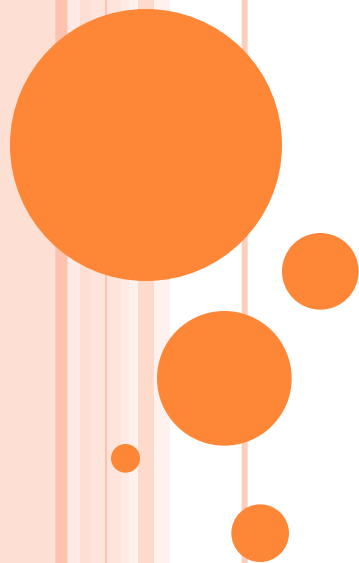


Лекція: Передраки і рак губи, язика і слизової порожнини рота.

Злоякісні пухлини щелеп.

Злоякісні пухлини слинних залоз і шиї.



**КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ
ДОЦ. КОСТИШИН І.Д.**

ПЕРЕДРАКИ І РАК ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ НИЖНЬОЇ ГУБИ І СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

1. **Передраки** –це патологічні процеси, що які обов'язково передують злоякісній пухлині, проте не завжди переходять у неї.

Класифікація передраків червоної облямівки губи (за А.Л. Машкілейсоном):

I.Облігатні передраки – висока ступінь переродження- малігнізація

- 1.Абразивний передканцерозний хейліт Манганотті
- 2.Обмежений передраковий гіперкератоз
- 3.Бородавчастий(вузликовий) передрак
- 4.Хвороба Боуена (слизова губи)

II. Факультативні передраки - низька ступінь малігнізації:

- 1.Лейкоплакія (плоска, верукозна, ерозивно-виразкова)
- 2.Папілома і папіломатоз
- 3.Шкірний ріг
- 4.Кератоакантома(шкірний молюск)
- 5.Хронічна тріщина губи
- 6.Післяпроменевий хейліт
- 7.Метеорологічний та актинічний хейліт
- 8.Післятравматичний рубець
- 9.Ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчака та лишая



ПЕРЕДРАКИ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

1.Облігатні:

- Хвороба Боуена

2.Факультативні:

- спільні для передраку червоної облямівки губи, за винятком кератоакантоми і шкірного рогу

Клініка передраків:

Хвороба Боуена – рак на місці. Розміри утвору до 1см, бляшки овальної або полігональної форми, жовто-червоного або жовто-коричневого кольору, атрофія слизової або шкіри в центрі бляшки, при пальпації – консистенція паперу. Поверхня може бути гладенька, або покрита лусочками.

Клінічні форми хвороби Боуена:

- Атрофічна
- Вузловата
- Змішана

Лікування – кріохірургічне.



ХЕЙЛІТ МАНГАНОТТІ

Описаний в 1933 році **хейліт Манганотті** – деструктивний дискератоз.

Клініка:

- Ерозії овальної або неправильної форми
- Поверхня гладенька, полірована, насиченого червоного кольору, може бути покрита кірочками
- Краї блюдцеподібні
- Пальпаторно – м'якої консистенції
- Може мігрувати

Лікування:

- Консервативне
- При відсутності ефекту – хірургічне з хейлопластикою



ОБМЕЖЕНИЙ ПЕРЕДРАКОВИЙ ГІПЕРКЕРАТОЗ

- Полігональної форми, розміри 0.2-1.5 см
- У більшості хворих поверхня не здіймається над рівнем оточуючої червоної, а навпаки – здається запалою
- Утворення представлене нашаруванням щільно розташованих лусочок сіро-коричневого кольору

Лікування – хірургічне.



БОРОДАВЧАСТИЙ ПЕРЕДРАК

- Схожий з бородавкою, маючи чітко окреслені межі
- Розміром до 1см, напівкулястої форми
- Виступає над рівнем оточуючої червоної облямівки на 3-5мм
- Щільної консистенції
- Поверхня може бути дрібногорбкувата, покрита невеликою кількістю лусочок, які не знімаються при зішкрябуванні
- Забарвлення – червоної облямівки, або застійного червоного кольору
- Якщо покрита лусочками – сірувато-червоного кольору

Лікування – кріохірургічне.



