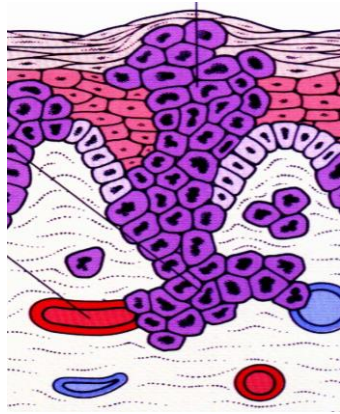
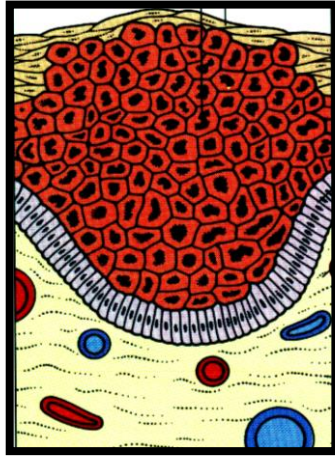
12) Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии – М.: Медицина, 1983. – 160 с., ил. – / Б-ка практического врача. Важнейшие вопросы стоматологии /

13) Справочник по онкологии / [С.А.Шалимов и др.]; Под редакцией С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Київ: Здоров'я, 2000. – 558 с.

14) Справочник по стоматологии / [А.И.Рыбаков и др.]; Под редакцией А.И.Рыбакова, Г.М.Иващенко. Изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: Медицина, 1977. – 608 с.

# ДОДАТКИ

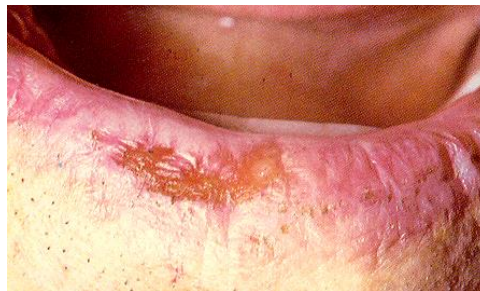
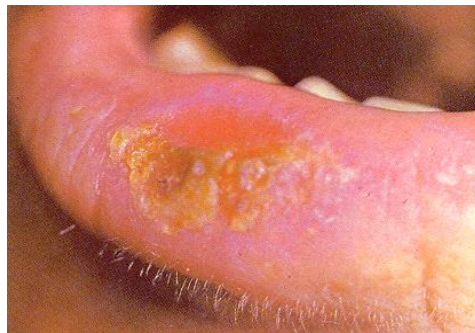
## Стадії розвитку раку



## Хвороба Боуена



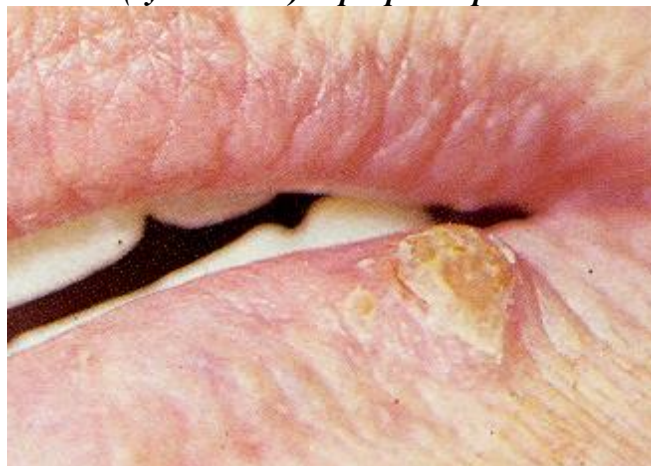
*Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті*



