

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти**  
**Українська медична стоматологічна академія**

**ОНКОЛОГІЯ**  
**ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

*навчальний посібник*  
*для студентів та лікарів-інтернів стоматологів*

**ПОЛТАВА-1999 р.**

УДК 616.716.4-006+617.52-006

Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.А., Саяпіна Л.М (Типологія щелепно-лицевої ділянки. — Полтава.: АСМТ, 1999. — 114 с.

Навчальний посібник “Онкологія щелепно-лицевої ділянки”, представляє собою цикл лекцій, присвячений програмному розділу хірургічної стоматології клініці, діагностиці, комплексному лікуванню передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки: шкіри обличчя, губ, язика, слизової оболонки порожнини рота, щелеп і слинних залоз. Приведені дані про організацію онкологічної допомоги в Україні, епідеміологію злоякісних пухлин щелепно-лицевої локалізації. Освітлене питання організації профілактичних оглядів населення і ролі лікаря-стоматолога в профілактиці і ранній діагностиці злоякісних новоутворень обличчя і щелеп.

Посібник призначений для студентів стоматологічного факультету і лікарів-інтернів стоматологів.

Видання підготували: завідувач кафедри хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії професор Рибалов О.В., доцент кафедри онкології Одабашьян А.Л., асистенти Соколова Н.А., Саяпіна Л.М.

Рецензенти: завідувач кафедри хірургічної стоматології Кримського Державного медичного університету ім. С.І. Георгіївського, доктор медичних наук, професор С.Г. Безруков;

завідувач кафедри хірургічної стоматології Харківського Державного медичного університету, доктор медичних наук професор Г.П. Рузин.

Затверджено Центральним методичним кабінетом вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III- IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів 03.06.1999 р.

**ISBN 966-7653-00-5**

© О.В. Рибалов, А.Л. Одабашьян,  
Н.А. Соколова, Л.М. Саяпіна, 1999.

© ТОВ «АСМІ», 1999.

## **ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЇ**

### **ОРГАНІЗАЦІЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

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 (С.О. Шалімов), 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 (ОД) - спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади по наданню онкологічної допомоги населенню. Основні завдання ОД: спеціалізована кваліфікована поліклінічна та стаціонарна консультативна та лікувальна допомога населенню; організаційно-методичне керівництво онко- та лікувально-профілактичними закладами загальної мережі в своїх регіонах; спеціалізація та підвищення кваліфікації медичних працівників з онкології; систематичний аналіз захворюваності та смертності в регіоні, з'ясування причин пізньої діагностики і розробка заходів щодо їх усунення; диспансеризація груп ризику; профілактичні огляди населення для виявлення онкологічних хворих; санітарно-просвітня робота.

Як правило, обласні онкологічні диспансери мають організаційно-методичне відділення, поліклінічно-диспансерне відділення, профільні клінічні відділення - хірургічне, радіологічне, гінекологічне, відділення

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ "

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 багатьох ОД працюють кафедри онкології. Такі ОД називають клінічними. Кафедри разом з базовими ОД 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 рентген-радіологічного профіля, 45 онкологічних диспансерів (в тому числі 24 обласних, 1 республіканський), один онкологічний центр в м. Києві, 699 онкологічних кабінетів (відділів).

МОЗ України вважає, що лікування онкологічних хворих (за невеликим винятком) повинно здійснюватися лише в онкологічних закладах, оскільки складність лікування та необхідність застосування комплексу методів (хірургічний, променевиї, хіміотерапевтичний) зумовлює цю вимогу. Встановлено, що тривалість життя хворих, лікованих в ОД, в 2,0-2,5 разі більша, ніж в загально лікарняній мережі.

Злоякісні новоутворення - одна з найважливіших медико-біологічних та соціально-економічних проблем не лише в Україні, а і 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.

**ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН**

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та в окремих її регіонах, на основі даних довгострокового моніторингу (1980-1996 р.р.), характеризується безперервним зростанням рівня онкологічної захворюваності населення. Так, якщо в 1980р. число вперше зареєстрованих хворих складало 238,3 на 100000, то в 1996 р. ця величина досягла 309,4 на 100000 населення України та 385,9 - на Полтавщині. Це означає, що в Україні щоденно виникає 433 нових випадків раку, або 18 випадків щогодинно, що свідчить про інтенсивність та масштабність цього процесу. Вже сьогодні ризик захворіти на рак становить для чоловіків 26 %, а для жінок - 17 %, тобто протягом життя кожний четвертий чоловік і кожна шоста жінка мають імовірність захворіти злоякісною пухлиною.

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

- I. Одеська;
- II. Полтавська;
- III. Черкаська;
- IV. Херсонська область;
- V. Автономна республіка Крим.

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

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

Аналіз динаміки захворюваності окремими нозологічними формами за останні роки свідчить про стале зростання ураження населення раком щитовидної залози (7,4 % щорічно), раком передміхурової залози (6,0 %). Досить швидкими темпами зростають рак шкіри та ротової порожнини.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

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. Мухіна, Б.Д. Кабакова, В.С. Процика, які не втратили актуальності до останнього часу, своєчасна діагностика цих пухлин була лише у 9,1 % хворих.

В останні роки розроблюється автоматизована система обробки інформації про онкологічних хворих (АСОШ "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 не 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";**

ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

3. Відомча інструкція “Рекомендації з обсягу необхідних діагностичних досліджень при основних формах злоякісних новоутворень”, затвердженою МОЗ України у 1992 р.

4. Відомча інструкція “Инструкция по формированию и диспансерному наблюдению групп повышенного риска заболеваний злокачественными новообразованиями и больных предшествующими (предопухолевыми) заболеваниями”, затвердженої наказом МОЗ України № 192 від 07.04.1986 р.

## **ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ НАСЕЛЕННЯ ТА РОЛЬ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ПОПЕРЕДЖЕННІ ТА СВОЄЧАСНОМУ ВІЯВЛЕННІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

В державній системі охорони здоров'я велике значення мають профілактичні огляди населення. Складовою частиною комплексних медичних профілактичних оглядів є огляди на виявлення злоякісних новоутворень та передракових захворювань. Слід підкреслити, що онкопрофоглядам підлягає все населення України у віці 20 років і старше.

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 лімфовузлів.
3. Цитологічні дослідження для виявлення передпухлинних та злоякісних новоутворень.
4. Біопсія з патогістологічним дослідженням матеріалу.
5. Променеві методи обстеження (рентгенологічні, ультразвукова діагностика та інші).
6. Загальний аналіз крові (клінічний).

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 хворих від обстеження, прихований перебіг захворювання, про що ще 50 років тому писав А.В. Мельников. За період часу, що минув, ситуація мало поліпшилась. Основною причиною цього слід вважати відсутність онкологічної настороженості.

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

1. підозра на наявність раку;
2. ретельний збір анамнезу;
3. використання обов'язкових методів обстеження.



В наш час термін "онкологічна настороженість" застосовується в більш широкому сенсі. Так, Б.Е. Петерсон включає сюди: 1. Знання симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях; 2. Знання преканцерозів та їх лікування; 3. Організацію онкологічної допомоги, мережі лікувальних закладів і термінове направлення хворих із з'ясованим або підозрюваним патологічним процесом за призначенням; 4. Ретельне обстеження кожного хворого, який звернувся до лікаря будь-якої спеціальності, з метою виявлення можливого онкологічного захворювання; 5. Звичку у важких випадках діагностики думати про можливість атипового або ускладненого перебігу злоякісної пухлини.

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

1. локальне ураження може бути відображенням (віддаленими метастазами) пухлини, яка локалізується первино в зовсім іншому місці;
2. можливе синхронне виникнення первинно множинних пухлин (базаліоми, меланоми шкіри);
3. під час повного огляду хворого можна виявити виражену супутню патологію, що може вплинути на обсяг додаткового обстеження і характер 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.

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ "**  
**ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ НАСЕЛЕННЯ ТА РОЛЬ ЛІКАРЯ-  
СТОМАТОЛОГА В ПОПЕРЕДЖЕННІ ТА СВОЄЧАСНОМУ  
ВИЯВЛЕННІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-  
ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

В державній системі охорони здоров'я велике значення мають профілактичні огляди населення. Складовою частиною комплексних медичних профілактичних оглядів є огляди на виявлення злоякісних новоутворень та передракових захворювань. Слід підкреслити, що онкопрофоглядам підлягає все населення України у віці 20 років і старше.

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 лімфовузлів.
3. Цитологічні дослідження для виявлення передпухлинних та злоякісних новоутворень.
4. Біопсія з патогістологічним дослідженням матеріалу.
5. Променеві методи обстеження (рентгенологічні, ультразвукова діагностика та інші).
6. Загальний аналіз крові (клінічний).

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 хворих від обстеження, прихований перебіг захворювання, про що ще 50 років тому писав А.В. Мельников. За період часу, що минув, ситуація мало поліпшилась. Основною причиною цього слід вважати відсутність онкологічної настороженості.

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

1. підозра на наявність раку;
2. ретельний збір анамнезу;
3. використання обов'язкових методів обстеження.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

В наш час термін "онкологічна настороженість" застосовується в більш широкому сенсі. Так, Б.Е. Петерсон включає сюди: 1. Знання симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях; 2. Знання преканцерозів та їх лікування; 3. Організацію онкологічної допомоги, мережі лікувальних закладів і термінове направлення хворих із з'ясованим або підозрюваним патологічним процесом за призначенням; 4. Ретельне обстеження кожного хворого, який звернувся до лікаря будь-якої спеціальності, з метою виявлення можливого онкологічного захворювання; 5. Звичку у важких випадках діагностики думати про можливість атипичного або ускладненого перебігу злоякісної пухлини.

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

1. локальне ураження може бути відображенням (віддаленими метастазами) пухлини, яка локалізується первино в зовсім іншому місці;

2. можливе синхронне виникнення первинно множинних пухлин (базаліоми, меланоми шкіри);

3. під час повного огляду хворого можна виявити виражену супутню патологію, що може вплинути на обсяг додаткового обстеження і характер 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.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

Поглиблене обстеження осіб з підозрою на злоякісну пухлину повинне бути завершене в лікувально-профілактичних закладах протягом 7 днів. Дані про результати обстеження заносяться в амбулаторну картку хворого і фіксуються 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. Проведення профілактичних оглядів неорганізованого населення (пенсіонери, домогосподарки та ін.) покладається на районні поліклініки.

Профілактичні огляди працюючого і непрацюючого населення, сільської місцевості здійснюються дільничними лікарнями, а поглиблене обстеження - центральними районними лікарнями (ЦРЛ).

В деяких районах, де населення внаслідок специфіки виробничої діяльності або віддаленості розташування населених пунктів віддалено від закладів загальнолікарняної 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, затверджена 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 № 30-6 (облікова форма диспансерних хворих).

На кожного хворого з вперше в житті встановленим діагнозом злоякісного новоутворення в IV стадії захворювання, а при візуальних локалізаціях новоутворення в III стадії (рак шкіри, губи, слизової оболонки порожнини рота), складається "Протокол на випадок виявлення у хворого занедбаної форми злоякісного новоутворення" (форма № 027-2/у).

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

1. **група I а** - хворі з захворюваннями, що підозрілі на злоякісне новоутворення;

2. **група I б** - хворі з передпухлинними захворюваннями;

3. група II - хворі злоякісними новоутвореннями, що підлягають спеціальному лікуванню;

4. **група II а** - хворі 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 за 7 днів з моменту взяття на диспансерний облік.

До **Iб 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 досягнена 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 вилікування 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 в 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 групу** для проведення спеціального лікування (хірургічного, променевого та ін.) або в **IV групу**, якщо проведення спеціальних методів лікування не показано у зв'язку з розповсюдженістю процесу.

До **IV клінічної групи** - розповсюджена форма злоякісного новоутворення - відносять хворих, радикальне лікування яких неможливе. Це хворі, яким надається головним чином симптоматична допомога. 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

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**

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 і ознаки малігнізації та ранні прояви раку у відповідних ділянках.

Одним із наважливих 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.

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**  
**МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ОНКОЛОПЧНИХ ХВОРИХ ТА**  
**ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

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

Починаючи огляд шкіри, звертають увагу на наявність тріщин, що тривалий час не гоються, виразок, пігментних плям, на довго існуючі 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 верифікації.

Стоматологам і зубним лікарям під час проведення масових оглядів порожнини рота з метою санації та лікування слід звертати увагу на виразки слизової оболонки, що довго не гоються, тріщини червоної облямівки губ, білі пупки, шершаві плями слизової оболонки рота або губ. При безуспішному лікуванні цих елементів пошкодження впродовж 7-10 днів лікар зобов'язаний направляти хворих на консультацію до онколога.

Обстеження губ, язика, слизової оболонки порожнини рота необхідно розпочинати з опитування хворого про наявність у нього неприємних, болісних відчуттів під час розмови та 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, щоки. Під час об'єктивного обстеження на нижній губі звертають увагу на сухість червоної облямівки, її матову поверхню, ущільнення епітелію, тріщини, злущування,



наявність осередків лейкоплакії, 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 при достатньому освітленні, за показаннями застосовуючи лобний рефлектор, біноклярну лупу та інші інструменти. Доцільно ширше впроваджувати методи соматоскопії 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 вираженість носового дихання, з'ясовують скарги на головній біль, носові кровотечі, характер носових виділень.

Пальпаторно визначають конфігурацію, консистенцію, розміри слинних залоз, визначають стан їх вивідних проток, 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. Всі вузлові утворення та ущільнення щитовидної залози підлягають цитологічному дослідженню, причому пункцію для отримання матеріалу слід робити під контролем УЗД.

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

**РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОБСТЕЖЕННЯ.** Рентгенодіагностика посідає одне з чільних місць у виявленні пухлин людини. Завдання дослідника полягає у встановленні первинної локалізації, розповсюдженості процесу та діагнозу захворювання. При підозрі на пухлину щелеп проводиться рентгенологічне обстеження хворого (обзорні та прицільні рентгенограми щелеп, додаткових пазух носа, сіалографія, рентгенографія додаткових пазух носа з контрастуванням, комп'ютерна томографія та ін.).

Рентгенодіагностика базується на симптомах, що визначають точну локалізацію, форму, розміри окремих органів та патологічного вогнища. Крім традиційних методів дослідження - рентгеноскопії та рентгенографії, в даний час застосовується томографія, зокрема, комп'ютерна, а також методи із застосуванням штучного контрастування: ангіографія, пневмографів, лімфографія, сіалографія, гайморографія.

Рентгенологічне дослідження, що проведено в динаміці спостереження після лікування, дозволяє оцінити його ефективність, своєчасно виявити рецидив та вирішити питання про подальшу лікувальну тактику.

У хворих із злоякісними новоутвореннями голови та шиї обов'язково виконують рентгенологічне дослідження органів грудної клітки для виявлення метастазів у середостінні та легенях. За показаннями з цією ж

метою здійснюють рентгенологічне дослідження інших органів та відділів скелету.

Незважаючи на інформативність рентгенологічного дослідження, виявити з його допомогою внутрішньоепітеліальний чи мікроінвазивний рак неможливо. Рентгенологічні методи виявляють пухлину діаметром 1-2 см, при якій у 15 % випадків є мікрометастази. Тому діагноз такої пухлини не є раннім, він у кращому випадку є своєчасним.

*Рентгенографія кісток лицевого черепу* виконується за загальними правилами. Інколи достатньо краніографії в прямій та боковій проекціях для вирішення питання про наявність злоякісної пухлини та межх її розповсюдження. Для уточнення змін стінок гайморової пазухи і стану нижнього краю орбіти виконують рентгенограму в носопідборідній (потилично-підборідній) проекції. Ця ж проекція інформативна для дослідження лобної кістки, орбіти, вилицевої кістки та дуги.

Для детального дослідження стану альвеолярного відростка верхньої щелепи з зубами та піднебіння рекомендується проведення внутрішньоротової рентгенографії верхньої щелепи в прикус. Внутрішньоротові контактні рентгенограми бокових відділів верхньої щелепи дають змогу вивчити стан зубів з альвеолярними відростками від латерального різця до третього моляра та нижні відділи гайморової порожнини (альвеолярні бухти).

Для діагностики пухлин нижньої щелепи виконується позаротова рентгенографія в передній, оглядовій (носолобній) та бокових проекціях. Для дослідження стану альвеолярного відростка і нижніх зубів виконується контактна внутрішньоротова рентгенографія.

Останнім часом для дослідження щелепно-лицевої ділянки широкого розповсюдження набули методи *панорамної рентгенографії*. Слід розрізняти ортопантомографію - пошарове панорамне дослідження щелеп

та звичайну панорамну рентгенографію. При відсутності спеціального рентгенологічного обладнання можна використовувати запропонований В.Д. Сидорою і співавторами спрощений метод панорамної рентгенографії лицевого черепа. Зображення отримують з допомогою звичайного рентгенологічного апарату на плівку в гнучкій касеті. Панорамна рентгенографія одночасно дає зображення верхньої та нижньої щелеп; багато дрібних деталей на панорамних рентгенограмах розрізняються краще, ніж на звичайних.

**Томографія** - метод пошарового рентгенологічного дослідження об'єкту. У хворих на рак верхньої та нижньої щелепи, пухлинах, інших органів порожнини рота томографія дає змогу орієнтовно визначити межі злоякісного росту. Пошарове дослідження гайморових порожнин, верхньої та нижньої щелеп проводять в прямій та боковій проекціях. Виділяють шари з інтервалом 0,5-1,0 см. Томографічний метод дає можливість виявити ділянки екзофітного росту, визначити розміри патологічного вогнища і його співвідношення з навколишніми тканинами, ділянки кісткової деструкції, стан пневматизації гайморових пазух.

