

МОЗ України

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії**

Міжнародна класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки за
ВООЗ. Організація онкостоматологічної допомоги хворим та
їх диспансеризація. Пухлини і пухлиноподібні ураження
зародкового походження – бранхіогенні, тіреоглосальні та
дермоїдні кісти. Клініка, діагностика, лікування.

Лектор: професор Аветіков Д.С.

План лекції

1. Етіологія та патогенез новоутворень.
2. Класифікація пухлин.
3. Основні клінічні прояви пухлин.
4. Організація онкостоматологічної допомоги хворим й їх диспансеризація.
5. Бранхиогенні, тиреоглосальні та дермоїдні кісти. Клініка, діагностика, лікування.

Пухлиною називають надлишкове патологічне розростання тканин, яке складається з якісно змінених, кліток організму, що втратили диференціювання.

За характером і темпом зростання пухлини поділяються на доброякісні і злоякісні.

Доброякісні пухлини - tumor benignum:

- зростають повільно,
- можуть існувати роками, не збільшуючись,
- обмежені власною оболонкою,
- при зростанні, збільшуючись, пухлина відсовує навколишні тканини, не руйнуючи їх (експансивне зростання),
- відсутність метастазів,
- гладенька поверхня, чіткі контури,
- рухомість при неглибокому заляганні,
- відсутність болю (у більшості випадків) та симптомів інтоксикації,
- гістологічна будова пухлини трохи відрізняється від тканини, в якій вона розвивалася.

Доброякісні пухлини носять назви власних тканин, з яких вони розвинулися, з додаванням суфікса "ома" від грецького терміну "онкома" (пухлина).

Пухлина з жирової тканини - ліпома,

із сполучної - фіброма,

з м'язової - міома,

з кісткової — остеома.

Видалення доброякісної пухлини з її оболонкою веде до повного лікування хворого.

Злоякісні пухлини - tumor malignum:

- зростають значно швидше
- оболонки не мають
- клітини і тяжі їх проникають в навколишні тканини (інфільтративне зростання), ушкоджуючи їх
- проростаючи у лімфатичну або кровоносну судину, вони з потоком крові або лімфи можуть переноситися в лімфатичні вузли або віддалені органи і утворювати там вторинний осередок пухлинного зростання — метастазування
- гістологічна картина значно відрізняється від тканини, з якої вона розвинулася: клітини її атіпові, поліморфні, з великою кількістю мітозів
- характерною ознакою пухлинної тканини є анаплазія - повернення до примітивнішого типу. Морфологічно це виявляється втратою диференціювання, функціонально - втратою специфічної функції.

- обмежена рухомість, пізніше спаянність з оточуючими тканинами
- постійний біль, що підсилюється
- наявність щільного безболісного інфільтрату
- постійна кровотеча
- відсутність чітких меж між пухлиною та оточуючими тканинами
- нерівні контури
- порушення загального стану хворого, для термінальних стадій
- кахексія.

Злоякісні пухлини:

- епітеліальної природи - раки,
- з похідних мезенхіми - саркоми.

До 90 % всіх злоякісних пухлин складають
раки.

Тому всі злоякісні утворення прийнято називати раковими, а заходи щодо боротьби із злоякісними пухлинами - **протираковими заходами.**

Епідеміологія

- рак ротової порожнини становить 8,9 випадків на 100 тис. населення,
- рак гортані - 5,7,
- рак губи - 4,1,
- рак щитоподібної залози - 4,2.
- Злоякісні пухлини голови та шиї займають близько 11 % від усієї онкопатології в чоловіків і приблизно 3,5 % у жінок. Рак голови та шиї характеризується високою агресивністю.

-Більшість пацієнтів на момент діагностики мають регіонарні (43 %) або віддалені метастази (10 %).

Летальність до року з моменту діагностики становить для:

- раку ротової порожнини 52,2 %,
- гортані - 38,4 %,
- щитоподібної залози - 12,9 %,
- губи - 6,8 % (1999).

Захворюваність зростає з віком, особливо після 50 років.

Чоловіки хворіють частіше.

Якщо в 60-х роках ХХ століття пропорція захворюваності серед чоловіків і жінок становила 15:1, то в кінці 2010-х р. - 4,5:1.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ФАКТОРИ РІЗИКУ

1. У курців пухлини голови та ший виникають у шість разів частіше, ніж у непалящих.

2. Алкоголь є фактором ризику для виникнення пухлин глотки і гортані, хоча не в такій мірі, як тютюн. Для тих, хто курить і вживає алкоголь, ці фактори ризику діють синергічно.

3. Інсоляція. Ультрафіолетові сонячні промені є факторами ризику в розвитку раку губи приблизно в третини пацієнтів.