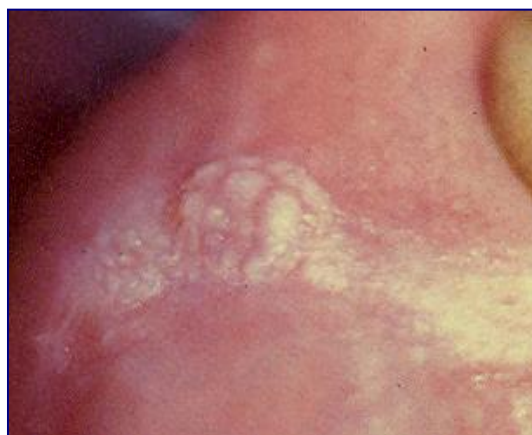
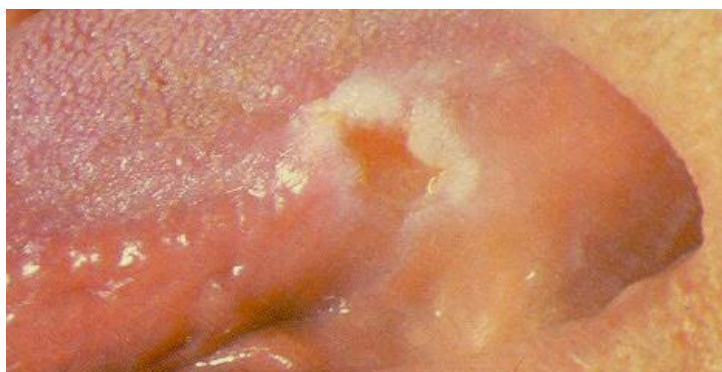
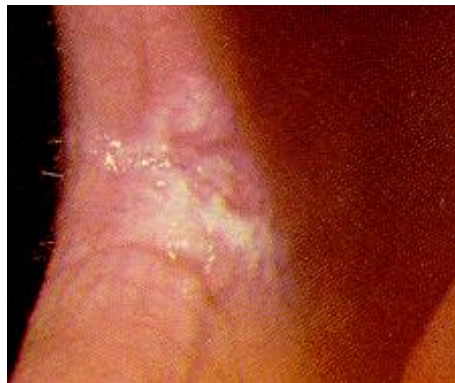
*Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ*



*Бородавчастий (вузликівий) передрак червоної облямівки губ*



*Лейкоплакія*



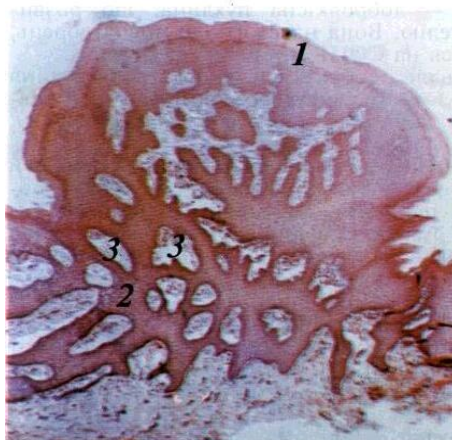
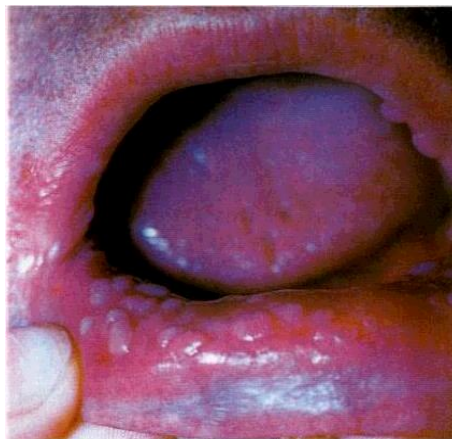
*М'яка лейкоплакія*



*Шкірний ріг (фіброкератома Унна)*



*Папілома*



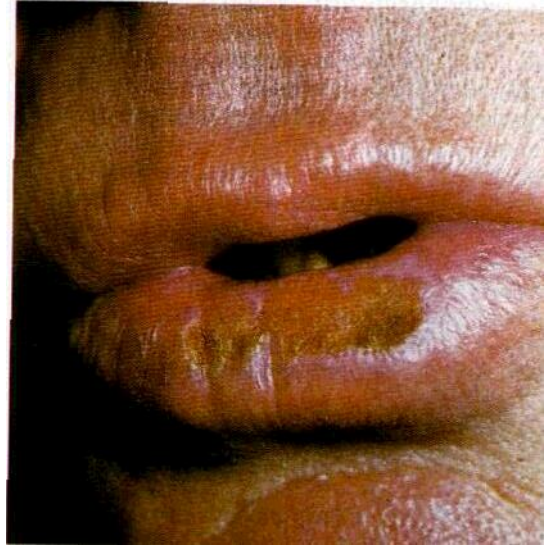
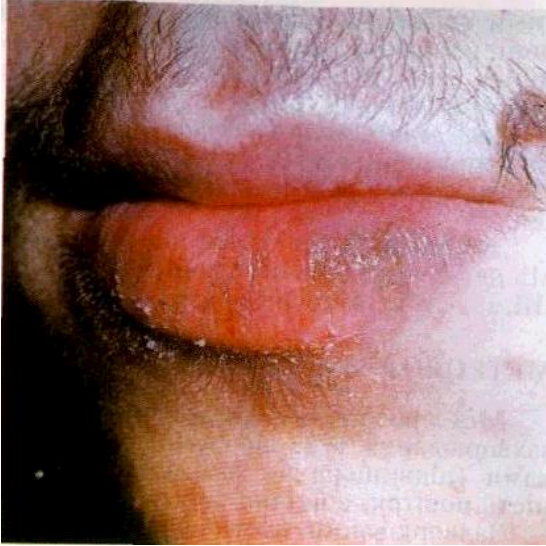
*Хронічна тріщина губи*