ШКІРНИЙ РІГ (ФІБРОКЕРАТОМА УННА)

- Ділянка з надмірним гіперкератозом
- Утвір у вигляді конуса, розгалуження
- Колір – бруднувато-сірий
- Основа – м'якотканна
- Розміри – до 1см

Лікування - хірургічне



КЕРАТОАКАНТОМА

- Пухлина напівсферичної форми
 - Щільної консистенції
 - Виступає над поверхнею губи
 - Краї валикоподібні
 - Швидкий ріст
 - В центрі – лункоподібне заглиблення, що заповнене роговими масами, які вільно видаляються
- Лікування** – хірургічне.



РАК ГУБИ

1. Екзофітні:

- Папілярна
- Бородавчаста(фунгозна)

2. Ендофітні:

- Виразкова
- Виразково-інфільтративна
- інфільтративна



РАК СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

Ів.-Фр. – 5 вип. на 100 тис.чол.

Одеська обл. – 24 вип. на 100 тис.чол.

Частота ураження СОПР:

- ▣ Язик – 52%
- ▣ Дно ПР – 20%
- ▣ Щічні ділянки СОПР – 12%

Клініка і лікування



ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕП

Злоякісні пухлини щелеп складають близько 1-2% усіх злоякісних пухлин. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою, переважно у віці 40-60 років.

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

Серед пухлин щелеп слід розрізняти:

- Первинні
- Вторинні
- Метастатичні новоутворення.

Первинний плоскоклітинний рак *щелеп (В КІСТКОВІЙ ТКАНИНІ)* зустрічається дуже рідко і розвивається з епітеліальних острівців Маляссе зубного зачатка, епітеліальних залишків гертвігівської мембрани, радикулярних і фолікулярних кист, епітелію нориць(хронічний остеомієліт, актиномікоз, туберкульоз).



Вторинні раки виникають із слизової оболонки порожнини рота чи гайморової пазухи.

Метастатичний рак спостерігається при ураженні внутрішніх органів, щитоподібної та грудної залози і нирок.

За гістологічною структурою :

- Епітеліального походження - плоскоклітинний рак.
- Сполучнотканинної природи – саркоми (остеосаркоми, хондросаркоми, фібросаркоми...)

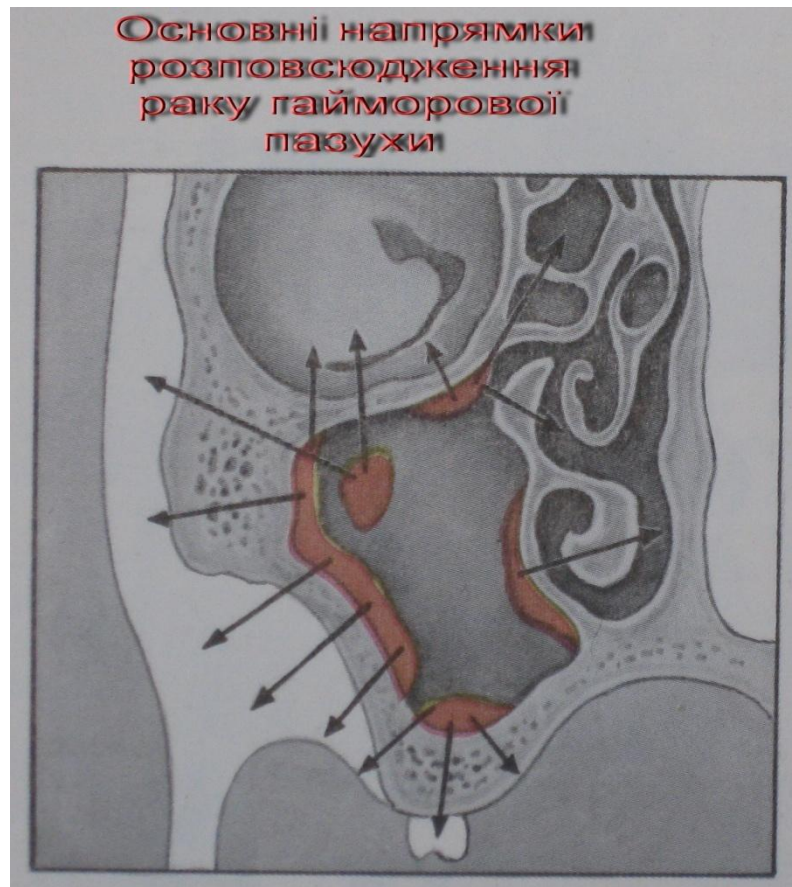
За локалізацією:

- Центральний рак – саркома
- Периферичний рак – саркома
- Альвеолярний - саркома



Клініка раку гайморової пазухи (в/щелепа)

Симптоми раку гайморової пазухи залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи.



Класифікація раку гайморової пазухи за клінічними стадіями:

T1 – пухлина обмежена слизовим шаром пазухи

T2 – пухлина спричиняє ерозію або деструкцію кістки, за винятком задньої стінки порожнини

T3 – пролонгація пухлини в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок(орбіта, порожнина носа, рота)

T4 – пухлина поширюється на декілька сусідніх або одну віддалену ділянку (основа черепа, носоглотка, основний синус, лобний синус)

N1 – регіонарні метастази до 3см у найбільшому вимірі

N2 – регіонарні метастази від 3 до 6 см, або білатеральні, або контралатеральні

N3 – регіонарні метастази понад 6см

M0 – віддалені метастази відсутні

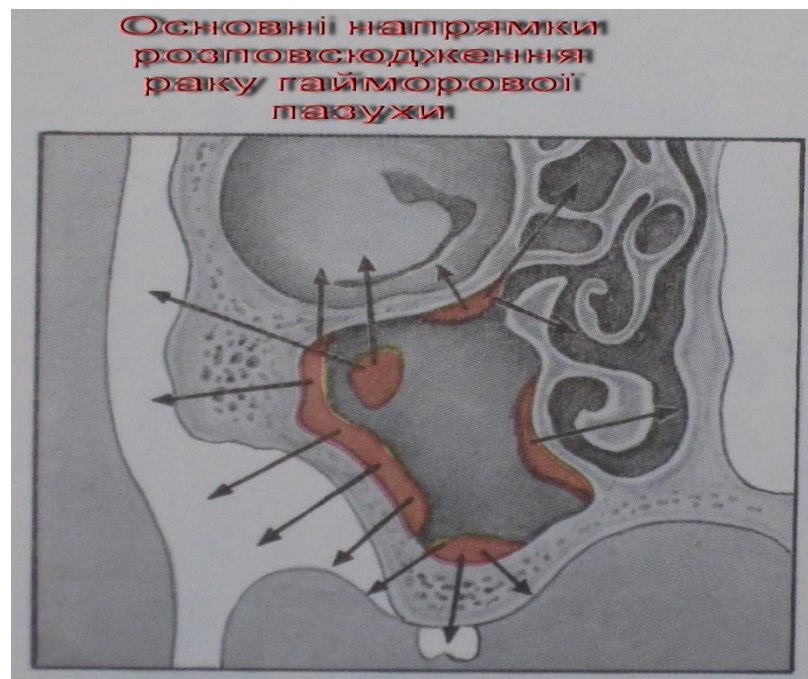
M1 – наявні віддалені метастази



Основні симптоми раку гайморової пазухи:

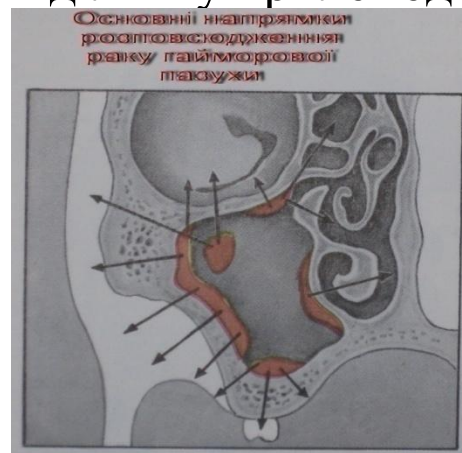
▣ Ринологічні:

- 1) Гнійно-кров'янисті виділення з носа;
- 2) Однобічне утруднення або повна відсутність носового дихання;
- 3) Деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;
- 4) Наявність пухлиних розростань в носі при передній і задній риноскопії;
- 5) Аносмія



▣ Стоматологічні :

- 1)Зубний біль(переважно в ділянці молярів);
- 2)Розхитування зубів;
- 3)Дистопія зубів(латеральна девіація);
- 4)Деформація, потовщення альвеолярного паростку верхньої щелепи, піднебіння;
- 5)Тривале незагоювання лунки після екстракції зуба з розростанням в ній пухлини;
- 6)Тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракцій зубів;
- 7)Контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів).