4. Виробничі фактори: пил у деревообробній промисловості (рак слизової носа); нікель (рак гайморових пазух); іонізуюче випромінювання (рак щитоподібної залози).

5. Віруси. Доказано патогенетичну роль вірусу Епштейна-Бара (EBV) в розвитку назофарингеальних карцином. Простий вірус герпесу першого типу й людський папіломатозний вірус асоціюються з карциномою слизової рота.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПУХЛИН



**За клінічною
розповсюдженістю**



**За гістологічною
будовою**



За локалізацією

Принципи класифікації злоякісних пухлин за стадіями

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

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.

III стадія:

а) пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі. Інфільтрація розповсюджується на одну із сусідніх анатомічних ділянок. Регіонарні метастази не визначаються.

IV стадія:

а) пухлина уражає всю анатомічну ділянку, розповсюджується на оточуючі м'які тканини і кістки лицевого скелету без регіонарних метастазів, або пухлина будь-якого ступеня місцевого розповсюдження з клінічно визначеними віддаленими метастазами.

Система TNM

застосовується для опису анатомічного розповсюдження онкологічного захворювання, базується на 3-х компонентах:

T - розповсюдженість первинної пухлини;

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

M - наявність або відсутність віддалених метастазів.

До цих трьох компонентів додаються цифри, які вказують на розповсюдженість злоякісного процесу:

T₀, T₁, T₂, T₃, T₄; N₀, N₁, N₂, N₃, N₄; M₀, M₁.

інші додаткові символи використовуються в особливих випадках.

Класифікація злоякісних пухлин TNM

T0 – первинна пухлина не визначається.

T1 – пухлина 1-2 см в діаметрі в межах ураженої тканини (органу).

T2 – пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі, в межах одного ураженого органу.

T3 – пухлина більше 3 см в найбільшому вимірі. Вражена більша частина, або весь орган.

T4 – пухлина вражає увесь орган з переходом на сусідні тканини.

N0 – вузли не пальпуються.

N1 – одnobічні рухомі вузли.

N2 – двобічні рухомі вузли.

N3 – одnobічні нерухомі вузли.

N4 – двобічні нерухомі вузли.

M0 – метастази відсутні.

M1 – визначаються віддалені метастази

Онкологічна настороженність – це лікарська тактика, направлена на раннє виявлення онкозахворювань.

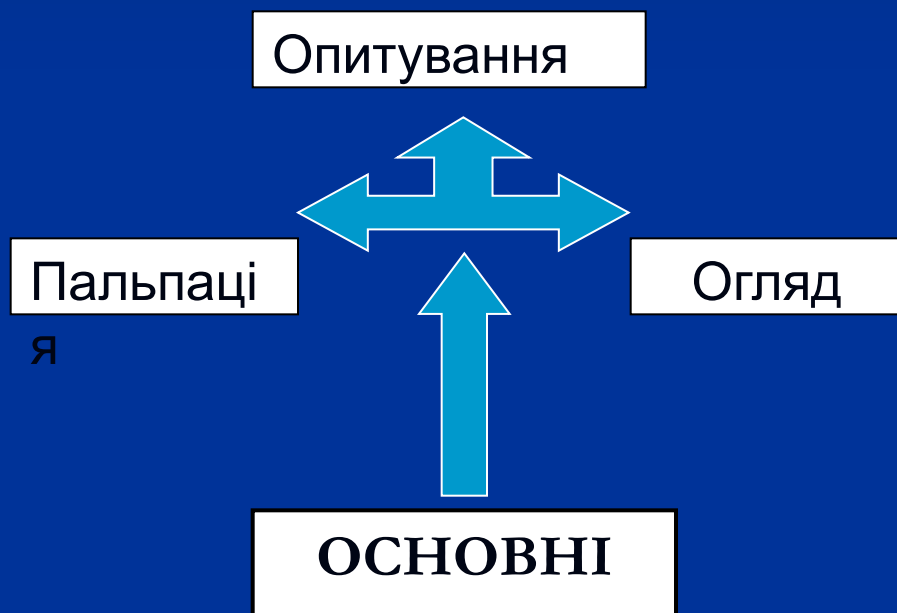
Головне правило цієї тактики: “Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря хворий, лікар повинен виключити у хворого діагноз онкозахворювання.”

Онкологічна настороженність" - це перш за все сума конкретних пізнань кожного лікаря з онкології щелепно-лицевої ділянки, знання симптоматики ранніх стадій раку різних локалізацій, ретельне обстеження кожного хворого, підозрілого на рак та своєчасний початок лікування після встановлення діагнозу.

Організація онкостоматологічної допомоги



Методи обстеження онкохворого



ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

ОГЛЯД - зміна шкірних покривів, видимих слизистих оболонок - асиметрія органу, колір покривних тканин - вигляд і розміри новоутворення, його локалізація, близькість до життєво важливих органів.