**Комп'ютерна томографія** (КТ) - належить до найсучасніших методів променевої діагностики. КТ базується на принципі побудови рентгенівського зображення органів і тканин за допомогою ЕОМ. Метод має значні переваги перед звичайним рентгенологічним дослідженням, а саме:

- 1) він на порядок чутливіший, ніж звичайна рентгенографія;
- 2) за допомогою КТ отримують чітке зображення органів та пухлини виключно в тій площині, в якій проводиться дослідження, без накладання сусідніх структур;
- 3) КТ дає змогу робити точні виміри досліджуваних об'єктів;
- 4) КТ дозволяє не тільки вивчати стан певного органу, але й визначити взаємовідношення з оточуючими тканинами та органами.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

Діагностично-інформативну цінність КТ можна збільшити методом контрастування відповідних органів, систем чи тканин.

**Сіалографія.** Внаслідок введення контрастної речовини у систему вивідних проток слинних залоз можна діагностувати пухлини привушних та піднижньощелепних залоз.

**Ангіографія** - введення контрастної водорозчинної речовини в артеріальні судини, після чого виконується серія рентгенівських знімків в прямій та боковій проекціях.

### **Рентгенеміютика пухлин щелепно-лицевої ділянки**

**Деформація** (зміна форми) щелепи може спостерігатися у вигляді потовщення кістки, вздуття і потоншення.

Потовщення кістки завжди пов'язане з утворенням додаткової кісткової речовини, яке найчастіше виникає періостальним шляхом внаслідок реакції окістя. Зустрічається при периферійно розташованих остеомах, остеогенній саркомі, ретикулосаркомі, саркомі Юінга.

Вздуття кістки - внутрішньокістковий патологічний процес, що викликає збільшення обсягу кістки із зменшенням кількості кісткової тканини. Спостерігається при кістах щелеп, амелобластомах, остеобластокластомах (гігантклітинних пухлинах), міксомах, фіброзній дисплазії.

Симптом розрідження кістки зумовлений остеопорозом, деструкцією та остеолізом.

Остеопороз - дистрофічний процес, під час якого відбувається зменшення та потоншення кісткових балок із заміщенням кісткової тканини остеїдною речовиною, жировою тканиною, кров'ю.

За характером тіньової картини розрізняють вогнищевий (плямистий) та дифузний (рівномірний) остеопороз. Вогнищевий остеопороз - окремі вогнища розрідження кісткової тканини діаметром 1,0-5,0 мм з чіткими

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

контурами. При дифузному остеопорозі частина кістки рівномірно розріджена, кортикальний шар витончений, інколи розволокнений, кістково- мозкові простори розширені.

Деструкція - руйнування кісткової тканини з заміщенням її патологічною тканиною (гній, грануляції, пухлинна тканина та ін.). Деструкція виникає при остеомієлітах та злоякісних пухлинах щелеп, при проростанні в кістку злоякісних пухлин з м'яких тканин і утворенням крайових дефектів, часто з нерівними і нечіткими контурами.

Атрофія може бути як фізіологічною, так і зумовленою патологічним процесом. Атрофія того чи іншого відділу щелепи зумовлена тиском прилеглої м'якотканинної пухлини (фіброма, ангіома, саркома та ін.)

Остеосклероз - процес, морфологічно протилежний остеопорозу. Характеризується збільшенням кісткових трабекул в одиниці об'єму, кістково-мозкові простори зменшуються. Остеосклероз спостерігається у хворих остеогенною саркомою, ретикулосаркомою, саркомою Юінга, остеобластичних метастазах.

Періостальні зміни (періостальні нашарування) в залежності від форми бувають лінійні, пластинчасті, перерва їх з утворенням дашка Кодмана, променисті, голкоподібні та інші.

Лінійні періостальні нашарування на рентгенограмі виявляються у вигляді додаткової тіні лінійної форми паралельно поверхні кістки. Зустрічається у хворих на саркому Юінга, але більш характерна ознака запальних процесів.

Пластинчасті (цибулиноподібні) нашарування у вигляді декількох лінійних тіней, розташованих паралельно одна до одної і до поверхні кістки, свідчать про хвильовий перебіг процесу. Зустрічаються у хворих саркомою Юінга та при хронічних запальних процесах.

Періостальні зміни у вигляді дашка Кодмана (козирка) мають вигляд

додаткової тині трикутної форми, розташованої від гострим кутом до кісткової поверхні. Таки періостальні зміни характерні для центральних сарком з проростанням у м'які тканини. Спочатку спостерігається відтискання окістя, потім - проростання його в центральних відділах, а в периферійних відділах відбуваються звапнення.

Голкоподібні зміни (спікули) характерні для злоякісних пухлин, зокрема периферійних остеосарком. Рентгенологічно вони виглядають як лінійні тині, орієнтовані віялоподібно до кісткової поверхні.

Під час аналізу рентгенологічних ознак вогнищ остеопорозу і остеосклерозу необхідно звертати увагу на їх кількість, форму, розміри, характер контурів, структуру, їх відношення до коренів зубів та фолікулів. Доброякісні і злоякісні пухлини як правило уражують одну кістку, а для системних захворювань і метастазів злоякісних пухлин в кістки черепа характерним є ураження декількох кісток. Множинні, добре окреслені або з нечіткими межами вогнища деструкції округлої форми спостерігаються в щелепах при мієломній хворобі, при якій щелепи уражуються у 30 % хворих. Типовою локалізацією вогнищ ураження є ділянка премолярів і вінцевий відросток нижньої щелепи (плоскі кістки).

Амелобластома (адамантинома) локалізується переважно в ангулярному відділі нижньої щелепи, фолікулярні кісти - в ділянці премолярів та молярів нижньої щелепи, хондросаркома - у фронтальному відділі верхньої щелепи, остеобластокластома (гігантоклітинна пухлина)- в ділянці першого та другого нижніх молярів.

Поодинокі вогнища деструкції кісткової тканини з нечіткими контурами спостерігаються у хворих на остеомієліт, фіброзну дисплазію, злоякісні пухлини (рак, остеогенна та хондросаркома, метастази злоякісних пухлин різних локалізацій). Радікулярні, фолікулярні, резидуальні та фісуральні кісти визначаються у вигляді солітарних вогнищ дефектів

кісткової тканини. Полікістозні ураження можуть спостерігатись у хворих на амелобластому, міксому, остеобластокластому. В залежності від форми і розмірів різних варіантів полікістозного ураження їх порівнюють із бджолиними стільниками, мильними бульбашками, тенісною ракеткою.

Рентгенологічна картина у вигляді "мильних бульбашок" зумовлена проекційним накладанням вогнищ деструкції круглястої та овальної форми, що відрізняються одне від одного розмірами. Картина, що нагадує бджолині стільники, обумовлена накладанням більш-менш однакових за розмірами та формою вогнищ деструкції кісткової тканини. Рентгенологічна картина у вигляді тенісної ракетки зумовлена накладанням множинних вогнищ деструкції кісткової тканини трикутної та прямокутної форми.

Для доброякісних пухлин та кіст щелеп більш характерною є кругляста та овальна форма вогнищ дефектів з чіткими межами.

Оцінка контурів патологічного вогнища має велике значення в диференційній діагностиці: вони можуть бути рівними і нерівними, чіткими і нечіткими. Чіткі контури спостерігаються при амелобластомі, кістах щелеп, одонтомі, остеомі. При внутрішньокісткових ангіомах контури можуть бути нечіткими. Нечіткість контурів злоякісних пухлин зумовлена інфільтруючим характером росту.

При приєднанні вторинного запального процесу також міняється характер контурів - втрачається чіткість їх меж. Втрата чіткості контурів може біти і ознакою малігнізації доброякісних пухлин.

Патологічна кісткова тканина може бути однорідною (гомогенною), тобто спостерігається тільки розрідження або тільки ущільнення; інколи поєднується одне з одним. Тінь може бути багатокамерною, комірчастою за рахунок кісткових перетинок між окремими порожнинами (амелобластома, остеобластокластома, ретикулосаркома, міксосома, деякі кісти, внутрішньокісткова гемангіома та ін.).



Під час аналізу рентгенограм щелеп вивчають стан коренів зубів, а у дітей-зачатків постійних зубів. Доброякісні пухлини з експансивним ростом та кісти у зоні їх розташування викликають розходження (дивергенцію) коренів та сходження (конвергенцію) коронок зубів. Патологічна резорбція коренів зубів частіше трапляється при злоякісних новоутвореннях. Доброякісні пухлини та кісти викликають зміщення зачатків постійних зубів, при злоякісних пухлинах вони втягуються в патологічний процес.

Серед інших методів променевої діагностики в онкології широкого розповсюдження набули радіонуклідні дослідження, **ядерномагніторезонансна** томографія (ЯМР-томографія), ультразвукові дослідження (УЗД) та термографія, зокрема, комп'ютерна.

**РАДІОНУКЛІДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ.** В основі цих методів лежить принцип нерівномірного розподілу введених з діагностичною метою радіонуклідів в самій пухлині та оточуючих тканинах. Наприклад, сполуки фосфору активно включаються в ракову клітину в зв'язку з підвищеною активністю обмінних процесів в тканинах з високою мітотичною активністю. Згадана властивість є основою діагностики злоякісних процесів шкіри ( $P^{32}$ ), кісток, слинних залоз ( $Tc^{99}$ ).

Навпаки, деякі органотропні препарати - натрію йодид ( $I^{131}$ ) та ін., внаслідок стійкої диференціації (анаплазії) пухлинних клітин можуть накопичувати радіоактивний препарат у меншій кількості. В залежності від характеру отриманої інформації, що зумовлено як локалізацією досліджуваного органу, так і видом випромінювання, всі методи радіонуклідної діагностики можна розділити на дві основні групи - і радіографію (сканування) та радіометрію. Сканограма дає інформацію про топографічні особливості досліджуваного об'єкта, його форму, розміри, функціональні особливості. Пухлини на сканограмах мають вигляд ділянок або зниженого накопичення радіофармпрепаратів (дефект накопичення -

"холодний вузол"), або зон підвищеної концентрації радіофармпрепарату ("гарячий вузол").

Радіометрія дозволяє проводити вимірювання рівня накопичення радіофармпрепарату в самій пухлині і для порівняння - в оточуючих здорових тканинах, або в симетричних інтактних тканинних ділянках тіла хворого.

**ЯДЕРНО-МАГНІТНОРЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ.** Принцип отримання ЯМР-томограм базується на можливості зміни реакції ядер водню (яких дуже багато в організмі людини) у відповідь на застосування радіочастотних імпульсів у стабільному магнітному полі. Це дає змогу отримати відповідний сигнал і використати його для побудови гомографічного зображення. Метод вважається нешкідливим для організму людини. Пухлини голови та шиї, навіть діаметром до 1 см, збільшені лімфатичні вузли на ЯМР-томограмах диференціюються краще, ніж на комп'ютерній томограмі. Проте тканинні характеристики ЯМР-томограм не дають змоги впевнено диференціювати злоякісні та доброякісні новоутворення.

**УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.** Принцип дії УЗ-діагностичних апаратів базується на реєстрації і аналізі ультразвукових променів, що відбилися від межі двох середовищ із різною акустичною щільністю. Метод дає змогу реєструвати ехосигнали на межі тканин, які навіть мало відрізняються за акустичною щільністю, тому він більш інформативний при дослідженні м'яких тканин та паренхіматозних органів ніж традиційне рентгенівське дослідження. Особливо широко метод застосовується для діагностики пухлин щитовидної залози, молочних залоз, лімфовузлів шиї, слинних залоз. Метод дешевий, практично нешкідливий для здоров'я. УЗД-апаратура дуже поширена в лікувальних закладах.

**ТЕРМОГРАФІЯ** перспективний, економічний і нешкідливий метод обстеження. Застосування методу ґрунтується на виявленні термоасиметрії

(гіпер- або гіпотермічних ділянок). Метод дає змогу проводити топічну діагностику патологічних процесів, оцінювати ефективність проведеного консервативного лікування. За різницею температур можна розрізнити запальні вогнища, доброякісні та злоякісні процеси. Але об'єктивність методу не є абсолютною.

ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ проводять у двох основних напрямках: цитологічне дослідження пунктатів - вивчення клітин патологічного вогнища, отриманих пункцією (інколи цей метод називають аспіраційною біопсією) і методом ексfolіативної цитології — вивчення клітин, що злушилися. До цього методу відносять відбитки з різних органів, слизових оболонок, дослідження в секретах, екскретах, серозних рідинах, а також змивах. Мазки-відбитки для цитологічного дослідження можна виготовляти також із видалених під час операції пухлин, лімфатичних вузлів та ін.

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 предметних скельця і іншим предметним скельцем перетворюють на тонкий мазок. Якщо матеріал отримано у вигляді рідини (серозної, геморагічної та ін.), 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 поверхень шкіри, слизової оболонки губи, порожнини рота, язика матеріал отримують внаслідок мазка, мазка-відбитка, зішкребка. Перед ексfolіативним дослідженням з поверхні, що підозріла на малігнізацію, ретельно знімають сухі або гнійні корочки, 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 ін.), 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.

БІОПСІЯ - прижиттєве видалення шматочка тканини для діагностичного патогістологічного дослідження. Це найбільш точний метод діагностики пухлин, зокрема їх ранніх стадій. 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:

- інцизійна біопсія - висічення одного або декількох шматочків пухлини (при пухлинах великих розмірів). Висічення тканини здійснюється скальпелем, електроніжем, електропетлею, конхотомом. Підчас проведення біопсії слід уникати сильної інфільтрації анестетиком самої пухлини, краще

застосувати провідникове або загальне знеболювання. Проведення інцизійної біопсії вимагає виконання певних правил. Біопсію слід виконувати на межі із здоровими тканинами, захоплюючи і незмінену тканину. Не слід брати для дослідження матеріал із некротизованої ділянки, зони розпаду пухлини.

У випадку невеликих поверхневих утворень краще видаляти їх повністю. Після видалення шматочка тканини при підозрі на злоякісну пухлину місце висічення піддають електрокоагуляції або обробляють 96° 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. Часом ексцизійна біопсія є і лікувальним заходом.

- трепанобіопсія - отримання стовпчика тканини за допомогою спеціально сконструйованої для цієї мети голки (М.П. Федюшина, Л. Мачульського та ін.). Трепанобіопсія може застосовуватись при ураженні кісток, щільних метастазах в лімфовузлах, в гематології для стернальних пункцій та ін.

- шипцева біопсія - отримання шматочка тканини за допомогою

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

щипців різної конструкції. Вона застосовується, зокрема, при ендоскопічних дослідженнях. Можна використовувати і в порожнині рота.

- кюретаж- отримання матеріалу шляхом вишкрібання з допомогою кюреток (порожнина матки, гайморова порожнина та ін.)

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

- Терміновою (або експрес-біопсією) вважаються такі біопсії, які спрямовані на отримання патогістологічного висновку впродовж декількох хвилин після взяття матеріалу. Експресбіопсії 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, встановлення 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

### ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

хворого до лікування, що має, крім іншого, юридичне значення при необхідності підтвердження обґрунтованості методу лікування, виправданого лише для злоякісних пухлин;

- для достовірної статистики пухлин;

- для передбачення прогнозу і отримання науково достовірних даних про віддалені 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, дисемінація пухлини, пошкодження оточуючих тканин, нагноєння рани.

### **Принципи класифікації пухлин за стадіями**

Класифікації пухлин можуть бути різноманітними в залежності від принципів розподілу: за локалізацією самої пухлини, за клінічними проявами, за ступенем розповсюженості, гістологічної будови та ін.

Розподіл пухлин на окремі групи за так званими стадіями процесу ґрунтується на тому, що при локалізованих пухлинах безпосередні і віддалені результати лікування значно кращі, ніж при ураженнях, які виходять за межі органа. Відповідно ці стадії відносять до "ранніх" чи "пізніх", маючи на увазі послідовність розвитку пухлинного процесу. Насправді, стадія процесу в момент встановлення діагнозу може відображати не лише розповсюженість та темп росту пухлини, але і її тип та співвідношення організму з пухлиною.

На відміну від непухлинних захворювань у хворих на рак клінічний діагноз може вважатись остаточно сформульованим тільки в тому випадку, коли з допомогою спеціальних символів вказана стадія пухлинного росту. Визначення і позначення стадії захворювання конче необхідно як для вибору найбільш раціональної схеми лікування, так і для встановлення прогнозу у кожного конкретного хворого.

З 1956 року прийнято загальне групування злоякісних пухлин на 4 стадії розвитку, яке видозмінювалось і доповнювалось підстадіями в залежності від конкретних умов.

Вітчизняна чотиристадійна класифікація пухлин слизової оболонки порожнини рота має такий вигляд:

**I стадія** - обмежений пухлинний процес слизової оболонки і підслизового шару до 1 см в діаметрі без ураження регіонарних лімфатичних вузлів і проростання навколишніх тканин.



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

II стадія: а) пухлина до 2 см в найбільшому вимірі, що проростає на язиці до 1 см глибиною, для інших локалізацій - глибше підслизового шару. Регіонарні метастази відсутні;

б) пухлина такого ж або меншого розміру з наявністю гомолатеральних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

III стадія: а) пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі. На язиці інфільтрація переходить за середню лінію або на слизову оболонку порожнини рота. При інших локалізаціях рака слизової оболонки порожнини рота інфільтрація розповсюджується на одну із сусідніх анатомічних ділянок або структур. Регіонарні метастази не визначаються,

б) пухлина тих же розмірів або меншого ступеню місцевого розповсюдження з поодинокими обмежено зміщуваними або множинними рухомими гомо-, контра- або білатеральними метастазами.