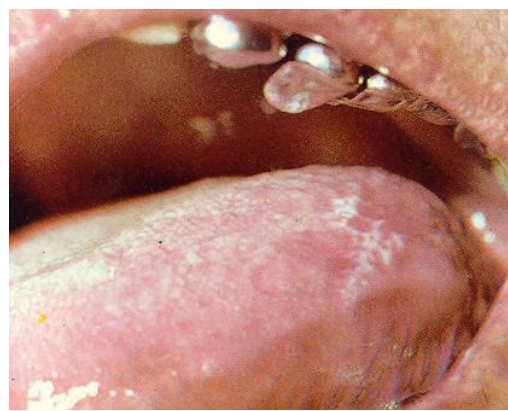
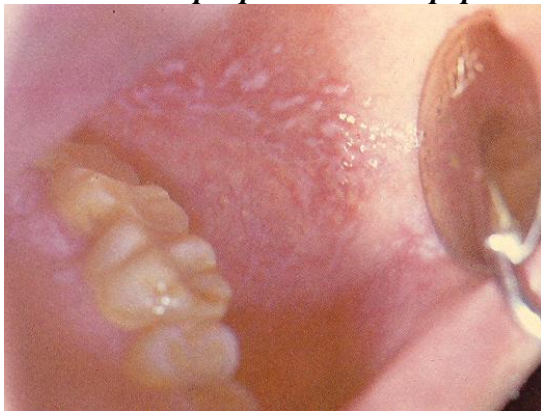
*Метеорологічний хейліт*



*Актинічний хейліт*



*Гіперкератотична форма червоного плескатоого лишая*





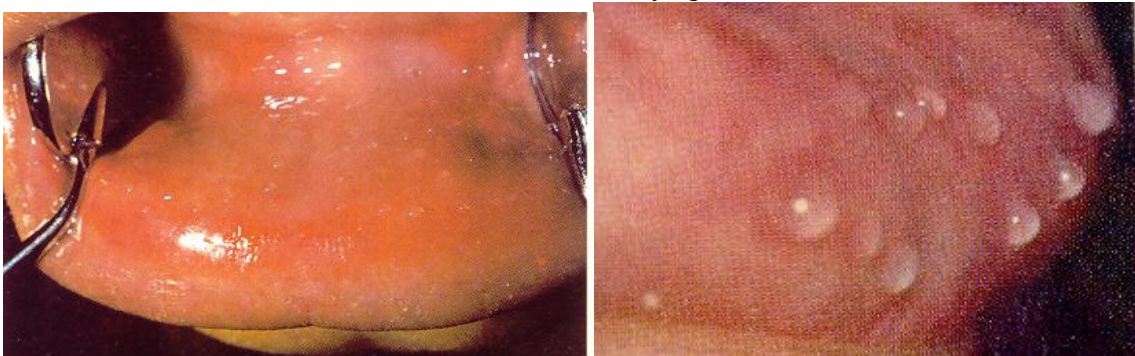
*Гіперкератотична форма червоного плескатоного лишаю*



*Ерозивна та виразкова форми червоного плескатої лишаю*



При всіх формах червоного вовчаку губ розвивається вторинний гландулярний хейліт, який характеризується появою «зіяючих» кінцевих відділів протоків малих слюнных залоз в зоні Клейна та симптому «роси»



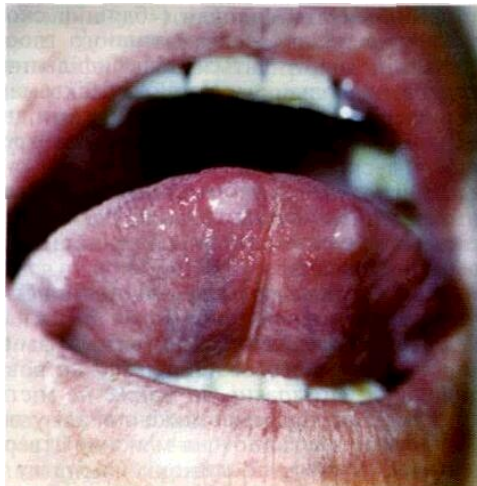
*Хірургічне лікування* полягає в кріодеструкції осередків після тривалого консервативного лікування