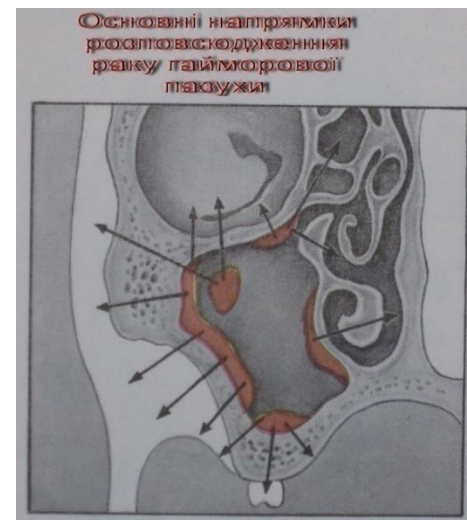


▣ Офтальмологічні:

- 1) Екзофтальм (вип'ячування ока);
- 2) Диплопія (двоїння);
- 3) Сльозотеча (обтурація слъзозносової протоки);
- 4) набряк повік;
- 5) Зниження гостроти зору.

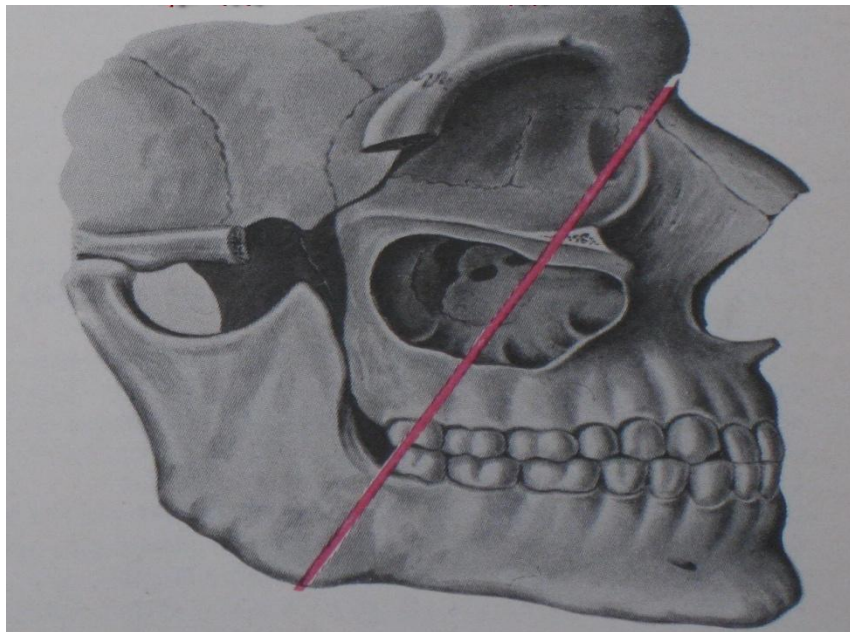
▣ Неврологічні:

- 1) Прозопалгії (біль в ділянці обличчя);
- 2) Симптоматичні тригемінальні невралгії;
- 3) Парестезії в зоні іннервації суборбітального нерва (симптом Венсана);
- 4) Виснажливий головний біль;