IV стадія: а) пухлина уражує всю анатомічну ділянку, розповсюджується на оточуючі м'які тканини і кістки лицевого скелету без регіонарних метастазів (примітка: при обмеженому проростанні рака слизової оболонки твердого піднебіння або альвеолярних відростків верхньої або нижньої щелепи в кістку пухлина може бути віднесена до III стадії);

б) пухлина такого ж ступеню місцевого розповсюдження з будь-якими варіантами місцевого метастазування або пухлина меншого ступеня місцевого розповсюдження з незміщуваними регіонарними метастазами, або пухлина будь-якого ступеня місцевого розповсюдження з клінічно визначеними віддаленими метастазами.

| Аналогічно будуються класифікації за стадіями і для інших локалізацій  
| раку. Ця класифікація зіграла значну роль у розвитку клінічної онкології, хоча вона не позбавлена ряду недоліків. В ній відсутнє визначення більш ранніх стадій, вона мало підходить для визначення стадії раку внутрішніх органів. Один і той же пухлинний процес різні клініцисти інколи відносять

до різних стадій. Більш конкретно і стереотипно на базі певних клінічних ознак ріст пухлини характеризує класифікація за системою TNM. Основні принципи цієї класифікації можуть бути застосовані для всіх локалізацій, незалежно від вибраного методу лікування. Клінічну класифікацію послідовно можна доповнити даними, отриманими внаслідок патогістологічного дослідження або (і) даними хірургічного втручання.

Система TNM, що застосовується для описування анатомічного розповсюдження онкологічного захворювання, базується на 3-х компонентах:

T - розповсюженість первинної пухлини;

N - стан регіонарних, а при деяких локалізаціях - і юкстарегіонарних лімфатичних вузлів;

M - наявність або відсутність віддалених метастазів.

До цих **3-х** компонентів додаються цифри, які вказують на розповсюженість злоякісного процесу: T<sup>0</sup>, T<sup>1</sup>, T<sup>2</sup>, T<sup>3</sup>, T<sup>4</sup>; №, ІЧ<sup>1</sup>, №, ІЧ<sup>3</sup>, ІЧ<sup>4</sup>; M<sup>0</sup>, M<sup>1</sup>. Інші додаткові символи використовуються в особливих випадках. Загальними правилами системи TNM є такі:

1) у всіх випадках повинне бути гістологічне підтвердження діагнозу. Якщо його немає, то такі випадки слід описувати окремо;

2) для кожної локалізації застосовуються дві класифікації, а саме:

а) **клінічна класифікація** TNM, що базується на даних клінічного, рентгенологічного, ендоскопічного та інших видів дослідження і визначається до лікування. В деяких випадках вона може ґрунтуватись на додаткових даних, отриманих при використанні хірургічних методів діагностики;

б) **постхірургічна, патогістологічна класифікація**, що називається pTNM і ґрунтується на даних, отриманих до початку лікування, але доповнених або змінених на основі даних, отриманих під час хірургічного втручання або дослідження операційного препарата;

3) встановлені категорії TNM не підлягають зміні;

4) мінімальним вимогам системи TNM (до лікування) є визначення

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

всіх трьох факторів: первинної пухлини, регіонарних та юкстарегіонарних лімфовузлів та віддалених метастазів;

5) після визначення ступеню вираженості T, N і M виконується групування за стадіями;

6) оскільки система TNM є подвійною системою класифікації (клінічна - до лікування, хірургічна, патогістологічна - після хірургічного втручання) слід пам'ятати, що найважливіше значення для оцінки розповсюдженості злоякісних новоутворень має клінічна класифікація TNM;

7) якщо існують сумніви в правильності визначення категорії T, N або M, слід вибирати нижчу (тобто менш розповсюджену категорію). Це відноситься і до групування за стадіями. При виникненні синхронних білатеральних пухлин кожна пухлина класифікується окремо.

Клінічна класифікація TNM пухлин губи та тканин порожнини рота (класифікація застосовується для плоскоклітинного раку червоної облямівки губ і раку порожнини рота) має такий вигляд:

### **T - первинна пухлина:**

Tis преінвазивна карцинома (cancer in situ);

T<sub>0</sub> первинна пухлина не визначається;

T<sub>1</sub> пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T<sub>2</sub> - пухлина до 4 см в найбільшому вимірі;

T<sub>3</sub> - пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T<sub>4</sub>: губа - пухлина розповсюджується на сусідні структури - кістку, язик, шкіру шії;

порожнина рота - пухлина розповсюджується на сусідні структури - кістку, глибокі м'язи язика, максиллярний синус, шкіру;

T<sub>x</sub> - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

### **N - регіонарні лімфатичні вузли:**

N<sub>0</sub> - немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДЛЯНКИ"**

$N_1$ , - метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження до 3 см в діаметрі;

$N_2$  - метастази в одному гомолатеральному лімфовузлі до 6 см в найбільшому вимірі або множинні метастази в гомолатеральних лімфовузлах до 5 см в найбільшому вимірі, або білатеральні чи контралатеральні метастатичні лімфовузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

$N_{2a}$ - метастаз в одному гомолатеральному лімфовузлі до 6 см;

$N_{2b}$  - множинні гомолатеральні метастази до 6 см.;

$N_{2c}$  - метастази в білатеральних або контралатеральних лімфовузлах розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

$N_3$  - метастази у лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі;

$N_x$  - не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

**М - віддалені метастази:**

$M_0$  - немає ознак віддалених метастазів;

$M_1$  - наявні віддалені метастази;

$M_x$  - не досить даних для визначення віддалених метастазів.

<b>Стадія 0</b>	T <sub>1-3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>Стадія I</b>	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>Стадія II</b>	T <sub>2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>Стадія III</b>	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
<b>Стадія IV</b>	T <sub>4</sub>	N <sub>0</sub> , N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	будь-яке T	N <sub>0</sub> , N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	будь-яке T	будь-яке N	M <sub>1</sub>

Дуже важливе значення має патогістологічне дослідження пухлини, яке є основним, орбітальним і остаточним критерієм визначення стадії та інших морфофункціональних характеристик пухлини. Морфологічна верифікація процесу необхідна як для визначення ступеню диференціації пухлини, що дуже важливо як для вибору метода лікування, так і для прогнозу. Тому, крім класифікації пухлин за анатомічною локалізацією,

створені міжнародні гістологічні класифікації, серед яких є:

**№ 3. Гістологічна класифікація пухлин м'яких тканин;**

**№4. Гістологічна класифікація пухлин порожнини рота і ротоглотки;**

**№ 5. Гістологічна класифікація одонтогенних пухлин, щелепних кіст та споріднених уражень;**

**№ 6. Гістологічна класифікація кісткових пухлин;**

**№ 7. Гістологічна класифікація пухлин слинних залоз.**

Для прикладу розглянемо міжнародну гістологічну класифікацію пухлин порожнини рота і ротоглотки:

**I. Пухлини, що походять із багаточарового плоского епітелію\***

Злоякісні:

1. Інтраепітелійна карцинома (carcinoma in situ)
2. Плоскоклітинний рак
3. Різновиди плоскоклітинного рака:
  - а) верукозна карцинома,
  - б) веретенноклітинна карцинома,
  - в) лімфоепітеліома.

**II. Пухлини, що походять із залозистого епітелію (детально в Гістологічній класифікації пухлин слинних залоз).**

**III. Пухлини, що походять із м'яких тканин**

Б. Злоякісні:

I. Фібросаркома \_\_\_\_\_

\* Під літерою А дасться перелік доброякісних пухлин.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

2. Ліпосаркома
3. Лейоміосаркома
4. Рабдоміосаркома
5. Хондросаркома
6. Злоякісна гемангіоендотеліома (ангіосаркома)
7. Злоякісна гемангіоперицитома
8. Злоякісна лімфангіоендотеліома (лімфангіосаркома)
9. Злоякісна шваннома

### **ІV. Пухлини, які походять із меланогенної системи**

Б. Злоякісні:

1. Злоякісна меланома

### **V. Пухлини спірного або нез’ясованого гістогенезу**

Б. Злоякісні

1. Злоякісна зернистоклітинна пухлина (злоякісна зернистоклітинна “міобластома”)
  
2. Альвеолярна м’яко тканинна саркома (злоякісна органоїдна зернистоклітинна “міобластома”)
3. Саркома Капоші.

Морфологічно серед злоякісних новоутворень органів порожнини рота чільне місце займають пухлини епітелійного походження. Переважна більшість з них (94,8 %) мають структуру плоскоклітинного рака різного ступеню диференціювання, причому переважає плоскоклітинний роговіючий рак (75,5 %). Значно рідше трапляються інші гістологічні типи пухлин - низькодиференційований рак, аденокарциноми, саркоми, злоякісні меланоми (Поляков П.Ю., 1984).

## **ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН**

Для лікування хворих на злоякісні пухлини застосовують хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний методи, гормоно- та імунотерапію, а також їх комбінації.

**Комбінований метод** передбачає застосування двох різних за характером методів, спрямованих на місцево-регіонарні вогнища (найчастіше це послідовне застосування хірургічного та променевого методів лікування).

Поєднані **методи** лікування полягають у використанні двох однорідних за біологічною дією методів лікування, наприклад поєднання дистанційної променевої терапії з внутрішньопорожнинною або близькофокусною рентгенотерапією.

**Комплексні методи** лікування передбачають застосування в тій чи іншій послідовності декількох різних лікувальних методів, що мають неоднакову місцеву та загальну дію на організм (наприклад, передопераційний курс променевої терапії + оперативне втручання + хіміотерапія). Під час комплексного лікування в доповнення до трьох основних методів лікування застосовують також гормональну терапію та засоби, що впливають на імунну систему організму.

Необхідним елементом планування лікування онкологічного хворого є достовірний розгорнутий діагноз, який включає в себе.

- 1.)морфологічне підтвердження злоякісного характеру захворювання (гістологічне або цитологічне),
- 2.)локалізацію пухлини в ураженому органі,
- 3.)форму росту пухлини,
- 4.)гістологічну структуру пухлини, ступінь диференціювання,
- 5.)ступінь місцевого і загального розповсюдження пухлини (стадія),

б) оцінку загального стану хворого (фонові і супутні захворювання),  
Хірургічні операції в клінічній онкології мають деякі особливості, що відрізняє онкологічну хірургію від загальної хірургії. До них належать **правила зональності, футлярності та абластичності операцій.**

**Радикальна** операція передбачає не тільки видалення ураженого пухлиною органу чи його частини, але й одночасне видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів (лімфаденектомія).

**Комбінованими** операціями є хірургічні втручання, при яких в блок тканин і органів, що видаляються разом з регіонарним лімфатичним апаратом включають також сусідні органи або їх частини, втягнуті в пухлинний процес, **Розширеними** операціями вважають хірургічні втручання, коли стандартний об'єм тканин, що видаляються, збільшується за рахунок сусідніх органів в одному блоці з регіонарними лімфовузлами 2-3 етапу метастазування.

Крім радикальних операцій, під час яких пухлина видаляється в межах здорових тканин, в онкології застосовуються і **паліативні оперативні втручання**, внаслідок яких частина пухлини або навіть вся пухлина залишається, а операція спрямована лише на полегшення умов існування організму і тих важких симптомів, які викликає ця пухлина.

Хірургічні втручання виконуються з допомогою скальпеля, електроніжа, променем лазера, методом криодеструкції.

Розглядаючи роль хірургічного методу в плані комбінованого лікування злоякісних пухлин, важливо підкреслити розвиток реабілітаційних операцій - пластичних, косметичних, відновних.

Таким чином, хірургічний метод до останнього часу займає чільне місце в клінічній онкології, його застосування показане при злоякісних пухлинах різних локалізацій. Самостійно хірургічний метод може бути застосований лише при ранніх формах (I-II стадії захворювання). При більш



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

розповсюджених стадіях захворювання, особливо при наявності регіонарних метастазів, хірургічна операція є важливим компонентом комплексного лікування.

Променева терапія може застосовуватись як метод радикального лікування в доповнення до хірургічного втручання або хіміотерапії, а також з паліативною метою. Найчастіше використовують гама-випромінювання радіоактивного кобальту ( $\text{Co}^{60}$ ) в апаратах "Луч", "Рокус", Агат, рентгенівське випромінювання, зокрема, близькофокусну рентгенотерапію, високоенергетичне гальмове і електронне випромінювання лінійних та циклічних прискорювачів з енергією від 2 до 40 МеВ, а також випромінювання деяких штучно радіоактивних ізотопів - іридію ( $\text{Ir}^{192}$ ), цезію ( $\text{Cs}^{137}$ ), золота ( $\text{Au}^{198}$ ), фосфору ( $\text{P}^{32}$ ) та ін.

В наш час при проведенні променевої терапії в комбінації з хірургічним лікуванням використовують як зовнішнє дистанційне, так і контактне внутрішньопорожнинне та внутрішньотканинне опромінювання пухлин або їх поєднання.

Під час планування променевого лікування обов'язково дотримання двох основних правил: зональності, тобто опромінювання первинної пухлини разом з ділянками регіонарного відтоку лімфи, і необхідності створення в зоні ураження максимальних доз при мінімальному променевому навантаженні на оточуючі органи і тканини.

Променева терапія як самостійний метод лікування передбачає повне руйнування пухлини.

Передопераційна променева терапія спрямована на повне пошкодження найзлоякісніших проліферуючих пухлинних клітин, зниження репродуктивної і імплантанційної здатності сублетально пошкоджених клітин, регресію мікродисемінантів пухлини за межами первинного вогнища, створення більш абластичних умов для виконання операції.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

Передопераційна променева терапія показана при пухлинах, що мають високий темп росту і потенцію до рецидивування та лімфогенного метастазування, а також при розповсюджених пухлинних процесах.

Післяопераційну променеву терапію розглядають як спосіб "стерилізації" операційного поля і впливу на зони можливого субклінічного розповсюдження пухлини, недосяжні для хірургічного втручання.

Післяопераційна променева терапія показана при неповному видаленні або невпевненості в радикальному видаленні пухлини або метастазів, а також у всіх випадках, коли мало місце порушення правил абластики під час операції.

Метою паліативної променевої терапії є покращання клінічної ситуації у хворого, якому через розповсюдженість пухлини або загальних протипоказань неможливо виконати радикальне лікування.

Під час променевого лікування як метода радикальної терапії найчастіше застосовується класичне фракціонування дози (2 Гр за сеанс); сумарні вогнищеві дози дорівнюють 80-70 Гр. Збільшення пошкоджуючого впливу на пухлину і збереження репаративних властивостей тканин, що оточують пухлину, досягаються опромінюванням за розщепленим курсом, під час якого після дози 30-35 Гр роблять 2-3 тижневу перерву в лікуванні, що дає змогу збільшити сумарну вогнищеву дозу на 15 %.

Передопераційна променева терапія застосовується найчастіше в двох варіантах:

1) опромінювання звичайними фракціями - щоденне опромінювання по 2 Гр, сумарно до 40-45 Гр;

2) опромінювання великими фракціями щоденне опромінювання по 4-5 Гр, сумарно до 20-30 Гр впродовж 4-5 днів лікування, що за біологічним ефектом еквівалентне 30-40 Гр при звичайному фракціюванні.

Післяопераційне опромінювання починають через 2-3 тижні після операції після відновлення загального стану і загоєння рани.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

Близькофокусну рентгенотерапію використовують тільки при поверхнево розташованих пухлинах (шкіра, слизова оболонка).

Підвести дозу до вогнища не завжди просто, особливо якщо пухлина розташована в глибині і за своїм характером є відносно резистентна до променевої терапії. Але в розпорядженні променеви́х терапевтів в даний час існує багато засобів і методів (апарати з потужним пучком жорсткого випромінювання, метод ротації та багатопільного опромінювання, інтенсивно-концентраційна методика), які дають змогу підвести оптимальну дозу з максимальним щадінням оточуючих тканин і запобігати місцевих і загальних променеви́х ускладнень.

**Хіміотерапія** злоякісних пухлин передбачає застосування лікарських засобів природного чи синтетичного походження з метою незворотного пошкодження проліферації злоякісних пухлин. Оскільки основною ознакою протипухлинних препаратів є їх антимітотична дія (здатність порушувати розмноження клітин) вони отримали назву цитостатиків. Застосовується більше 50 хіміопрепаратів, здатних впливати на пухлину і викликати стабілізацію росту або навіть викликати її регресію. Слід вказати на 5 основних груп хіміопрепаратів:

- 1 - алкілюючі препарати (сарколізін, циклофосфан, бензотеф, дегранол та ін.);
- 2 - антиметаболіти (метотрексат, 5-фторурацил, цитозар та ін.);
- 3 - протипухлинні антибіотики (блеоміцин, адриаміцин, дактиноміцин та ін.);
- 4 - препарати рослинного походження (вінкристін, вінбластин, колхамін та ін.);
- 5 - різні синтетичні препарати (комплексні сполуки платини - цисплатин, платідіам, похідні сечовини та ін.).

Експериментальні дані вказують на те, що різні хіміопрепарати діють

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

на ракову клітину в різні фази мітотичного циклу. На цьому ґрунтується методика поліхіміотерапії - одночасного застосування декількох препаратів за такими принципами:

1. препарати, що входять до схеми поліхіміотерапії, належать до різних груп протипухлинних засобів і мають різний механізм дії;
2. кожен із препаратів, що входить до схеми, повинен бути ефективним для даної пухлини;
3. сумарна токсична доза препаратів не повинна перевищувати токсичності кожного з них.

За результатами застосування цитостатичних засобів окремо (монохіміотерапія) або в поєднанні один з одним (поліхіміотерапія) зляксісні новоутворення розділяють умовно на 4 групи:

Першу групу складають пухлини, які переважно виліковуються за допомогою хіміотерапії (гострий лімфобластний лейкоз у дітей, гострий мієлолейкоз, лімфогранульоматоз).