*Туберкульоз слизової оболонки порожнини рота*



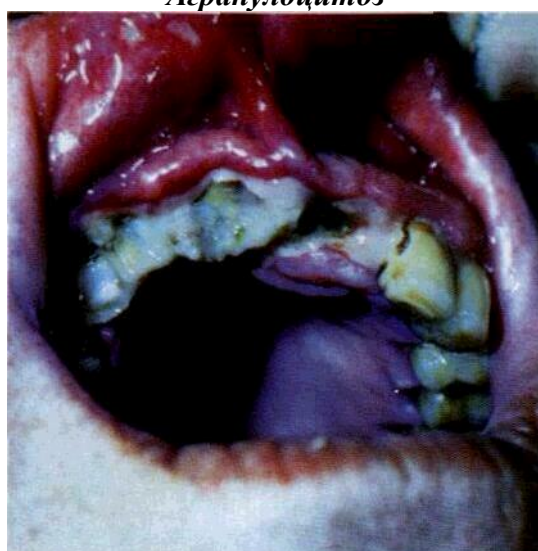
*Сифіліс*



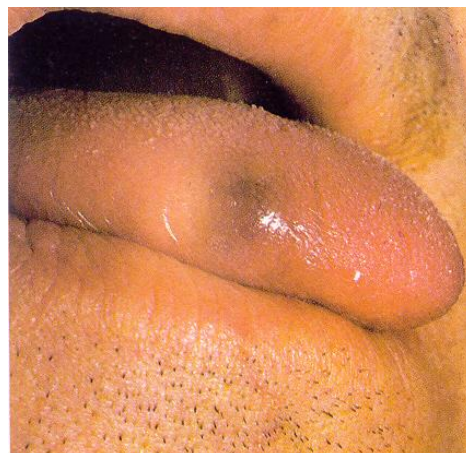
*Декубітальна (пролежнева) виразка*



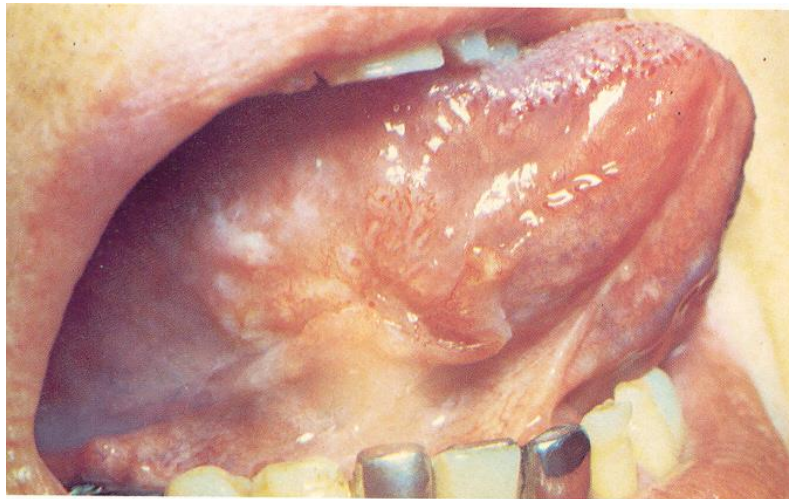
*Агранулоцитоз*



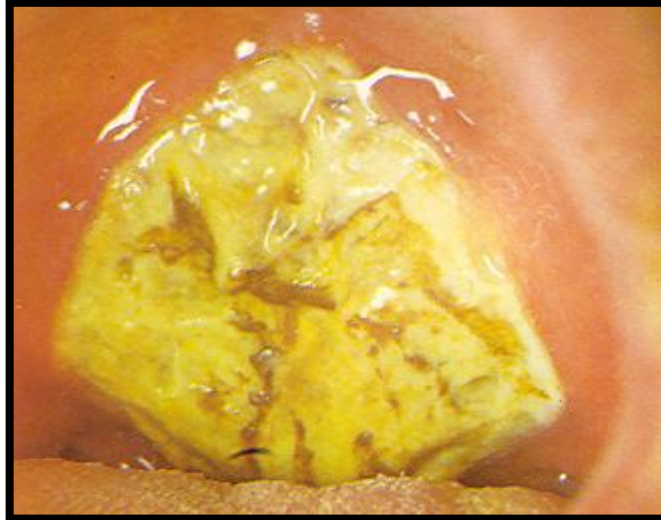
***Рак слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ***



*Рак слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ*



*Хвороба Вегенера*



*Виразково-некротичний стоматит Венсана*