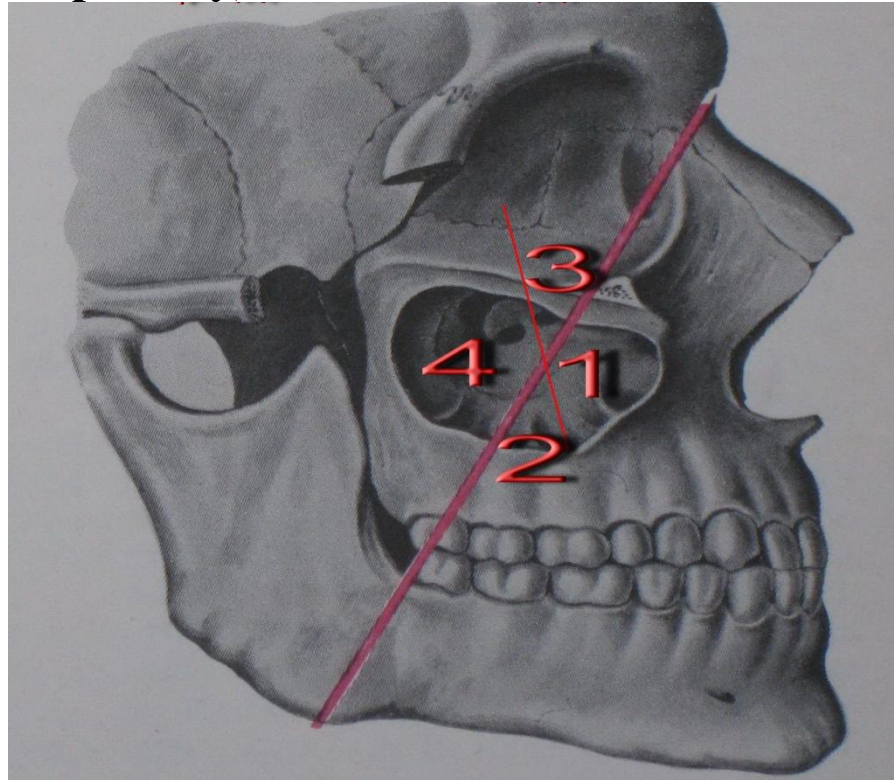


Тісний взаємозв'язок між локалізацією злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи та її клінічним перебігом спонукали шведського отоларинголога Ohngren (1933) поділити верхню щелепу на 4 відділи(сектори або сегменти). Такий поділ виконується внаслідок проведення двох площин, що перетинаються.

Перша площина – фронтальна – проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділяє верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньонижню та верхньозадню.



Друга площина – сагітальна – проходить через зіницю ока, розділяє гайморову пазуху на **внутрішню** (медіальну) та **зовнішню** (латеральну) половини.



Утворюються 4 сектори:

- 1-нижньо-передньо-внутрішній,
- 2-нижньо-передньо-зовнішній,
- 3-верхньо-задньо-внутрішній,
- 4-верхньо-задньо-зовнішній



Пухлина, що виникає у кожному із вказаних секторів, має свою власну клінічну картину і напрямок пухлинного росту.

Діагностика раку гайморової пазухи: АНАМНЕЗ !!!!!

- Зовнішній огляд хворого
- Мануальне обстеження
- Передня риноскопія
- Задня риноскопія
- Огляд порожнини рота
- Пальпаторне обстеження регіонарних лімфатичних вузлів
- Рентгенологічне дослідження лицевого скелету (ДПН + контрастна гайморорографія), КТГ, МРТ
- Обстеження окуліста
- Фіброрино- і фіброгаймороскопія
- Морфологічна верифікація



Лікування злоякісних пухлин верхньої щелепи – комбіноване:

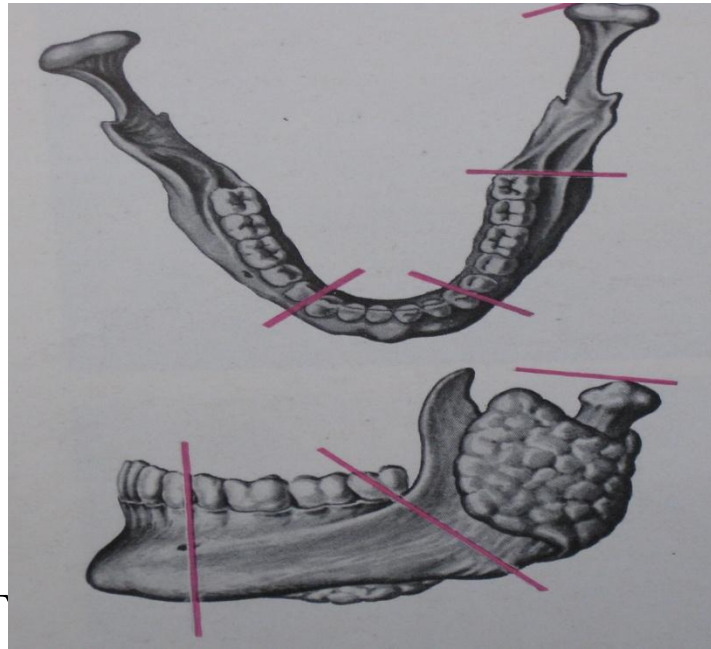
- 1) Передопераційний курс ДГТ РВД – 2 Гр., СВД – 40-45 Гр.
- 2) Електрохірургічне видалення верхньої щелепи
- 3) Боротьба з регіонарними метастазами (лімфаданектомія)
- 4) Щелепно-лицеве протезування:
 - Перед операцією виготовляють захисну платівку;
 - На 10-15 добу після операції – формуючий протез;
 - Через місяць – остаточний протез



РАК НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Класифікація злоякісних пухлин нижньої щелепи.

Фрагменти нижньої щелепи



T1 – ураження одного сегмента

T2 – ураження двох сегментів

T3 – ураження трьох сегментів

T4 – ураження більшої частини щелепи і розповсюдження на сусідні органи



По локалізації – первинний

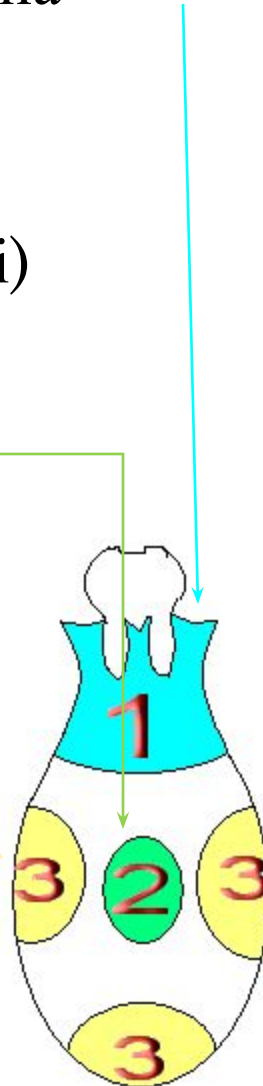
рак або саркома нижньої щелепи:

1 - внутрішньо-альвеолярна

2 – центральна

3-периферична

(нижня щелепа на розтині)



Клініка раку нижньої щелепи:

- 1) Ущільнення і потовщення ясен;
- 2) Поява болю (пульпітний біль);
- 3) Розхитування зубів;
- 4) Відчуття “вирослого” зуба;
- 5) Після екстракції зуба – тривале незагоювання лунки;
- 6) Ясна швидко звиразковуються;
- 7) Рентгенологічно :
 - деструкція кісткової тканини з нечіткими узурованими краями (симптом “талого цукру”);
 - Розширення періодонтальних щілин;
 - Деструкція кортикальної пластинки стінки альвеоли і губчастої речовини навколо неї;
 - Зуби не мають видимого контакту з кісткою і наче висять в просторі;
 - Розширення нижньо-щелепного каналу.

Лікування – комбіноване.



САРКОМА

Злоякісна пухлина із сполучної тканини кістки:

- Остеосаркома
- Хондросаркома

Особливості сарком:

- 1) Молодий вік;
- 2) Причина – одномоментна травма;
- 3) Агресивний ріст;
- 4) Ниючий біль;
- 5) Метастазування в основному гематогенне;
- 6) Пергаментний хруст при пальпації;
- 7) Не інфільтрує, а зміщує оточуючі тканини.

Остеосаркома:

- Остеобластична (радіальні розростання – спікули);
- Остеокластична(остеолітична) – утворення кист, симптом "дашка" ;
- Змішана

Лікування – комбіноване, але основний метод – хірургічний, через її резистентність до променевої терапії.



ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ (ЗПСЗ):

Слинні залози:

- Привушні;
- Підщелепові;
- Під'язикові;
- Малі слинні залози.

ЗПСЗ складають 1-2% усіх онкологічних хворих, привушні слинні залози уражаються в 60%, підщелепові – 10%, під'язикові – 1%, малі слинні залози порожнини рота – 30%.

Методи обстеження:

- Анамнез (наявність хронічних захворювань)
- Термографія
- Радіоізотопні дослідження
- УЗД
- КТ, МРТ, Rtg-графія кісток лицевого скелету
- Цитологічне дослідження пунктату
- Біопсія і гістологічне дослідження (відкрита інцизійна або щипкова біопсія)



▣ **Сіалоаденографія** – контрастне рентгенологічне обстеження слинних залоз. Використовують масляний розчин – йодоліпол, який містить 29-31% йоду в оливковому маслі. Вводять приблизно 2-4 мл з попередженням хворого про появу відчуття розпирання і печії. Устя вивідного протоку ПСЗ (стенонова протока) відкривається на слизовій щоки в проекції коронки 6-го зуба.

Устя вивідної протоки підщелепової слинної залози (Вартанова протока) відкривається по боках від язикової вуздечки.

Результат сіалографії – дефект наповнення.

При доброякісних пухлинах структура проток залози не змінюється, вони лише звужені і зміщені пухлиною в сторону.

При злоякісних пухлинах – протоки зруйновані, видно картину “мертвого дерева” – нерівномірний обрив проток залози.



Класифікація пухлин слинних залоз (міжнародна гістологічна класифікація №7):

I.Епітеліальні пухлини:

A)Аденоми:

1)Поліморфна аденома

2)Мономорфна аденома(змішана пухлина):

- Аденолімфоми
- Оксифільна аденома

Б)Мукоепідермоїдна пухлина

В)Ацинозно-клітинна пухлина

Г)Карциноми:

- Аденокістозна карцинома (циліндрома)
- Аденокарцинома
- Епідермоїдна карцинома
- Недиференційована карцинома
- Карцинома в поліморфній аденомі (злаякісна змішана пухлина)

II.Неепітеліальні пухлини (доброякісні:гемангіома, невринома, нейрофіброма, ліпома, гемангіоперицитома; злаякісні – ангіосаркома, рабдоміосаркома, веретенноклітинна саркома)

III.Некласифіковані пухлини



TNM клінічна класифікація

T1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення

T2 – пухлина від 2 до 4 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення

T3 – пухлина більше 4 см з екстрапаренхімальним поширенням і ураженням лицевого нерва

T4 – пухлина поширюється на основу черепа, нижню щелепу, шкіру, слуховий канал, крилоподібну пластинку.

N1 – до 3см

N2 – 3-6 см

N3 – більше 6 см

M0

M1



А) Аденоми:

Поліморфні

Представлені слизовою дегенерацією поліморфно епітеліальних клітин, хрящовою і слизовою тканинами.

Клініка:

- Повільний ріст;
- Довготривалий період без розладів;
- Консистенція, як правило, щільна;
- Поверхня гладка, вузловата, горбиста;
- Рухомість добра, обмежена, відсутня;
- Біль відсутній;
- Лицевий нерв інтактний;
- Ріст мультицентричний;



Мономорфні

Аденолімфома мікроскопічно представлена двошаровим епітелієм і лімфоїдною стромою.

- При накопиченні секрету виникають кисти
- При переважанні лімфоїдної тканини – тістовидність утвору
- Біль відсутній, лицевий нерв інтактний

Оксифільна аденома(онкоцитома)

Морфологічно в клітинах пухлини виражена оксифільна зернистість цитоплазми.

Клініка попередня.



Б)Мукоепідермальні пухлини:злюжкісні пухлини, частіше хворіють жінки (3 : 1). Складаються з епідермоїдних і слизоутворюючих клітин, на розтині представлені кістою, але без чіткої границі.