Другу групу складають пухлини, при яких вдається отримати тривалу ремісію і збільшення тривалості життя (неходжкінські лімфоми, гострий мієлобластний лейкоз, поліцітемія та ін.).

Третя група - пухлини відносно чутливі до хіміотерапії без збільшення тривалості життя (множинна мієлома, рак яєчників, нейробластома, остеогенна саркома та ін.).

До четвертої групи належать резистентні до цитостатиків пухлини, при яких регресія пухлини внаслідок хіміотерапії відбувається не більше ніж на 1/3 без збільшення тривалості життя хворих (пухлини голови та шиї, рак шлунка, рак товстої кишки, меланобластома шкіри, недрібноклітинний рак легенів та ін.).

За шляхами введення хіміотерапія поділяється на:

- 1) системну (загальнорезорптивну) - застосовується перорально, внутрішньовенне, внутрішньом'язево;

2) регіонарну (місцеву) - внутрішньоартерійно у вигляді інфузії або перфузії.

Оскільки хіміотерапія злоякісних пухлин пов'язана із значним ризиком через свою токсичність, вона вимагає такого ж суворого визначення показань та протипоказань, як хірургічне та променеве лікування. До можливих ускладнень належать лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, поліневрити, токсичні міокардити, нефрити, атонії кишечника, стоматити та ін.).

**Комбінований метод** на сучасному етапі є основним напрямком клінічної онкології в лікуванні злоякісних пухлин тому, що кожен із перерахованих вище методів - хірургічний, променевий і хіміотерапія, мають свої не тільки позитивні, але й негативні риси, які обмежують їх можливості.

Хірургічне видалення пухлини не завжди виключає можливість залишення пухлинних клітин як в ділянці операційного поля, так і в найближчих та віддалених місцях організму, що і є причиною рецидиву захворювання. Оперативне видалення первинного вогнища можливе в основному на початкових стадіях захворювання. При значному розповсюдженні пухлини з втягуванням в процес життєво важливих суміжних органів провести операцію з дотриманням основних принципів абластики і антибластики практично неможливо.

Променева терапія хоч і має саме широке застосування при лікуванні злоякісних пухлин, але лише при незначній кількості локалізацій (рак шкіри, губи, шийки матки) дозволяє ліквідувати первинне пухлинне вогнище і в переважній кількості випадків дає лише паліативний ефект.

Хіміотерапію як самостійний метод лікування також застосовують в обмежених випадках.

Саме тому в клінічній практиці онкології комбіноване лікування злоякісних пухлин на сучасному етапі посилено розвивається і вдосконалюється.

## КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

### СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ

В щелепно-лицевій ділянці спостерігаються злоякісні пухлини різного гістогенезу, але переважають пухлини епітелійної природи. Вони можуть виникати у всіх тканинах і органах - шкірі обличчя, червоній облямівці губ, слизовій оболонці порожнини рота і язика, додаткових пазухах носа, щелепах і слинних залозах.

Розвиток раку є багатоетапним, часто досить тривалим процесом. Образно висловлюючись, можна твердити, що рак - це драма не одноактна і прологом цієї драми є передрак. Л. А. Шабад вважав, що рак не виникає на здоровому ґрунті, і що "кожен рак має свій передрак", або "немає раку без передраку". Термін "передрак", перше нагадування про який є в працях Дюбрея, не можна вважати ідеальним, бо його трактують по-різному, але зараз він вважається загально визнаним.

В практичному плані уявлення про передрак здавались дуже перспективними, так як виникала надія на можливість профілактики ракових захворювань шляхом лікування і ліквідації передраку. По аналогії з передраком виник термін "передсаркома" і таким чином виникло вчення про передбластоматози (передпухлини) в широкому розумінні цього слова.

А.В. Мельников, 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

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**

нашаруванні ряду ендогенних причин, переходить в злоякісну пухлину. А.В. Мельников умовно виділив 4 стадії перетворення передраку в рак:

1. гіперплазія і перебудова тканини;
2. вогнищева гіперплазія;
3. поява доброякісної пухлини;
4. перетворення доброякісної пухлини в злоякісну з характерним інфільтративним та деструктивним ростом.

Аналогічного розподілу передраків за стадіями дотримувався Л. А. Шабад: **I стадія** - дифузна, нерівномірна, схиблена (у функціональному і морфологічному відношеннях) гіперплазія; **II стадія** - вогнищеві проліферати; **III стадія** - так звані доброякісні пухлини і **IV стадія**-злоякісні пухлини. В деяких випадках стадія так званих доброякісних пухлин може бути відсутня.

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); III стадія - представляє різку атипію і фактично вже початковий рак.

*Таблиця 1.*

**КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ**

(за Т. Ванкеї та Я. Шугаром)

<b>I. Факультативні передракові стани</b>	<b>II. Облігатні передракові стани, або інтрадермальні раки</b>
1) Факультативні передракові процеси в широкому (кератопреканцерози) захворювання	2) Факультативні передракові процеси в вузькому розумінні (основні)





## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

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.

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 (табл. 1). Факультативні передраки в свою чергу діляться на факультативні передраки в широкому розумінні слова та факультативні передраки у вузькому розумінні.

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

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 і еритроплазія 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 (табл. 2).

**КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН ЧЕРВОНОЇ  
ОБЛЯМІВКИ ГУБ І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

(за А.Л. Машкіллейсоном)

**I. Облігатні передракові захворювання:**

1. Хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
2. Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки;
3. Абразивний преканцерозний хейлит Манганотті;
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.

**II. Факультативні передракові захворювання з значною потенційною**

**зляккісністю:**

1. Лейкоплакія ерозивна і верукозна;
2. Папілома і папіломатоз піднебіння;
3. Шкірний ріг;
4. Кератоакантома;

**III. Факультативні передракові захворювання з меншою  
потенційною зляккісністю:**

1. Лейкоплакія плоска;
2. Хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота;
3. Ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчака та лишаю червоної облямівки губ;
4. Хронічні тріщини губ;
5. Пострентгенівський хейлит та стоматит;
6. Метеорологічний і актинічний хейлити.

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на 3 групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною зляккісністю, для яких характерна трансформація в рак у 15% - 30 %

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злоякісністю, 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, патологічної 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 пато-морфологічним фазам А, В і С. Наприклад, захворюванням, що входять в першу групу, відповідає гістологічна картина, характерна для фази А; захворюванням другої групи - фаза Б; захворюванням третьої групи відповідає стадія В - С або С.

### **Чинники, що сприяють розвитку передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губи та слизової оболонки порожнини рота.**

Для виникнення передракових процесів вказаних локалізацій чільне місце належить, без сумніву, зовнішнім впливам. До них належать метеорологічні чинники, в першу чергу сонячне проміння, інші види променистої енергії, особливо іонізуюче випромінювання, термічні опіки, тривалий контакт із хімічними канцерогенами (похідні нафти, кам’яного вугілля, миш’яку, отрутохімікати). Важлива роль належить гострій та хронічній травмі, механічним подразненням.

В етіології передракових захворювань губи також суттєву роль відіграють обвітрювання, інсоляція, дія високих та низьких температур, мікроопіки червоної облямівки під час тривалого куріння, хронічна травма губи каріозними зубами, чубуком люльки, мундштуком та ін.

До факторів, які сприяють збільшенню захворюваності населення на передракові процеси і рак порожнини рота, належать тривале подразнення слизової оболонки порожнини рота закладанням під язик насу та жування листків рослини бетель (Середня Азія, Індія, Пакистан). До таких же чинників належить паління тютюну, вживання міцних спиртних напоїв, відсутність гігієни порожнини рота, наявність зруйнованих зубів, недосконалих конструкцій зубних протезів, гальванічного струму при біметалевому протезуванні та ін. Слід приймати до уваги вік хворих, тому що більшість передракових змін виникають в похилому віці (хоча можуть з'явитись і в молодому віці). Показова роль статі хворих. Практично всі автори, що вивчали рак цих ділянок, вказують на значне переважання передракових станів у чоловіків.

Спадкові фактори при локалізації преанцерозів в порожнині рота або на губі не відіграють суттєвої ролі.

### **Основні передракові захворювання**

Для шкіри облігатним передраковим захворюванням є *пигментна ксеродерма*. Це спадково зумовлене захворювання шкіри, яке характеризується надмірною чутливістю до сонячного проміння. Внаслідок інсоляції в червоних плямах шкіри розвиваються атрофічні зміни, шкіра стає тонкою і блискучою, з'являються ділянки телеангіектазій, плями, що нагадують ластовиння, бородавчасті розростання - гістологічно це акантоми. Процес майже завжди перетворюється на рак, часто - первинно-множинний (полінеоплазія). Лікування: електроексцизія, лазерна або кріодеструкція, при

множинних зростаннях - близькофокусна рентгенотерапія. Як захисний засіб рекомендується старанний захист від сонячних променів відкритих ділянок тіла, особливо обличчя.

**Хвороба Боуена** може розповсюджуватись на всьому тілі, але найчастіше уражує шкіру тулуба, шиї, обличчя, статевих органів та слизових оболонок. Захворювання описане ще в 1912 р., воно може мати різноманітні клінічні ознаки, але найчастіше характеризується утворенням папуло- лускових бляшок, добре обмежених, овальної або полігональної форми, жовто-червоного або жовто-коричньового кольору. Розміри бляшок від 0,1 до 10 см. При пальпації бляшок визначається консистенція паперу або тонкого картону. Характерним є наявність атрофії тканини в центрі бляшки. При цьому відсутній перлиний вал як при базаліомах.

За клінічними проявами виділяють 4 форми хвороби Боуена:

1. папуло-лусочкова;
2. папуло-кірочкова;
3. атрофічна;
4. мокнуча.

Хвороба Боуена належить до облігатного передраку, на фоні якого найчастіше виникає папілярний рак, схильний до метастазування.

**Еритроплазія Кейра** власне є різновидом хвороби Боуена з локалізацією на слизових та напівслизових оболонках (порожнина рота, губи, піхва, головка статевого члена). Вогнище ураження чітко обмежене, червоного кольору з оксамитною поверхнею. Із еритроплазії спиноцелюлярний рак розвивається швидше, ніж при хворобі Боуена.

Лікування - поодинокі і невеликих розмірів бляшки підлягають електроексцизії або кріодеструкції. При множинних формах - близькофокусна рентгенотерапія.

**Абразивний преканцерозний хейлит Манганотті** - належить до

облігатних передраків губ. В1933 р. Манганотті виділив із численної групи хейлітів 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 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 або 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 рецидування. 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 -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 роговиння безпосередньо навколо ерозії. Остаточно 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 хейліту Манганотті слід проводити з пухирчаткою, герпесом, афтозним стоматитом, червоним плоским лишаєм,

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

червоним вовчаком, ерозивною лейкоплакією, екземою губ, виразковою формою раку губ.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, що стимулюють епітелізацію ерозій -ретинол, тіаміну хлорид, рибофлавін, ніотинова 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 вузликочий 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 до зони Клейна, ні на шкіру.

Клінічно утворення схоже з папіломою або бородавкою, маючи чітко окреслені межі. Елемент розміром від 4 мм до 1 см, напівкулястої 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 пообшкрябуванні. В таких випадках поверхня набуває сірувато-червоного кольору. Пальпація вузлика зазвичай безболісна. Частіше цей елемент розташований на зовні незмінній червоній 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 роговіння на поверхні вузлика. Велике значення слід приділяти появленню ущільнення в основі елемента і появі болочості. 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 електроніжем в межах здорових тканин. Електрокоагуляцію та кріодеструкцію в чистому вигляді ніколи робити не слід, так як вони позбавляють можливості проведення морфологічної верифікації процесу.

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

**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 в цій групі переважають особи



молодого і середнього віку. Процес також локалізується переважно на нижній губі, частіше приблизно посередині 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 копиченнями щільно-розташованих лусочок сірувато-коричньового кольору. При пальпації вогнище безболісне, м'яке.

Перебіг обмеженого передракового гіперкератозу повільніше в порівнянні з вузликвою 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 гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексфоліативним хейлитом, червоним плоским лишаям 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 роговіння, 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.

**Лейкоплакія.** В порівнянні з іншими формами передраків червоної облямівки і слизової оболонки порожнини рота лейкоплакія трапляється значно частіше - до 13 % всіх захворювань слизової оболонки порожнини рота (дані ММСІ). Лейкоплакію характеризують як процес роговиння слизової оболонки, що виникає, як правило, у відповідь на хронічні екзогенні або ендогенні подразнення, і супроводжується запаленням стромы. Термін запропонований Швіммером в 1877 р.

Більшість авторів розрізняють плоску, або просту лейкоплакію, верукозну, або бородавчасту, і ерозивну лейкоплакію. Першу форму слід віднести до факультативних передраків з меншою потенційною злоякісністю (0,75 % - 3 % малігнізації), бородавчаста і ерозивна форми перетворюються на рак у 20 % - 30 % хворих і належать таким чином до факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю. А.Л. Машкіллейсон вважає вказані форми лейкоплакії поступовими стадіями розвитку процесу, причому з кожним етапом зростає вірогідність їх малігнізації.

Середній вік хворих на лейкоплакію є 40-50 років, частіше страждають чоловіки. Майже всі автори, що вивчали лейкоплакію, звертають увагу на те, що найчастіше відбувається ураження слизової оболонки щік, рідше процес локалізується на губах та язиці.

Перебіг лейкоплакії з моменту її появи і до наступлення малігнізації умовно можна розділити на етапи. Плоска форма лейкоплакії характеризується рівномірним роговинням обмеженої ділянки слизової оболонки. Вогнище чітко окреслене, не підвищується над рівнем оточуючої слизової оболонки, має білясте або сірувато-біле забарвлення. Зроговілий епітелій не зшкрябується.

Внаслідок прогресування процесу лейкоплакійне вогнище починає підвищуватись над рівнем оточуючих тканин, може набувати бугристого вигляду. Таке ураження діагностується як верукозна лейкоплакія. На відміну від плоскої форми, де переважали гіперпластичні зміни, при бородавчастих формах на перший план виступають метапластичні зміни.

При верукозних формах, а інколи і при плоских формах, можуть з'являтися тріщини та ерозії - виникає ерозивна лейкоплакія. Ерозії та тріщини супроводжуються кровотечами, неприємними суб'єктивними відчуттями. Ознаками, які можуть свідчити про малігнізацію процесу, є поява ущільнення в основі ерозії, кровоточивість з ерозованої поверхні, поява сосочкових розростань на поверхні ерозії, швидке збільшення поверхні ерозії. Але ці ознаки можуть бути і відсутніми, незважаючи на малігнізацію. Тому важлива своєчасна діагностика з застосуванням стоматоскопії, морфологічних методів дослідження.

Диференційний діагноз слід проводити з червоним плоским лишаям та червоним вовчаком, сифілітичними папулами, кандидозом, хворобою Дарье.

Лікування лейкоплакії. Важливою передумовою успішного лікування лейкоплакії є припинення дії чинників, що призвели до її виникнення. Це в першу чергу стосується шкідливих звичок (паління, жування тютюну, вживання міцних алкогольних напоїв, гострої страви). Дуже важлива санация порожнини рота, усунення біметалевого протезування, лікування хвороб кишково-шлункового тракту та ін. Саме лікування лейкоплакії може бути як медикаментозним, так і хірургічним. Хірургічне лікування, особливо верукозної та ерозивної форм, слід вважати найкращим методом, особливо коли розміри патологічного вогнища дозволяють видалити його в межах здорових тканин. Такий метод дає змогу проведення ретельного поширеного гістологічного дослідження. Якщо планується проведення

### ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

діатермокоагуляції або кріодеструкції, слід попередньо провести біопсію. Хворі лейкоплакією повинні постійно перебувати під диспансерним наглядом стоматолога, з'являючись для контролю щоквартально. При найменшій підозрі на можливість малігнізації слід провести консультацію в онкодиспансері з морфологічною верифікацією процесу.

**Папілома** є доброякісною пухлиною, що розвивається із покривного епітелію і зустрічається у всіх органах, що мають покривний епітелій, в тому числі доволі часто на слизовій оболонці порожнини рота і губ. Папілома є розростанням сосочків сполучної тканини, вкритих гіперплазованим епітелієм з явищами гіпер- та паракератозу. Звичайно пухлина росте на ніжці, хоча може мати й широку основу. Розміри її становлять від кількох міліметрів до кількох сантиметрів. Вона зберігає колір слизової оболонки, але при значному роговині може набувати білястого або бруднувато-сірого кольору. На поверхні папілом можуть виникати виразки, особливо внаслідок травматизації, що призводить до появи кровотечі.

Значна частота трансформації папілом (від 10 до 20 % спостережень), гістологічна структура їх у вигляді обмежених проліфератів є вагомим приводом для розгляду їх як передракових станів з більшою потенційною злоякісністю.

Про початок малігнізації папілом свідчать такі клінічні ознаки: ущільнення папіломи, посилення процесів роговиння на її поверхні, ущільнення ніжки папіломи та її основи, поява неприємних суб'єктивних відчуттів. В.В. Панікаровський при гістологічному дослідженні папілом знаходив значну кількість мітозів не тільки в самій пухлині, але і в базальному шарі оточуючого папілому епітелію. Ці дані дещо пояснюють феномен мультицентричної появи рака, а також схильність до рецидування папілом після їх відсічення або коагуляції.

Діагностика папілом на слизовій оболонці язика, піднебіння, губ та

щик не викликає труднощів. Диференціальний діагноз слід проводити з бородавчастим передраком червоної облямівки губ, змішаною пухлиною ( поліморфною аденомою) дрібних слинних залоз, м’якою фібромою.

Лікування папілом полягає у повному видаленню пухлини з обов’язковим включенням прилеглих ділянок клінічно незміненої слизової оболонки. Операційний матеріал слід досліджувати гістологічно поширено, тому що навіть у ”спокійній” на зовнішній вигляд папіломі інколи спостерігаються початкові вогнища малігнізації.

**Шкірний ріг** (cornu cutaneum), синоніми: старечий ріг, акрохордон, фіброкерагома Унна) належить до групи кератозів, тобто захворювань шкіри незапального характеру. Це ділянка обмеженої гіперплазії епітелію з надмірним гіперкератозом. Клінічно це утворення у вигляді конуса, циліндра, розгалуженого утворення, що складається із щільних рогових мас бруднувато-сірого або коричнювато-сірого кольору, міцно спаяне зі своєю основою. Розміри шкірного рогу найчастіше в межах 0,5-1 см, хоча в літературі зустрічаються згадки і про утворення значних розмірів. Локалізується переважно на шкірі обличчя, але досить часто трапляються ураження червоної облямівки губи. Шкірний ріг може виникати як на зовнішньо незмінній шкірі та червоній облямівці, так і на фоні лейкоплакії, червоного плоского лишая та червоного вовчака, на рубцях та ін. (А. Л. Машкіллейсон).

Шкірний ріг є передраковим захворюванням з більшою потенційною злоякісністю. Клінічними ознаками початку малігнізації шкірного рогу є поява запалення в тканинах навколо нього, ущільнення основи, раптове прискорення процесів роговіння.

Діагностика шкірного рогу неважка, тому що він має досить характерну клінічну картину. Початкові стадії процесу на червоній облямівці губи важко відрізнити від бородавчастого передраку і кератоакантоми.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

Лікування шкірного рога тільки хірургічне. Підчас видалення повинні захоплюватись і прилеглі здорові тканини, тому що при видаленні тільки патологічного вогнища часто виникають рецидиви, а інколи мультицентрично виникає рак.

**Кератоакантома** (доброякісна акантома, роговий моллюск шкіри та ін.). Клінічні прояви кератоакантоми різноманітні. Локалізується кератоакантома на відкритих ділянках шкіри, а інколи і на червоній облямівці губ, частіше нижньої. Переважають особи чоловічого віку.

В залежності від стадії захворювання розрізняють стадію росту, стадію розквіту або стабілізації і регресивну стадію. Але замість регресії інколи відбувається малігнізація процесу.

Найчастіше пухлина має напівсферичну форму, щільну консистенцію, помітно виділяється над поверхнею шкіри або губи. В центральній частині кератоакантоми добре помітне вдавлення у вигляді воронки або кратера, що заповнене роговими масами. Вся пухлина має сірувато-коричневий колір, а рогові маси - сірий. Рогові маси легко очищуються, після чого оголюється сухе дно з папілярними виростами і щільним валиком по краю кратера. Кровотечі після видалення рогових мас не спостерігаються. Кератоакантома не спаяна з оточуючими тканинами, рухома.

У випадку малігнізації кератоакантоми пухлина ущільнюється, ущільнюється її основа, зменшуються рогові нашарування у центрі пухлини, збільшується деструкція, вивертаються краї кратера. Несприятливою ознакою вважається виникнення кровотечі після видалення рогових мас.

Диференційна діагностика проводиться з плоскоклітинним раком, бородавчастим передраком червоної облямівки, обмеженим гіперкератозом, папіломою на широкій основі, туберкульозною та сифілітичною виразками.

Лікування кератоакантоми хірургічне - видалення у межах здорових тканин.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

Таким чином, всі хворі з передпухлинними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки повинні бути під диспансерним спостереженням і лікуватись у лікарів-стоматологів. Хворі з облігатними передраками підлягають систематичному спостереженню у лікарів-онкологів (клінічна група Іб). Лікування хворих на облігатні передраки переважно хірургічне. При хірургічному лікуванні преканцерозів обов'язковим є ретельне гістологічне дослідження видалених тканин. Після проведеного радикального лікування передпухлинного захворювання хворим необхідно диспансерне спостереження на протязі 2 років. При відсутності рецидиву захворювання після закінчення 2-річного терміну хворі знімаються з диспансерного обліку.

### **ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ**

Злоякісні пухлини шкіри займають друге місце в структурі онкологічної захворюваності. Приблизно 90 % всіх злоякісних пухлин шкіри локалізуюся в ділянці голови та шиї. За класифікацією ВООЗ до злоякісних пухлин шкіри та її придатків належать:

- епітелійні пухлини - рак шкіри, аденокарциноми потових та сальних залоз;
- сполучнотканинні пухлини - фібросаркома шкіри, дерматофібросаркома, лейоміосаркома;
- судинні пухлини - гемангіоендотеліома;
- меланома шкіри.

Найчастіше зустрічаються рак шкіри і меланома.

За гістологічною будовою розрізняють дві основні форми рака шкіри: базальноклітинний рак (базаліома) і плоскоклітинний рак.

**Базаліома** складає до 70 % всіх ракових пухлин шкіри і локалізується переважно на шкірі обличчя. Гістологічно виділяють солідну, залозисту, кістозну, пігментовану та інші форми базаліом.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

Клінічно базаліома шкіри найчастіше має вигляд невеличкого вузлика або бляшки жовтого або сіро-рожевого кольору, шкіра над ними стає матовою або перламутровою. З часом в центрі пухлини виникає западання, досить часто з'являються телеангіектазій, осередки депігментації; потім відбувається виразкування шкіри і розпад пухлини. Дно виразки має вигляд воронки і покрите сірого кольору струпом, краї у вигляді валика. У запущених випадках зона деструкції має обширі ділянки. Незважаючи на обширі ділянки ураження тканин, загальний стан хворих довгий час залишається цілком задовільним. Перебіг базаліом зазвичай тривалий, торпідний. Більшість морфологів розглядають базаліому як пухлину з місцево-деструктивним ростом, яка не дає метастазів. Деструктивний ріст пухлини в розповсюдженій стадії або під час рецидиву характеризується руйнуванням підлеглих хрящів, кісток, проростанням в сусідні порожнини (порожнину носа, руйнування хрящів вушної раковини).

**Плоскоклітинний рак** - злоякісна епітелійна пухлина, здатна давати метастази, складається з атипових клітин, що нагадують елементи шипуватого шару епітелію. Переважна локалізація - шкіра обличчя, спинка носа, вилицева дуга, вушні раковини.

Серед факторів, що спричиняють розвиток раку шкіри, чільне місце займає інсоляція, тривалий контакт з хімічними канцерогенами, термічні опіки, радіоактивне опромінення.

Мікроскопічно розрізняють роговіючий і нероговіючий плоскоклітинний рак шкіри. Плоскоклітинний рак без роговіння вважається менш диференційованим. Для того, щоб мати приблизне уявлення про ступінь злоякісності пухлини, слід керуватись трьома градаціями:

- диференційований рак (з добре вираженою кератинизацією і утворенням "перлин"),
- малодиференційований рак (із слабо вираженою кератинизацією)



• недиференційований рак (без ознак кератинізації).

Рак шкіри метастазує переважно лімфогенним шляхом. Регіонарними лімфовузлами для голови та шиї є привушні, підпідборідні, підщелепові, шийні та надключичні. Якщо пухлини розташовані на межі різних ділянок тіла, регіонарними є лімфовузли, які дрениують ці суміжні зони.

### **Класифікації**

Традиційне об'єднання базаліом і плоскоклітинного рака шкіри зумовило включення злоякісних пухлин шкіри в одну групу і єдиний розподіл їх за стадіями (TNM):

T - первинна пухлина;

T<sub>0</sub> - первинна пухлина не визначається;

T<sub>is</sub> - преінвазивна карцинома;

T<sub>1</sub> - пухлина до 2 см у найбільшому вимірі;

T<sub>2</sub> - пухлина до 5 см у найбільшому вимірі;

T<sub>3</sub> - пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі;

T<sub>4</sub> - пухлина, яка проростає суміжні структури, такі як м'язи, хрящ, кістки;

T<sub>x</sub> - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

**Примітка:** у випадку множинних синхронних пухлин вказується пухлина з вищою категорією T, а число окремих пухлин позначається в дужках, наприклад —(3)Tz

N - регіонарні лімфатичні вузли;

N<sub>0</sub> - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N<sub>1</sub> - одnobічні зміщені лімфовузли;

N<sub>2</sub> - двобічні зміщені лімфовузли, або на протилежному боці;

N<sub>3</sub> - незмішувані (фіксовані) лімфатичні вузли;

M - віддалені метастази;

M<sub>0</sub> - немає ознак віддалених метастазів;

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ

ДІЛЯНКИ” M<sub>1</sub> - наявні віддалені метастази;

M<sub>x</sub> - не досить даних для виявлення віддалених метастазів;

### Групування за стадіями

Стадія 0	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія I	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія II	T <sub>2</sub>		M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія III	T <sub>4</sub> будь-яке T	N <sub>0</sub> N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M <sub>1</sub>

Клінічно виділяють три форми плоскоклітинного раку - поверхневу, інфільтруючу та папілярну.

Поверхнева форма відзначається утворенням плями або вузлика білястого кольору. В процесі росту утворюється ерозія, покрита кірочкою, яку хворий постійно здирає. Процес перебігає повільно, ерозія частково рубцюється, виникає виразка з валікоподібно підвищеними краями.

Інфільтративна (ендофітна) форма перебігає значно швидше, розповсюджується в підлеглі тканини. Виникають щільні вузли, після виразкування яких виникає кратероподібна виразка з утворенням щільного валика, вона вростає в підлеглі тканини і стає нерухомою. Така форма найбільш характерна для плоскоклітинного раку і здатна метастазувати.

Папілярна форма (екзофітна) представлена вузлом на широкій основі в вигляді цвітної капусти і може досягати великих розмірів. Швидко росте і часто метастазує.

**Діагностика** злоякісних пухлин шкіри ґрунтується на анамнезі, клінічній картині, цитологічних і гістологічних методах дослідження. При підозрі на меланому біопсію робити не слід, краще виконати широке висічення.

**Лікування** раку шкіри проводиться з застосуванням хірургічного,

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

променевого і хіміотерапевтичного методів. Вибір способу лікування визначається стадією процесу та його локалізацією. Під час лікування злякисних пухлин обличчя надають перевагу променевим методам. На стадіях T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> променеве лікування проводиться у вигляді близькофокусної рентгенотерапії. На стадії T<sub>3</sub> ефективні телегаматерапія та комбіноване лікування. Хірургічні втручання застосовують при рецидивах раку шкіри та пухлинах, які виникли на тлі рубців та нориць. Застосовується електроексцизія, лазерна ексцизія, кріодеструкція. При метастазуванні виконується відповідна лімфаденектомія.

Хіміотерапія раку шкіри застосовується як локально - у вигляді мазів (преднізолонової 5 %, фторурацилової 5 %, проспідінової 30 % або 50 %) або у вигляді системної хіміотерапії (блеоміцин, проспідін в/м, метотрексат в/м, комплексні сполуки платини в/в).

**Меланома** шкіри (меланобласгома) належить до найбільш злякисних пухлин людини. Пухлина розвивається з пігментних клітин (меланоцитів). Для неї характерна наявність скупчень пігменту меланину, хоча трапляються і безпігментні форми меланом. Захворюваність перебуває у прямій залежності від інсоляції, сонячних опіків, радіаційних впливів, травматизації пігментних неvusів. Меланомонебезпечними вважаються пограничний неvus, гігантський волосяний пігментний неvus, передраковий меланоз шкіри Дюбрея та інші. Деякі дослідники розцінюють пігментні неvуси як динамічні утворення, здатні змінюватись на протязі життя людини. Внаслідок активації неvusа і перетворенні його в меланому спостерігаються такі основні початкові симптоми:

1. швидкий ріст неvusа та його ущільнення;
2. підсилення або зменшення пігментації;
3. почервоніння у вигляді вінчика навколо неvusа;
4. поява неприємних суб'єктивних відчуттів - свербіння, печії, напруження, поколювання;

5. поява тріщин, виразкування, кровотечі.

Пізнішими симптомами є поява сателітів або розростань у вигляді променів в зв'язку з розповсюдженням меланом лімфатичними щілинами. Диференціальна діагностика меланом та ускладненого невусу дуже складна і тому виникають помилки.

За мікроскопічною будовою виділяють декілька типів меланоми шкіри: веретенноклітинний, епітеліоїдноклітинний, невоклітинний і змішаноклітинний. При гістологічному дослідженні враховують глибину інфільтративного росту пухлини, що має важливе прогностичне значення. За Кларком (1978) розрізняють п'ять рівнів інвазії:

**I рівень** - пухлина розташована в епідермісі;

**II рівень** - пухлина проростає базальну мембрану і інфільтрує сосочковий шар дерми;

**III рівень** - пухлина досягає верхньої половини сітчастого шару;

**IV рівень** - пухлина проростає сітчастий шар шкіри;

**V рівень** - інвазія пухлини за межі дерми в підшкірний жировий шар.

Грунтуючись на морфологічних та клінічних особливостях меланом, Кларк запропонував виділяти три клінічні форми:

1. поверхнево-розповсюджену меланому (39 % - 75 %) всіх меланом шкіри;

2. злоякісну лентіго-меланому (10% -13%);

3. вузлову форму меланоми (10 % - 30 %).

Слід зауважити, що зовнішні прояви меланом надзвичайно різноманітні. Пухлина може мати вигляд темної плями, утворювати легку випуклість, набувати вигляду папіломатозних розростань, мати грибовидну форму, розміщуватись на ніжці, широкій основі. Форма її може бути круглою, овальною, полігональною. Консистенція від м'якої до щільної. Забарвлення - від насичено-чорного через різні відтінки коричневого до безпігментного.

Меланома метастазує як лімфогенним, так і гематогенним шляхом. Спочатку з'являються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

Досить часто спостерігаються метастази в шкірі і підшкірному жировому шарі. Розрізняють три форми шкірних метастазів (Rode, 1968): сателітна, еризипелоїдна і тромбофлебітична. Гематогенні метастази найчастіше вражають легені, мозок, печінку, наднирники, кістки.

Діагностика меланом головним чином базується на даних анамнезу та симптоматиці. Допоміжний метод-радіонуклідна діагностика. Високе накопичення над пухлиною фосфору в межах 300 % - 400 % може свідчити па користь меланоми.

Доцільним є поєднання радіонуклідного дослідження з термографічною діагностикою; дослідження меланінів та міді в сечі.

Цитологічне дослідження мазків-відбитків проводять при виразкуванні пухлини. Пункцію і особливо біопсію меланоми раніше вважали недопустимими. Останнім часом питання відносно категоричної заборони пункції переглядається.

Диференційну діагностику меланоми слід проводити з пігментними невусами, пігментними плямами при хворобі Реклінгхаузена, пігментними базаліомами. Певні труднощі можуть виникнути при диференційній діагностиці ангіофіброми, нейрофіброми, хвороби Боуена, ангіоми. Ретельно зібраний анамнез і старанне клінічне обстеження хворого дозволяють встановити правильний діагноз.

Лікування. Застосовуються хірургічний метод лікування (якому віддається пріоритет в США), променева терапія, комбінований метод лікування і хіміотерапія. Хірургічне втручання передбачає широке і глибоке до фасції чи апоневрозу) висічення пухлини. Регіонарна лімфаденектомія (операція Ванаха, Крайля) показана тільки при метастазах в регіонарних лімфатичних вузлах. Останнім часом перспективним методом хірургічного лікування вважається лазерна терапія і кріотерапія.

Найпоширеною схемою комбінованого лікування меланом є передопераційне опромінювання пухлини з наступним її широким висіченням. Мета передопераційної променевої терапії - відмежування пухлини за рахунок відмирання найчутливіших її елементів, розвиток некробіозу в клітинах і фіброзу в стромі пухлини, дисконфлексії і в кінцевому рахунку девіталізації пухлини. Внаслідок цього зменшується можливість дисемінації меланоми під час хірургічного втручання.

При поширених меланомах шкіри застосовується хіміотерапія з неспецифічною імунотерапією (елеутерокок, тімалін, т-активін, левамизол, препарати ехінацеї).

Серед цитостатиків найбільш ефективними вважаються препарати ССNU (ломустін, белустін та їх аналоги), дакарбазин, адриобластин, алкеран, циклофосфан, препарати платини. Найчастіше цитостатичне лікування має характер поліхіміотерапії і проводиться за розробленими схемами. Профілактичні курси поліхіміотерапії застосовують в післяопераційному періоді за умови III-IV рівня інвазії за Кларком. Паліативні курси цитостатичної терапії проводяться протягом всього життя, поки від їх застосування простежується клінічний ефект.

Для прогнозу більше значення мають біологічні особливості пухлини ніж метод лікування. Прогноз залежить насамперед від глибини інвазії, поширення пухлини, особливостей гормонального балансу, імунного статусу організму.

ЗЛОЯКІСНІ

НОВОУТВОРЕННЯ

і  
ГУБИ

I

**Рак губи** - виникає в ділянці червоної облямівки губи. В 90 %-95 % хворих пухлина уражає нижню губу. 90 % хворих - чоловіки. Рак губи зустрічається переважно у людей 40 - 60 років, однак може спостерігатись і у

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

Україні становить 4,7 на 100 тис. населення, на Полтавщині-7,1 на 100 тис. (1986р).

**Етіологія.** Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників - тривала інсоляція, обвітрювання, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губ каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, мікроопіки та хронічна травма внаслідок паління тютюну, вірусна інфекція та ін.

**Патогенез.** Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губи порушуються процеси роговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації Машкіллейсона облігатними передраками губи є преканцерозний абразивний хейліт Манганотті, вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губи, бородавчастий передрак червоної облямівки губи та хвороба Боуена. Серед факультативних передраків з більш високою вірогідністю малігнізації є папілома, ерозивна і бородавчата форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та ін. Такі захворювання, як хронічний хейліт, ерозивна та гіперкератотична форма червоного вовчача і плоского лишая, хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування також можуть стати причиною виникнення раку.