Діляться на:

- Малодиференційовані – радіочутливі
- Помірnodиференційовані - радіорезистентні
- Високodиференційовані – радіорезистентні

Особливості клініки:

- Інфільтративний ріст
- Нерідко дають регіонарні метастази
- Проявляються болями, гіперемією і інфільтрацією шкіри



В)Ацинозно-клітинна пухлина

Гістогенетично ці пухлини зв'язані з середніми секреторними відділами слинних залоз.

Клініка:

- Первинно злоякісні
- Місцево деструючі, по типу базаліоми, не метастазують
- Рано дають ознаки злоякісності
- Хворіють тільки жінки

Г)Карциноми

Клінічні прояви всіх представників цієї групи однакові. Дифдіагноз можливий тільки гістологічно.



Лікування злоякісних пухлин – комбіноване в II етапи:

I етап – передопераційна ДГТ РВД 2 Гр., СВД 50 Гр., при наявності регіонарних метастазів у поля опромінення включаються і зони метастазування.

II етап – через 3-4 тижні після променевої терапії паротидектомія без збереження гілок лицевого нерва.

□ При занедбаних формах – паліативна променева терапія.



ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ШИЇ. ЛІМФАДЕНОПАТІЇ ЩЛД.

АКТУАЛЬНІСТЬ.

Первинні злоякісні пухлини шиї зустрічаються відносно рідко. Частіше спостерігаються вторинні ураження лімфатичних вузлів шиї-метастази. Основною локалізацією регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепнолицевої ділянки і ЛОР-органів є шия, де також спостерігаються пухлини з тканин, розташованих між органами шиї. Ці, на перший погляд, подібні м'якотканинні утворення, різноманітні за характером і генезом, необхідно відрізнити від регіонарних метастазів раку для проведення своєчасного адекватного лікування.



□ **ДО ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШИЇ**
ВІДНОСЯТЬСЯ:

□ **Регіонарні метастази раку в шию** –органів щелепно-лицевої ділянки і ЛОР-органів.

□ **Органні:**-- ***пухлини щитоподібної залози:***
доброякісні – злоякісні

□ -- ***пухлини гортані:*** доброякісні – злоякісні

□ -- ***пухлини глотки:***доброякісні – злоякісні

□

□



Позаорганні пухлини ший: (Класифікація Г.В. Фалілеєва, 1978 р.)

▣ *Доброякісні*

Злоякісні

Групи пухлин:

▣ 1. Неврогенного генезу:

а) невринома

злоякісна невринома

б) злоякісна невринома

симпатогоніома

в) нейрофіброма

гангліобластома

г) симпатогоніома

д) гангліоневрома

е) гангліобластома

є) менінгіома

ж) хемодектома каротидна

з) хемодектома блукаючого нерва.



▣ **2. Мезенхімального генезу:**

а) з волокнистої сполучної тканини:

фіброма

фібросаркома

б) із судин:

гемангіома

ангіосаркома

в) жирової тканини:

ліпома

ліпосаркома

▣ **3. Дизембріональні:**

а) пухлини аберантної щитовидної залози --бранхіогенний рак

▣ б) дистоповані пухлини зяберного бронхогенний рак

▣ апарату (кисти)

в) тімоми.



- **4. Пухлинні ураження лімфатичних вузлів ший:**
 - а) при гематосаркомах(реткуло-лімфосаркома)
 - б) при лімфогранулематозі
 - в) при хронічному лейкозі
 - г) метастатичні ураження л/вузлів.

- **5. Пухлини щитоподібної залози.**

Діагностика пухлин ший: анамнез, УЗД, КТГ, МРТ, радіоізотопні дослідження,пункція. Основним методом підтвердження діагнозу являється цитологічний і гістологічний.



▣ Особливості клінічної класифікації злоякісних пухлин шії:

T_x

T₀

T₁ – ПУХЛИНА ДО 5СМ. У НАЙБІЛЬШОМУ ВИМІРІ.

T_{1a} – поверхнева пухлина.

T_{1в} - глибока пухлина.

T₂ - пухлина розміром понад 5 см.

T_{2a}

T_{2в}

N_x

N₁- наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

M – M_x,M₀,M₁.

▣ Лікування злоякісних пухлин шії згідно стандартів (розказати).





Дякую за увагу!