**Патологічна анатомія.** Рак нижньої губи розвивається з багатошарового плоского епітелію червоної облямівки і в подальшому може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80 % - 95 %) - це плоскоклітинний роговіючий рак, близько 4 %-18 % спостережень припадають на нероговіючі форми, дуже рідко - базальноклітинний і недиференційований рак. Злоякісний перебіг хвороби у плоскоклітинного раку без роговіння. Найбільш агресивний - у недиференційованих форм.

Для раку губи характерним є лімфогенне метастазування, віддалені

метастази спостерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є підпідборідні і піднижньощелепні лімфовузли, II етапом - глибокі шийні лімфовузли (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), III етап - надключичні.

**Класифікація.** В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на 4 стадії:

I. обмежена пухлина або виразка розміром до 1,5 см, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;

II а. пухлина або виразка, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки більш ніж 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;

II б. пухлина або виразка таких же або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфовузлах;

III а. пухлина або виразка, що займає більшу частину губи, з проростанням в її товщину або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;

III б. пухлина або виразка таких же розмірів або менше поширена, однак з наявністю обмежено рухомих регіонарних метастазів;

IV. пухлина займає більшу частину губи з проростанням всієї товщини і розповсюдженням на кісткову тканину щелепи, з метастазами в нерухомих регіонарних лімфовузлах, або будь-яких розмірів пухлина з віддаленими метастазами.

Згідно з Міжнародною гістологічною класифікацією, за символам TNM ступінь розповсюдженості рака губи визначається таким чином:

**T<sub>0</sub>** - пухлина на губі не визначається;

T<sub>1</sub> - пухлина до 2 см в найбільшому вимірі, дуже поверхнева або екзофітна;



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

T<sub>2</sub> - пухлина до 4 см в найбільшому вимірі;

T<sub>3</sub> - пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі, але не виходить за межі губи;

T<sub>4</sub> - пухлина, яка поширюється на сусідні органи (кісткову тканину, шкіру шиї та ін.).

N<sub>0</sub> - немає ознак ураження лімфатичних вузлів;

N<sub>1</sub> - визначаються зміщувані гомолатеральні лімфатичні вузли;

N<sub>2</sub> - визначаються уражені зміщувані лімфатичні вузли з протилежного боку (контралатеральні), або з обох боків (білатеральні);

N<sub>3</sub> - визначаються незміщувані лімфатичні вузли;

M<sub>0</sub> - немає ознак віддалених метастазів;

M<sub>1</sub> - наявні віддалені метастази.

**Клініка.** Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини. До екзофітних належать папілярна та бородавчаста форми, до ендофітних - виразкова та виразково- інфільтративна форми. Екзофітні форми виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу. Ендофітні форми виникають на фоні хейліту Манганотті та інших деструктивних дискератозів. Перебіг ендофітних форм раку агресивніший. Виразкова форма характеризується поступовим поглибленням виразкової поверхні, дно виразки стає нерівним, форма - неправильною, краї підвищені, інфільтровані, завдяки чому виразка має краї ероподібний вигляд. Спочатку виразка безболісна, але внаслідок приєднання запальних явищ з'являється біль.

При виразково-інфільтративних формах раку губи зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції і має щільну консистенцію.

Слід підкреслити, що ранні симптоми раку губи є малопомітними і вони зазвичай губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

інфільтрату. Звичайно на межі червоної облямівки і шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, покритими лімфою та крапельками крові. Струп може відпадати самостійно, з часом поновлюючись. Темп росту пухлин від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендofітних формах раку. В більш пізніх періодах як екзофітні, так і ендofітні форми раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням обширних дефектів губи, кута рота, підборіддя з переходом на нижню щелепу. На цій стадії розвитку хвороби приєднуються значні запальні явища. Стан таких хворих різко погіршується і вони гинуть від виснаження, приєднаної пневмонії або від кровотечі з пухлини, що розпадається.

**Діагностика.** Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосування стоматоскопи (хейлоскопії). Ці методи дають змогу виявити характер та глибину виразки, побачити валик інфільтрації навколо виразкової форми раку, визначити стан оточуючої слизової оболонки, на тлі якої виник осередок новоутворення. Застосування прижиттєвого фарбування 1% водним розчином толуїдинового синього дають змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незафарбованими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю її товщину здійснюється великим і вказівним пальцями, що дає змогу визначити справжні розміри пухлини. Пальпацію регіонарних лімфовузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід проводити цитологічне дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки: патологічна ділянка очищується від кірок, некротичного нальоту, після чого береться матеріал для цитологічного

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

дослідження; досліджується також пунктат регіонарних лімфовузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкодиспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з преканцерозами, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії; у сифілітичній виразки підриті краї і "сальне" дно. Однак остаточне значення мають морфологічні і бактеріологічні дані, для сифілісу - серологічні реакції.

Методи лікування. Перед початком лікування хворих слід переконати в необхідності припинити паління тютюну і провести санацію порожнини рота. Для вибору методу лікування враховується стадія, клінічна і морфологічна форма пухлини.

Лікування в I стадії переважно променеве: близькофокусна рентгенотерапія сумарною осередковою дозою до 70 Гр. У випадку радіорезистентних раків застосовують хірургічне лікування: широке прямокутне, трапецієподібне (але не клиновидне) електровисічення з пластичним закриттям дефекту. Застосовують кріохірургію. Лімфатичні вузли в I стадії не видаляють.

В II стадії для лікування первинного вогнища також застосовують близькофокусну рентгенотерапію сумарною осередковою дозою до 70 Гр. При поодиноких змішуваних регіонарних метастазах (II б стадія) - виконується операція Ванаха або її модифікації (верхня шийна лімфаденектомія).

В III стадії раку губи лікування первинної пухлини променеве або комбіноване. Дистанційна гама-терапія як самостійний метод проводиться до сумарної дози 60 Гр. В окремих випадках дистанційна гамма-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близькофокусною рентгенотерапією або внутрішньотканинною гамма-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При III а стадії виконується операція Ванаха за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при III 6 стадії - комбіноване. Дистанційну гама-терапію сумарною осередковою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконується фасціальньо-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

В IV стадії при відсутності віддалених або множинних незміщуваних регіонарних метастазів цілком виправдана спроба комбінованого лікування: проведення передопераційної дистанційної гама-терапії в поєднанні з розширеними і комбінованими операціями з широким видаленням нижньої губи, фронтального відділу нижньої щелепи, дна порожнини рота, а також двобічне видалення клітковини з лімфовузлами зон метастазування. З паліативною метою можливе проведення телегаматерапії до 40 Гр. При кровотечі показана перев'язка зовнішніх сонних артерій. Інколи значної регресії пухлини вдається досягти після проведення внутрішньоартеріальної регіонарної хіміотерапії (метотрексат, блеоміцин).

При рецидивах раку губи після променевої терапії показане широке - не менше 2-3 см від пухлини - електрохірургічне видалення або кріохірургія.

**Прогноз** залежить від стадії захворювання, особливостей гістологічної будови пухлини, своєчасності та адекватності лікування. Стіжке вилікування при всіх стадіях захворювання становить 50% - 70%. При I - II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається у 90% хворих. Менш сприятливий перебіг спостерігається при нероговіючих формах раку і, особливо при малодиференційованих раках.

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**  
**ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯЗИКА ТА СЛИЗОВОЇ**  
**ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Епідеміологія. Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1996 р. в Україні становила 4,25 на 100 тис. населення, а в Полтавській області цей показник був значно вищим - 5,8 на 100 тис. Чоловіки хворіють значно частіше за жінок. Так, рак слизової оболонки порожнини рота в Україні у чоловіків складав 4,4 % усіх злоякісних пухлин, а у жінок - 0,8 %. В структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак язика становить близько 60 %, рак слизової оболонки дна порожнини рота біля 20 %, рак слизової оболонки щік - близько 10 %, далі іде рак піднебіння та слизової оболонки альвеолярних відростків.

Найчастіше хворіють люди у віці 50 -70 років, але нерідко трапляються і значно молодші хворі. В географічному плані найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії, Пакистані, Індії,

**Етіологія.** Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій поліетіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення, температурні, хімічні, біологічні чинники не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так потім і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50%, а недосконалі ортопедичні конструкції - у 10 % хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать також паління тютюну, закладання під язик насу, жування бетелю, опіки етиловим алкоголем та ін. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно роговіє - проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л. Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвиткові раку

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

слизової оболонки ротової порожнини належить хвороба Боуена (облігатний передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю - лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншої потенційною злоякісністю- лейкоплакія плоска, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая та червоного вовчачка, пострентгенівський стоматит та ін.

**Патологічна анатомія.** Макроскопічно рак слизової оболонки ротової порожнини зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні і виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20 % - 30 % хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30% - 40%), для яких характерна наявність виразки з валікоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5%) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

**Гістологічно** 90 % злоякісних епітелійних пухлин слизової порожнини рота є плоскоклітинні роговіючі раки, інколи зустрічаються нероговіючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, роговіючим, тобто високодиференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний нероговіючий який є менш диференційованим, та перехідні форми Низькодифереційований рак (головним чином кореню язика) складає біля

2% - 3%. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокистозні карциноми циліндроми), які виникають із малих слинних залоз.

**Метастазування** майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами вражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і кологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім - надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

**Класифікація раку язика** за стадіями розвитку:

**А. Вітчизняна:**

I стадія - пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II стадія - пухлина або виразка більшого розміру, що росте в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

III стадія — пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

IV стадія - пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

ШІБ стадія — пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.

IV стадія - пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'які тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

### **Б. Міжнародна класифікація TNM :**

T - первинна пухлина:

T<sub>is</sub> - преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T<sub>0</sub> - первинна пухлина клінічне не визначається;

T<sub>1</sub> - пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T<sub>2</sub> - пухлина від 2 до 4 см в найбільшому вимірі;

T<sub>3</sub> - пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T<sub>4</sub>-пухлина розповсюджується на кісткову тканину, м'язи, шкіру, шию та ін.

T<sub>x</sub> - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N<sub>0</sub> - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N<sub>1</sub> - визначаються уражені зміщувані гомолатеральні лімфатичні вузли;

N<sub>2</sub> - визначаються уражені зміщувані лімфатичні вузли на протилежному боці або з обох боків шії;

N<sub>3</sub> - визначаються уражені незмішувані (нерухомі) лімфатичні вузли;

M - видалені метастази:

M<sub>0</sub> - немає ознак віддалених метастазів;

M<sub>1</sub> - є віддалені метастази;

M<sub>x</sub> - недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

Класифікація за стадіями та за символами **TNM** для інших відділів порожнини рота аналогічна, як і при раку язика.

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту новоутворення та стадією його розвитку. Виділяють три клінічних періоди розвитку раку порожнини рота:

I - початковий (бідний симптомами): на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах із рота.

II - розвинений період: внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється іхорозний запах із рота.

III - період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат виражується, піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури (тризм). Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань збоку органів дихання. Досить швидко наростає виснаження хворого.

В найближчі 2-3 місяці після перших ознак захворювання у хворого вимикають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко. Найбільш несприятливими локалізаціями в порожнині рота вважаються рак язика, дна ротової порожнини, слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш раннє, часто двобічне або перехресте метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

**Діагностика.** Проведення кваліфікованих профілактичних оглядів лікарями-стоматологами, ретельне обстеження, диспансеризація та лікування хворих з передпухлинними захворюваннями сприяє профілактиці та ранній діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота.

До обов'язкових методів обстеження належать: огляд, пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів, рентгенографія легенів для визначення віддалених метастазів в них, морфологічна верифікація процесу.

Правильний ранній діагноз раку слизової оболонки ротової порожнини можна встановити на основі аналізу анамнестичних даних, детального огляду. Огляд ділянки ураження слід проводити з допомогою дзеркал, шпателя, гачка Фарабефа. Застосування стоматоскопи покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередка на слизовій оболонці доцільно застосувати прижиттєве фарбування толудіновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-синє забарвлення, нормальна тканина та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромолярної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою салфеткою за кінчик і максимально витягти останній вперед і вбік, протилежний розташуванню пухлини. Пальпацію дна порожнини рота, щоки, язика завжди слід проводити бімануально. Якщо пухлина локалізується в корені язика, необхідно зробити ларингоскопію, під час якої можна встановити характер розповсюдження процесу на ротоглотку та надгортаник. При підозрі на проростання злоякісної пухлини на прилеглі кісткові тканини необхідно рентгенологічне дослідження.

Вирішальна роль у встановленні діагнозу раку належить морфологічним дослідженням - цитологічному (дослідження мазків-відбитків, пунктів лімфовузлів) та біопсії на фоні початої променевої терапії.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ "ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"

**Диференційна діагностика** проводиться з неспецифічними запальними процесами і хронічними виразками, сифілісом, туберкульозом, актиномікозом, аберантним зобом кореню язика, доброякісними пухлинами.

**Лікування.** Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається локалізацією, ступенем розповсюдженості, морфологічною формою пухлини та загальним станом хворого. Найкращі результати отримують при застосуванні комбінованих методів, що полягають у використанні передопераційного курсу променевої терапії (I етап), з наступним електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (II етап) і широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, підпідборідної та шийної ділянок. Найкраще розроблена методика лікування раку язика.

При лікуванні раку передніх двох третин язика I та II стадій спочатку проводять дистанційну гама-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні, після стихання явищ променевого епітеліту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Ванаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціально-футлярне видалення клітковини шії за Пачесом.

У хворих III стадією раку язика проводиться дистанційна гама-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньотканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з

розтинном тканин шоки та електрорезекцію всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перевязка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриобластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньоартерійну хіміотерапію.

Хворим на рак язика IV стадії показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків - регіонарна внутрішньоартерійна хіміотерапія.

При лікуванні раку кореню язика внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гамма-терапію з захопленням зон метастазування сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр.

Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота практично такий же, як і у хворих на рак язика, однак в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії рака язика, яка вдосконалювалась завдяки вдосконаленню оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається малоперспективним.

Для лікування рецидивів раку язика та слизової оболонки порожнини рота останнім часом все частіше застосовується метод кріодеструкції.

**Прогноз.** Особливості прогнозу залежать від стадії захворювання, анатомічної форми та гістологічної структури пухлини, виду та своєчасності лікування. Найнесприятливіший прогноз у хворих на рак задньої половини порожнини рота і язика при наявності інфільтративних форм розповсюджених новоутворень. В I-II стадіях при локалізації пухлини в передніх відділах язика виліковується 75% -50% хворих. Кращі результати дає комбінований метод лікування.

**Реабілітація.** Радикальне лікування раку слизової оболонки

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**

порожнини рота і язика супроводжується значною травматизацією, що призводить до порушення процесу ковтання та артикуляції (мови). Тому дуже актуальним є питання відновного лікування, адекватної пластики дефектів тканин. Після комбінованого лікування з проведенням операції Крайля спостерігається стійка втрата працездатності, хворі підлягають комісуванню з встановленням II групи інвалідності.

ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”  
**ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕП**

Злоякісні пухлини щелеп можуть бути як епітелійного походження (плоскоклітинний рак, аденокістозна карцинома, аденокарцинома), так і сполучнотканинної природи - саркоми (остеосаркоми, хондросаркоми, фібросаркоми та ін.).

Серед пухлин щелеп слід розрізняти первинні, вторинні та метастатичні новоутворення. Первинний плоскоклітинний рак щелеп зустрічається дуже рідко і розвивається із епітелійних островків Малясе, епітелійних залишків гертвігівської мембрани. Вторинні раки виникають на слизовій оболонці порожнини рота чи гайморової пазухи. В зв'язку з тим, що площа епітелію, що вистилає різні анатомічні відділи верхньої щелепи, значно більша в порівнянні з епітелійною вистилкою нижньої щелепи, найчастіше зустрічається рак саме верхньої щелепи. Малігнізація слизової оболонки, яка покриває альвеолярні відростки та піднебіння, відбувається під впливом різних канцерогенних чинників, які вже описані при розгляді раку слизової оболонки порожнини рота. Метаплазія циліндричного миготливого епітелію слизової оболонки гайморової пазухи розвивається внаслідок тривалого хронічного запального процесу з періодичними загостреннями.

**Злоякісні пухлини верхньої щелепи.** За останні роки спостерігається зростання захворюваності злоякісними пухлинами верхньої щелепи. Пухлини цієї локалізації складають близько 1 % - 2 % всіх злоякісних пухлин. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою переважно у віці 40-60 років.

**Етіологія.** Як уже зазначалось, важливе значення мають хронічні запальні процеси слизової оболонки гайморової пазухи, альвеолярного відростка та піднебіння з папіломатозом, доброякісні пухлини з тривалим існуванням, хронічна травма ясен.

**Патологічна анатомія.** Серед злоякісних пухлин верхньої щелепи найчастіше спостерігається плоскоклітинний роговіючий рак (57 %), плоскоклітинний нероговіючий рак (20 %), залозистий рак (8 %); сполучнотканинні пухлини представлені різними видами сарком (6%) та іншими формами пухлин (Веригіна А.Д., 1982; Процик В.С., 1984; та ін.)

**Метастазування** настає відносно пізно при враженні слизової оболонки гайморової пазухи в порівнянні з новоутвореннями порожнини рота. Першим колектором для лімфовідтоку з гайморової пазухи є ланцюжок заглоткових лімфовузлів. Саме тут найчастіше виникають регіонарні метастази, майже недоступні для клінічного виявлення. Наступним етапом є ураження лімфатичних вузлів шиї. Для занедбаної ракової пухлини, що бере початок з слизової оболонки порожнини рота, характерним є ураження в першу чергу лімфатичних вузлів піднижньощелепної ділянки, а потім - бокової поверхні шиї.

**Класифікація раку верхньощелепної пазухи.** Вітчизняна клінічна класифікація за стадіями:

**I стадія** - пухлина обмежена слизово-підслизовим шаром однієї стінки верхньощелепної порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

**IIa стадія** - пухлина з вогнищевою деструкцією кісткових стінок, що не виходить за межі верхньощелепної порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

**IIб стадія** — пухлина такого ж, або меншого розміру з поодиноким рухливим регіонарним метастазом на боці ураження;

**IIIa стадія** - пухлина з руйнуванням кісткових стінок, що розповсюджується в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок (орбіту, порожнину носа, порожнину рота та ін.). Регіонарні метастази не визначаються;

**IIIб стадія** - пухлина такого ж, або меншого ступеню розповсюдження

### ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

з поодинокими, обмежено рухомими або множинними рухомими регіонарними одно-, двобічними або контралатеральними метастазами;

**IVa стадія** - пухлина, що проростає в одну або декілька сусідніх анатомічних ділянок (шкіру обличчя, другу половину верхньощелепної кістки, вилицеву кістку, основу черепа) без регіонарних метастазів;

**IVб стадія** - пухлина того ж ступеню місцевого розповсюдження з незміщуваними регіонарними метастазами або пухлина будь-якого місцевого розповсюдження з клінічними ознаками віддалених метастазів.

Класифікація раків параназальних синусів (верхньощелепний синус) за системою TNM:

T - первинна пухлина

T<sub>x</sub> - не досить даних для оцінки первинної пухлини;

T<sub>0</sub> - первинна пухлина не визначається;

T<sub>is</sub> - преінвазивна карцинома (cancer in situ);

T<sub>1</sub> - пухлина обмежена слизовим шаром порожнини без ерозії або деструкції кістки;

T<sub>2</sub> - пухлина спричиняє ерозію або деструкцію кістки за винятком задньої стінки порожнини, але включаючи поширення на тверде піднебіння і/або середній носовий хід;

T<sub>3</sub> - пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: задню стінку максиллярного синуса, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крилоподібну частину, решітчастий синус;

T<sub>4</sub> - пухлина поширюється на орбіту поза межі нижньої або медіальної стінок, основу черепа, носоглотку, основний синус, лобний синус.

N - регіонарні лімфатичні вузли (регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли)

N<sub>x</sub> - не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

$N_0$  - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

$N_1$  - метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі;

$N_2$  - метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, контралатеральні метастази в лімфатичні вузли до 6 см у найбільшому вимірі;

$N_{2a}$  - метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;

$N_{2b}$  - численні метастази у гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;

$N_{2c}$  - білатеральні або контралатеральні метастази в лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

$N_3$  - метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі; M - віддалені метастази

Mx - не досить даних для визначення віддалених метастазів;

$M_0$  - немає ознак віддалених метастазів;

$M_1$  - наявні віддалені метастази.

### Групування за стадіями

Стадія 0	<b>T13</b>	$N_0$	$M_0$
Стадія I	<b>T1</b>	$N_0$	$M_0$
Стадія II	<b>T2</b>	<b><math>N_0</math></b>	$M_0$
Стадія III	<b>T1</b>	$N_1$	$M_0$
	<b>T2</b>	$N_1$	$M_0$
	<b>T3</b>	$N_0, N_1$	$M_0$
Стадія IVA	<b>T4</b>	$N_0, N_1$	$M_0$
Стадія IVB	будь-яке T	$N_2$	$M_0$
	будь-яке T	<b><math>N_3</math></b>	$M_0$
Стадія IVC	будь-яке T	будь-яке N	<b><math>M_1</math></b>

**Клініка.** Клінічні ознаки початкових стадій раку верхньощелепної пазухи настільки незначні, що хворі зазвичай не надають потрібного значення і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Тому більшість хворих потрапляє в онкологічні заклади в занедбаних стадіях. Затримці своєчасного потрапляння хворих в спеціалізовану клініку сприяє хибне розпізнавання захворювання і внаслідок - неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними Г.П. Іоанідіса, 35% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок хибного діагнозу були прооперовані з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу верхньої щелепи та ін.

Симптоми раку верхньощелепної пазухи в значній мірі залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи. Для систематизації цих симптомів їх доцільно розділити на ринологічні, офтальмологічні, стоматологічні, неврологічні.

#### **А. Ринологічні:**

1. Гнійно-кров'янисті виділення з носа;
2. Однобічне затруднення або повна відсутність носового дихання,
3. Деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;
4. Аносмія.

#### **Б. Стоматологічні:**

1. Зубний біль (переважно в ділянці молярів);
2. Розхитування зубів;
3. Дистопія зубів (латеральна девіація);
4. Деформація, потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння;
5. Тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракції зубів;
6. Контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів);

**В. Офтальмологічні:**

1. Екзофтальм;
2. Диплопія;
3. Сльозотеча (обструкція сльозоносової протоки);
4. Набряк повік;
5. Зниження гостроти зору;

**Г. Неврологічні:**

1. Прозопалгії (біль в ділянці обличчя);
2. Симптоматичні трігемінальні невралгії;
3. Парестезії в зоні іннервації суборбітального нерву;
4. Виснажливий головний біль.

Визначаючи тісний взаємозв'язок між локалізацією злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи та її клінічним перебігом, шведський отоларинголог Ohngren (1933) запропонував поділяти верхню щелепу на 4 відділи (сектори або сегменти). Такий розподіл виконується внаслідок проведення двох площин, що перетинаються. Одна з них - фронтальна, проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділює верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньонижню та верхньозадню. Друга площина - сагітальна, проходить через зіницю ока, розділює гайморову пазуху відповідно на внутрішню (медіальну) та зовнішню (латеральну) половини. Внаслідок цього утворюються 4 сектори: верхньозадньо-внутрішній, верхньозадньо-зовнішній, нижньо-передньо-внутрішній та нижньопередньозовнішній. Пухлина, що виникає в кожному із вказаних секторів, має свою власну клінічну картину і напрямок пухлинного росту. Площину, що розділяє верхню щелепу на верхньозадній та передньонижній відділи, деякі автори називають площиною або лінією злоякісності. Справа в тому, що пухлини задньоверхніх відділів діагностуються значно пізніше, а пухлинний процес набагато раніше

переходить на життєво-важливі органи і тому прогноз при пухлинах цих локалізацій значно гірший.

Для пухлин нижньопередньовнутрішнього сектора характерними є слизові, слизовогнійні або гнійно-кров'яністі виділення з носа. Проростання в порожнину носа приводить до ускладнення дихання ураженою половиною носа, пухлина стає видимою при риноскопії і доступною для біопсії. В пізніших стадіях спостерігається деформація лицьового скелету внаслідок руйнації передньої стінки гайморової пазухи, переднього від ділу піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи. Пухлина може розповсюджуватись на м'які тканини. Носо-губна борозда згладжується, з'являється асиметрія обличчя.

Пухлини нижньопередньозовнішнього сектора викликають біль, розхитування зубів, деформацію альвеолярного відростка і верхньої щелепи в задніх відділах. Внаслідок руйнування задньої стінки і проростання пухлини в підкроневу та крилопіднебінну ямку виникають явища контрактури жувальних м'язів.

Пухлини задньовверхньовнутрішнього сектору часто діагностують в пізніших стадіях захворювання, так як вони важкодоступні для огляду і дослідження. Якщо пухлина спочатку проростає в носові ходи, то скоріше з'являються характерні симптоми (ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа) і пухлину можна побачити при риноскопії у верхніх відділах носа. Інфільтруючи ділянку орбіти, пухлина призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально. Внаслідок

здавлення пухлиною слъозового каналу виникає слъозотеча.

Пухлини задньовверхньозовнішнього сектору також призводять до виникнення екзофтальму із зміщенням ока у внутрішні відділи, що супроводжується диплопією. Спостерігаються застійні явища, набряк повік. При подальшому збільшенні пухлини з'являється асиметрія обличчя, а потім

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

і значна його деформація. Розвиток пухлин супроводжується інтенсивними, виснажливими болями в ділянці гілок трійчастого нерву, головним болем, явищами контрактури жувальних м'язів.

**Діагностика.** Для встановлення діагнозу злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи ретельно знайомляться з анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити невпинне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів. Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію, деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука. З допомогою пальпації вдається визначити інфільтрацію м'яких тканин в ділянці іклової ямки і нижньоорбітального краю, деформацію скату носа та вилицевої кістки. За допомогою передньої риноскопії виявляють пухлину в порожнині носа і є змога видалити шматочок пухлини для гістологічного дослідження. Якщо пухлина не виходить за межі пазухи, виконують її пункцію і проводять цитологічне дослідження пунктату. За допомогою задньої риноскопії встановлюють проростання пухлини в носоглотку. При цьому необхідно відрізняти ”провисання” пухлини через хоани в просвіт носоглотки від пухлинної інфільтрації її стінок, бо це є одним з критеріїв операбельності хворого.

Огляд порожнини рота дає змогу визначити деформацію альвеолярного відростка, піднебіння, дистопією, розхитування та випадіння зубів, наявність бугристої пухлини чи виразки. Пальпацію м'яких тканин і кісток виконують бімануально, порівнюючи симетрично розташовані відділи. Якщо знаходять пухлину, визначають пальпаторно її межі, консистенцію (щільна, хрящоподібна, еластична, м'яка), поверхню (бугриста, гладенька), спаяність з м'якими тканинами щоки.

Без сумніву, велике діагностичне значення має пальпація регіонарного лімфатичного апарату (піднижньощелепні, привушні, шийні і надключичні

лімфовузли). При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфовузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Велику роль в уточненні клінічного діагнозу злоякісних пухлин верхньої щелепи має рентгенологічне дослідження лицьового скелету. Використовується як обзорна, так і прицільна рентгенографія. Особливо інформативними є рентгенограми в носопідборідній (окціпітоментальній) проекції та панорамна рентгенографія верхньої щелепи (за В.Д. Сидорою з співавторами). Велику роль в рентгенологічному дослідженні відіграє томографія - пошарове дослідження. При виконанні томограм у фронтальній проекції перший зріз проходить на відстані 1 см від перенісся. Виконують 4-5 зрізів з томографічним кроком в 1 см. Можна виконувати зрізи і в сагітальних площинах.

Великими діагностичними можливостями відзначається метод рентгенологічного дослідження додаткових пазух носа за допомогою їх штучного контрастування.

Значну діагностичну цінність в уточненні ступеня розповсюдженості злоякісних пухлин верхньої щелепи має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенівське дослідження. При локалізації пухлини в задньоверхньомедіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука. В таких випадках доцільно провести обстеження у окуліста. Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити з допомогою фіброскопії.

Клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження пунктату із гайморової пазухи, або біоптату пухлини із носа або порожнини рота, якщо пухлина проростає в ці анатомічні відділи.

**Лікування.** Складні топографо-анатомічні взаємовідносини ділянки верхньої щелепи, близькість передньої черепної ямки, орбіти, носоглотки, крилощелепної, підскроневої ямок значно знижують можливість виконання онкологічно адекватних оперативних втручань, які б задовольняли вимогам абластики та антиабластики. Ці обставини, а також пізня діагностика пухлин верхньощелепної пазухи зумовлюють необхідність комбінованого лікування. У всіх випадках, коли можна виконати операцію, перевагу надають саме комбінованому методі лікування. Він складається з 2 етапів: передопераційного курсу дистанційної гама-терапії (сумарною дозою на вогнище 40-45 Гр) і наступного електрохірургічного видалення пухлини в межах здорових тканин.

Променева терапія, як компонент комбінованого лікування, відіграє важливу роль в забезпеченні радикалізму лікування, підвищенню абластичності операцій. За допомогою передопераційної променевої терапії вдається досягти зменшення пухлини, відмежування її, зниження потенціалу злякисності. Післяопераційна променева терапія показана лише тоді, коли немає впевненості в радикалізмі виконаної операції.

Другим етапом є електрохірургічне видалення верхньої щелепи, яке виконується через 3-4 тижні після закінчення передопераційного курсу променевої терапії. Труднощі топіки пухлини зумовлюють проведення електрохірургічних операцій з широкого позаротового доступу, який би дозволив точніше визначити межі новоутворення і радикально його видалити. Найчастіше застосовується розтин м'яких тканин за Вебером.

При розповсюдженні пухлин на решітчастий лабіринт, порожнину орбіти показані розширені операції, часто з ексентерацією орбіти. При цьому слід планувати перед операцією перев'язку зовнішньої сонної артерії на стороні ураження для зменшення інтраопераційної втрати крові.

При підозрі або наявності метастазів в ділянці ший одночасно з

резекцією щелепи (якщо дозволяє стан хворого) виконують фасціально-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи з застосуванням внутрішньоартерійної хіміотерапії метотрексатом, наступної телегаматерапії за інтенсивною методикою (при щоденному фракціонуванні по 5 Гр сумарною дозою до 20 Гр). Через 1-2 дні виконується електрорезекція верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину стенсового аплікатора з препаратами  $Co^{60}$  і підведенням дози на післяопераційну рану 35-40 Гр.

Хворі, яким проведені оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин верхньої щелепи, потребують складного щелепно-лицьового протезування. Найчастіше застосовується трьохетапна методика протезування: перший етап - перед операцією виготовляють безпосередній протез - захисну платівку; другий етап - на 10-15 добу після операції виготовляють формуючий протез; третій етап — через місяць виготовляють остаточний протез. Дефекти орбіти і м'яких тканин обличчя відшкодовують з допомогою ектопротезів.

Після лікування такі хворі потребують комісування (II група інвалідності). Крім складного протезування, такі хворі потребують відновних операцій, навчання у логопеда, оздоровлення в будинках відпочинку і санаторіях загального профілю.

Прогноз назагал несприятливий: вже на протязі 1 року після комбінованого лікування спостерігається від 30% до 60% рецидивів. Хіміотерапія та ізольована променева терапія, як правило, дають короткочасний ефект.

**Злоякісні пухлини нижньої щелепи.** Зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні пухлини. Первинний плоскоклітинний рак нижньої



## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

щелепи дуже рідко розвивається із епітелійних залишків гертвігової мембрани. Найчастіше зустрічаються рак нижньої щелепи внаслідок переходу процесу із слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи. Крім того, нижня щелепа часто втягується в пухлинний процес при розповсюдженні раку слизової оболонки дна порожнини рота, ретромолярної ділянки щоки.

Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, що мають будову плоскоклітинної роговиної, рідше - нероговиної карциноми. Пухлина може бути представлена ендofітною або екзофітною формою росту.

Метастазування у хворих на рак нижньої щелепи переважно лімфогенне - в піднижньощелепні та шийні лімфовузли.

**Клініка.** Початкові прояви раку нижньої щелепи можуть бути досить різноманітними. Ранніми симптомами є напади різкого болю з іррадіацією | походу нижньоальвеолярного нерву. Поступово збільшується припухлість кістки. Внаслідок деструкції стінок альвеол, тканин пародонту, яка інколи перебігає приховано, з'являється патологічна рухливість, а потім і випадіння зубів. Пухлина проростає слизову оболонку альвеолярного гребня, виразкується і поширюється на тканини дна порожнини рота. На цьому етапі

розвитку рак нижньої щелепи важко відрізнити від раку слизової оболонки порожнини рота, що розповсюджується на нижню щелепу.

Рак нижньої щелепи може бути представленим у вигляді як пухлинного інфільтрату, так і пухлинної виразки. При розповсюдженні пухлини на прилеглі до щелепи органи і тканини внаслідок набряку і інфільтрації виникає асиметрія обличчя. Внаслідок значного руйнування нижньої щелепи пухлинним процесом може виникнути її спонтанний патологічний перелом, який інколи буває першою причиною звертання до лікаря. У випадку приєднання до пухлинного процесу запальних явищ, особливо в ділянках прикріплення жувальних м'язів і при порушенні безперервності нижньої

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

щелепи, виникають обмеження обсягу її рухомості, різко порушується жувальна функція. При переважному рості пухлини вглибину кісткової тканини, крім швидкого руйнування кістки з утворенням патологічної кісткової порожнини відбувається також резорбція коренів прилеглих зубів, проростання пухлини в нижньощелепний канал супроводжується появою симптому Венсана.

Ураження регіонарних лімфатичних вузлів значно погіршує клінічну картину захворювання.

**Діагностика.** Аналізуючи причини занедбаності раку щелепних кісток, можна дійти висновку, що з одного боку цьому сприяє надто пізнє звертання хворих, з іншого - недостатня обізнаність лікарів (зокрема стоматологів) з проявами і перебігом злоякісних пухлин щелепних кісток. Для своєчасної діагностики важливе значення має правильно зібраний і детально проаналізований анамнез, ретельно проведене об'єктивне обстеження хворого. Рентгенологічні методи дослідження належать до основних методів розпізнавання злоякісних новоутворень щелеп. При ураженні нижньої щелепи визначається деструкція кісткової тканини з нечіткими узурованими краями, розширенням періодонтальних щілин, деструкцією кортикальної платівки стінки альвеоли та губчастої речовини навколо неї, розширення нижньощелепного каналу та ін.

В ранніх стадіях раку нижньої щелепи необхідне цитологічне дослідження пунктату, при проростанні альвеолярного відростка і виразкуванні пухлини - виконується її біопсія. Обов'язкове також цитологічне дослідження пунктату збільшених регіонарних лімфовузлів.

**Диференційна діагностика** проводиться з метою виключення доброякісних одонтогенних пухлин, гігантоклітинних пухлин, фіброзної остеодистрофії, актиномікозу, запальних процесів.

**Лікування.** Як і при інших локалізаціях раку порожнини рота

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

лікування пухлин нижньої щелепи слід починати з санації. Протипоказанням є лише видалення зруйнованих та розхитаних зубів із зони росту злоякісної пухлини. Найкращі результати при лікуванні раку нижньої щелепи спостерігаються після комбінованих методів:

I етап - дистанційна гама-терапія на вогнище і регіонарні піднижньощелепні лімфатичні вузли сумарною вогнищевою дозою 45-60 Гр. II етап - через 3-4 тижні після закінчення променевої терапії-резекція або екзартикуляція половини нижньої щелепи з профілактичною фасціальнофутлярною лімфаденектомією або (при наявності регіонарних метастазів) операцією Крайля.

Хворим з запущеними стадіями призначають паліативну променеву терапію (до 70 Гр) і регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію (цитостатиками - метатрексатом, блеоміцином, цисплатином та ін.).

Видаленню пухлини нижньої щелепи повинен передувати комплекс заходів, спрямованих на виготовлення ортопедичних конструкцій, що використовуються для утримання в правильному положенні залишків нижньої щелепи (шина Ванкевич та ін.) Інколи з цією ж метою застосовують назубні дротяні шини з міжщелепною еластичною тягою. Від комплексу ортопедичних заходів в значній мірі залежить швидкість загоєння рани і естетичний аспект післяопераційних рубців.

В післяопераційному періоді, особливо після резекції значної частини нижньої щелепи і жувальних м'язів, годування хворого впродовж кількох тижнів здійснюють через носостравохідний зонд.

Реконструктивні операції з метою заміщення дефектів нижньої щелепи кісткову пластику, особливо після променевої терапії, доцільно виконувати безпосередньо після операції видалення пухлини, а через 10-12 місяців.

Прогноз при злоякісних захворюваннях нижньої щелепи дуже

несприятливий — п’ятирічне виживання після лікування всіх злоякісних пухлин цієї локалізації спостерігається у 18% - 30% хворих.

**Саркома** - злоякісна пухлина мезенхімного походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м’яких тканинах. Спостерігаються такі форми сарком: остеогенні саркоми, хондросаркоми, фібросаркоми, ангіосаркоми та ін.

В порівнянні із раком саркоми щелепно-лицевої ділянки зустрічаються у відносно молодшому віці. Метастазують вони переважно гематогенним шляхом. Клінічні прояви визначаються головним чином локалізацією пухлини.

Топографічно розрізняють так звані центральні та периферичні саркоми щелеп. При центральних саркомах, що походять із сполучнотканинних елементів кісткового мозку і кісткової тканини, ранніми симптомами є ниючій біль, якій спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру, рухомість зубів, деформація щелепи у вигляді її здуття. Електрозбуджуваність зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини, часто знижена. При ураженні верхньої щелепи можуть спостерігатись сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання, а при ураженні нижньої щелепи - парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана). У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

При так званих периферійних саркомах щелеп одним із перших симптомів є деформація щелепи - потовщення певного її відділу. Периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування. Це викликає виразкування слизової оболонки, яка покриває пухлину, і приєднання інфекції. Внаслідок деструкції кісткової тканини і

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

тканин пародонту виникає патологічна рухомість зубів. Досягаючи за короткий час значних розмірів, новоутворення порушує носове дихання, заважає змиканню зубних рядів, обмежує рухомість нижньої щелепи,

ускладнює розмову і прийняття страви.

Рентгенологічна картина при периферичних саркомах щелеп характеризується відшаруванням окістя, формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів спікулу).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та виразкування пухлини з приєднанням інфекції загальний стан хворих залишається задовільним. Прогноз та вибір раціонального методу лікування в значній мірі визначаються структурою пухлини, тому дуже важливою є морфологічна верифікація пухлинного процесу.

Слід приймати до уваги, що фібросаркома, міксосаркома, хондросаркома і остеосаркома є пухлинами, які резистентні до променевої терапії і тому основним методом їх лікування є хірургічний. У іноперабельних хворих застосовується хіміотерапія в поєднанні з променевою терапією.

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ” **ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

**Статистика.** Заданими літератури злоякісні пухлини слинних залоз складають 1-1,5% всіх хворих онкологічними захворюваннями. В слинних залозах найчастіше розвиваються пухлини епітеліального походження (90% - 95%). Серед всіх пухлин слинних залоз найчастіше зустрічаються поліморфні аденоми або "змішані" пухлини (до 60%); мукоепідермоїдні і ациноклітинні пухлини зустрічаються в 10% випадків, група карцином складає біля 17 % всіх новоутворень слинних залоз.

Найчастіше вражаються онкологічним процесом привушні залози (56,5%),

залози твердого і м'якого піднебіння (26%), піднижньощелепні слинні залози (10%), дрібні слинні залози щік і язика - біля 10%. Деякі автори вважають, що привушні слинні залози уражаються пухлинами в 90% випадків. Пухлини слинних залоз спостерігаються переважно у віці від 30 до 60 років.

**Класифікація.** До останнього часу не існувало єдиної точки зору відносно термінології і класифікації пухлин слинних залоз. Всесвітньою організацією охорони здоров'я була створена і рекомендована для впровадження уніфікована гістологічна класифікація пухлин слинних залоз:

### **I. Епітеліальні пухлини**

#### **A. Аденоми**

1. Поліморфна аденома (змішана пухлина)
2. Мономорфні аденоми
  - а) аденолімфома
  - б) оксифільна аденома
  - в) інші типи.

#### **Б. Мукоепідермоїдна пухлина**

#### **В. Ациноклітинна пухлина**

## **Г. Карциноми**

1. Аденокистозна карцинома (циліндрома)
2. Аденокарцинома
3. Епідермоїдна карцинома (плоскоклітинний рак)
4. Недиференційована карцинома
5. Карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина)

## **II. Неепітеліальні пухлини**

## **III. Некласифіковані пухлини**

## **IV. Споріднені стани**

## **Класифікація пухлин слинних залоз за системою TNM**

Класифікація стосується лише великих слинних залоз Клінічна

класифікація за системою **TNM** T - первинна пухлина

T<sub>x</sub> - недостить даних для оцінки первинної пухлини T<sub>1</sub> - пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення

T<sub>2</sub> - пухлина понад 2 см але до 4 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення

T<sub>3</sub> - пухлина з екстрапаренхімальним поширенням без ураження (сьомого нерву (лицевого) і/або понад 4 см, але до 6 см у найбільшому вимірі

T<sub>4</sub> - пухлина поширюється на основу черепа, сьомий нерв і/або перевищує 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: екстрапаренхімальним поширенням є клінічні чи макроскопічні дані інвазії шкіри, м'яких тканин, кістки або нерва

N - регіонарні лімфатичні вузли (регіонарні лімфатичні вузли - шийні лімфатичні вузли)

N<sub>x</sub> - не достить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N<sub>0</sub> - немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів

**ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”**

N<sub>1</sub> - метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі

N<sub>2</sub>- метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N<sub>2a</sub> - метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі

N<sub>2в</sub> - чисельні метастази у гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі

N<sub>2с</sub> - білатеральні або контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N<sub>3</sub> - метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі

M - віддалені метастази

M<sub>x</sub> - недосить даних для визначення віддалених метастазів M<sub>0</sub> - немає ознак віддалених метастазів M<sub>1</sub> - наявні віддалені метастази

**Групування за стадіями**

<b>Стадія I</b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>Стадія II</b>	<b>T<sub>3</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>Стадія III</b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>Стадія IV</b>	<b>T<sub>4</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>3</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>4</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>будь-яке T</b>	<b>N<sub>2</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>будь-яке T</b>	<b>N<sub>3</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>будь-яке T</b>	<b>будь-яке N</b>	<b>M<sub>1</sub></b>



**Клінічна картина** і симптоматологія пухлин слинних залоз відрізняється значною різноманітністю, що залежить від характеру пухлини, її гістологічної будови та стадії розвитку. Група аденом належить до доброякісних пухлин, серед них домінують так звані змішані пухлини (поліморфні, або плеоморфні аденоми). Ці пухлини переважно зустрічаються у людей віком 20-40 років, частіше у жінок, локалізуються переважно в привушній слинній залозі. Ці пухлини проявляються досягши розміру 1 -3 1 см. Вони характеризуються тривалим (інколи впродовж десятків років) безболісним перебігом, інколи досягають доволі значних розмірів, але ніколи не порушують функцію лицьового нерва (важлива диференційно- діагностична ознака доброякісної пухлини), не проростають шкіру і не втрачають рухомості. Внаслідок складної будови поліморфні аденоми (слинних залоз бувають різної консистенції. Нерідко в поліморфній аденомі може виникнути малігнізація (20% - 30% випадків). Ознаки малігнізації такі: прискорення темпів росту пухлини, поява неприємних відчуттів, а інколи і досить інтенсивного болю з іррадіацією в вухо або скроню; поява інфільтративного росту супроводжується обмеженням рухомості пухлини, порушення цілості гілок лицьового нерву супроводжується парезом, а потім і паралічем м'язів м'язулатури з відповідного боку обличчя. В подальшому може виникати контрактура жувальних м'язів, порушення актів жування, ковтання (особливо при локалізації пухлини в глотковому паростку привушної слинної залози). Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів свідчить про метастазування пухлини.

Таким чином, спільними симптомами для всіх злоякісних пухлин слинних залоз є швидкі темпи росту, біль або неприємні відчуття, проростання в навколишні тканини та гілки лицьового нерва, метастазування. Але існують і деякі клінічні особливості, характерні для річних морфологічних варіантів злоякісних пухлин. В першу чергу це

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

стосується мукоепідермоїдні та ациноклітинної пухлин (за темінологією ВООЗ - вони називаються не раками, а пухлинами, хоча й віднесені до злоякісних). Клінічний перебіг більш доброякісного варіанту мукоепідермоїдні пухлини спочатку нагадує перебіг поліморфної аденоми. Розрізнити їх інколи допомагає набряк та фіксація шкіри над мукоепідермоїдною пухлиною, відсутність чітких меж, обмежена рухомість. Мукоепідермоїдні пухлини супроводжуються біллю, мають щільну консистенцію, болісні при пальпації, при ураженні шкіри можливе утворення норичь.

Початкові стадії мукоепідермоїдних пухлин можуть бути безсимптомними і період до початку лікування може тривати біля 3 років. Пухлини містять в собі епідермоїдні та слиз продукуючі клітини, кількість яких залежить від ступеню диференціації.

Аденокистозні карциноми (циліндроми) зустрічаються у 13 % хворих на злоякісні пухлини слинних залоз, частіше в малих слинних залозах (50 %), однаково часто у чоловіків та жінок. Інколи мають перебіг, подібний до змішаних пухлин. Слід зауважити, що поліморфну аденому, циліндром і мукоепідермоїдну пухлину макроскопово практично неможливо відрізнити. Ця обставина спричиняє значні труднощі для хірургів, призводить до діагностичних помилок і неадекватного лікування хворих.

Аденокистозні карциноми мають схильність до переважного гематогенного метастазування (40 % - 45 %) в легені, кістки.

Аденокарциноми зустрічаються дуже часто серед злоякісних пухлин слинних залоз. Вже на початкових стадіях розвитку пухлина має щільну консистенцію, вона безболісна, не має чітких меж, рухомість її обмежена. З ростом пухлини з'являється біль, інфільтруються прилеглі тканини, жирова клітковина, вушна раковина, нижня щелепа. З'являється контрактура жувальних м'язів, парез лицьового нерва, гіперемія шкіри. Пухлина

## ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ “ОНКОЛОГІЯ ШЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ”

метастазує в регіонарні шийні лімфатичні вузли, інколи в легені, кістки.

Плоскоклітинний рак (епідермоїдна карцинома) за клінічною картиною схожий з аденокарциномою слинних залоз.

**Діагностика.** Ретельне вивчення анамнезу та клінічних симптомів захворювання не завжди дають змогу визначити характер пухлинного процесу. А.І. Пачес вважає, що помилки при діагностиці пухлин слинних залоз зумовлені недостатньою, а інколи і хибною трактовкою анамнезу, схожим клінічним перебігом різних пухлин, ігноруванням сучасних методів діагностики. Самим достовірним критерієм злоякісності пухлини слинної залози є морфологічна верифікація процесу. Перевага надається цитологічному дослідженню пунктату пухлини і секрету ураженої залози. Гістологічне дослідження можливе при видаленні пухлини, при наявності підозри на злоякісний характер пухлини, при її проростанні за межі залози з ураженням шкіри.

Суттєву допомогу в діагностиці і диференційній діагностиці пухлинних процесів слинних залоз може надати сіалографія, рентгенографія кісток лицьового скелету, ультразвукове дослідження, радіонуклідні методи дослідження (сканування слинних залоз), комп'ютерна томографія.

Диференційний діагноз слід проводити з доброякісними пухлинами слинних залоз, кістами, запальними процесами, в тому числі з туберкульозом

та актиномікозом.

**Лікування.** Основним методом лікування аденом слинних залоз є хірургічний. Лікування поліморфних аденом, враховуючи їх схильність до рецидування, має деякі особливості. При ураженні привушної слинної залози пухлину слід видаляти з прилеглою до нею тканиною залози. Якщо пухлина розташована в товщі залози, виконують субтотальну або тотальну паротідектомію із збереженням (препаруванням) гілок лицьового нерва. При ураженні інших слинних залоз пухлину видаляють разом із залозою

Очікувальна тактика небезпечна, приймаючи до уваги досить високу вірогідність малігнізації.

Лікування злоякісних пухлин слинних залоз переважно комбіноване. В плані комбінованого лікування передбачається на I етапі проведення передопераційного курсу дистанційної гама-терапії сумарною вогнищевою дозою 45 - 50 Гр, при наявності регіонарних метастазів в поля опромінювання включаються і зони метастазування. На II етапі комбінованого лікування - через 3-4 тижні після променевої терапії виконується оперативне втручання.

Лікування раку привушної слинної залози полягає в проведенні паротидектомії (без збереження гілок лицьового нерва) з фасціально-футлярним висіченням клітковини шиї з боку ураження в одному блоці із слинною залозою. У разі наявності множинних або незміщуваних шийних метастазів виконується операція Крайля.

При локалізації пухлини в піднижньощелепній слинній залозі виконують фасціально-футлярне висічення клітковини шиї разом з ураженою залозою або операцію Крайля за показаннями.

При занедбаних формах злоякісних пухлин слинних залоз показана паліативна променева терапія (до 70 Гр на курс), хіміотерапія (в окремих випадках внутрішньоартерійна) метотрексатом, блеоміцином, адриаміцином, комплексними сполуками платини.

**Прогноз** при злоякісних пухлинах слинних залоз несприятливий, вилікування спостерігається лише у 20 % - 25 % хворих. Вважається, що віддалені результати лікування злоякісних пухлин піднижньощелепної слинної залози гірші, ніж результати лікування привушної залози.

**Реабілітація і працездатність.** Радикальні операції на слинних залозах супроводжуються інвалідізацією хворих, що зумовлено пересіченням стовбура лицьового нерва, внаслідок чого виникає парез мімичної

-----ЦИКЛ ЛЕКЦІЙ ‘ОНКОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ’  
-----

мускулатури відповідного боку. Можливі також порушення функцій верхньої кінцівки відповідного боку після виконання операції Крайня. Такі хворі отримують III-II групу інвалідності. Ушкодження лише окремих гілочок лицевого нерва при хірургічному лікуванні доброякісних пухлин привушної залози вимагає тривалого відновного лікування.

**Застосування фізіотерапевтичних методів онкологічним хворим є протипоказаним.**

## Література

### Основна

1. Онкологія/за ред. Білінського Б. Т, Спгернюка Ю. М., Шпарика Я.В. -Львів: Медицина світу, 1998. -272 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983. - 415 с.
3. Соловьев М. М. Онкологические аспекты в стоматологии. - М.: Медицина, 1983. -160 с.

### Допоміжна

1. Блинов Н.Н. Новое в классификации злокачественных опухолей по системе ТИМ /Вопросы онкологии. -1994. -№ 1 - 3.
2. Дунаевский В. А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. -Л.: Медицина, 1986. -184с.
3. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И., Воробьев Ю.И. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1979. -343 с.
4. Комбинированное и комплексное лечение больных злокачественными опухолями /Руководство для врачей под ред. В. И. Чисова. - М.: Медицина, 1989. - 560 с.
5. Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта.-М.: Медицина, 1970. -272с.
6. Мельников Р.А. Клиника злокачественных опухолей верхней челюсти. -Л.: Медицина, 1971. -240 с.
7. Мухин М.В. Профилактика и ранняя диагностика рака челюстно-лицевой области. -Л.: Медицина, 1975.- 64с.
8. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. - Ленинград: Медицина, 1989. -648 с.
9. Пачес А. И. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. М.: Медицина, 1988.-304 с.
10. Раков А.И. Биопсия в диагностике и лечении злокачественных опухолей. - Киев, 1974.
11. Розповодженність злоякісних новоутворень в популяції України/за ред. С.О.Шалімова. -Київ, 1997.
12. Шувалов С.М. Злокачественные опухоли ротоглотки. -Винница, 1996. -231 с.

ЗМІСТ		с.
Загальні питання онкології		
1.		
Організація онкологічної допомоги в Україні		3
2. Епідеміологія злоякісних пухлин		5
3. Профілактичні огляди населення та роль лікаря-стоматолога в попередженні та своєчасному виявленні злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки		8
4.		
Методи обстеження онкологічних хворих та принципи діагностики новоутворень	злоякісних	^
5.		
Класифікація пухлин		^
6.		
Загальні принципи лікування злоякісних пухлин		37
Клінічна онкологія щелепно-лицевої ділянки		
1.	Сучасні	
уявлення про передракові захворювання		44
2.		