ПАЛЬПАЦІЯ

- розташування пухлини і її розміри
- консистенція, біль при пальпації, рухливість, взаємозв'язок з сусідніми анатомічними утвореннями
- дослідження зони регіонарного метастазування (всі групи регіонарних лімфатичних вузлів не лише на стороні поразки, але і на протилежній стороні)
- кількість, локалізація, консистенція, рухливість, біль при пальпації регіонарних лімфовузлів.

Далі продовжують обстеження хворого послідовно по органах і системах, застосовуючи огляд, пальпацію, аускультацию, з метою можливого виявлення віддалених метастазів.

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

1. Морфологічний склад крові на ранніх стадіях пухлинного процесу, а незрідка і в пізніших стадіях не змінюється, тобто кількість еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів відповідає нормі. На пізніх стадіях зміни стосуються і білої крові (лімфоцитопенія, зменшення Т-лімфоцитів, еозинофілія і моноцитоз), підвищується вміст сечовини, при метастазах в кістці — кальцію в сироватці крові.

2. Осадова реакція на рак (ОРР) заснована на кількісній зміні білків сироватки крові у онкохворих, зокрема, поява білка умовна названого нерозчинним (гамма-глобуліну). Ефективна в 90% випадків. Результати більш показові при ранніх стадіях пухлинного процесу.

3. Вуглеводний обмін — збільшення в сироватці крові гексокінази. У пізніх стадіях підвищується рівень АТФ.

4. Рівень поліамінов в сечі у онкохворих.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

Рентгенографія з прямим збільшенням зображення.

Томографія.

Контрастна рентгенографія — гайморова порожнина, слинні залози.

Ангіографія — контрастне дослідження кровоносних і лімфатичних судин.

Електрографія — здобуття зображення на селеновій пластинці і перенесення її на папір.

Комп'ютерна томографія — тонкі зрізи.

Радіонуклідне дослідження — сцинтиграфія.

Ультразвукова діагностика (ехографія).

Термографія.

Ендоскопія, фіброскопія.

Імунодіагностика — визначення Т- і В-лімфоцитів.

МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – абсолютно необхідний етап обстеження онкологічних хворих, навіть за відсутності сумнівів у наявності новоутворення:

- **цитологічеськая діагностика** (дослідження клітинного складу патологічного осередку);
- **гістологічна діагностика** біоптату (методи дослідження тканинного зрізу).

БІОПСІЯ – метод здобуття тканини живого організму для морфологічного дослідження з діагностичною метою:

Інцизійна біопсія – береться лише частина новоутворення (при цьому розміри січеного фрагмента мають бути не менше 1,0x1,0 см, інакше виникають труднощі в трактуванні морфологічної картини для патологоанатома);

Ексцизійна біопсія – береться вся пухлина. Цей вид біопсії застосовується при невеликих новоутвореннях;

Трепанобіопсія, з висвердлюванням частини кісткових і хрящових блоків;

Пункційна біопсія – виконується спеціальними голками, що дозволяють отримати стовпчик тканин. Застосовується при глибокорозташованих новоутвореннях, в лімфовузлах.

Одне з основоположних правил біопсії полягає в тому, що пухлинна тканина повинна висікатися не в центрі новоутворення, а з периферії так, щоб патоморфолог зміг побачити під мікроскопом межу пухлини і інтактної тканини.

Методи узяття матеріалу для цитологічного дослідження:

- мазки-відбитки, отримані шляхом безпосереднього контакту скла з поверхнею пухлини (виразки);
- зскрібок роблять при виразкових формах новоутворень;
- ексfolіативний метод;
- змив і дослідження промивних вод з поверхні досліджуваного органу (верхньощелепна пазуха);
- аспіраційний метод.

ПУХЛИНИ І ПУХЛИНОПОДІБНІ
УРАЖЕННЯ ЩЛД
ЗАРОДКОВОГО ПОХОДЖЕННЯ

БРАНХІОГЕННІ, ТИРЕОГЛОССАЛЬНІ,
ДЕРМОЇДНІ КІСТИ

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ.

Пухлини і пухлиноподібні утворення
зародкового походження в ЩЛД, які
виникають в результаті неправильного
розвитку або неправильної закладки
окремих клітинних елементів зябрового
апарату, представляють
особливий вид новоутворень
який характерний тільки для м'яких
тканин голови і шиї.

ТИРЕОГЛОССАЛЬНІ (СЕРЕДИННІ) КІСТИ І НОРИЦІ ШИЇ

Серединні кісти і нориці шиї завжди пов'язані з під'язиковою кісткою і сліпим отвором язика, що відповідає топографії зачатка щитоподібної залози в ембріогенезі і дозволяє стверджувати, що джерелом розвитку цих утворень може бути тільки щитопобідно-язикова протока. У нормі він зредукований.

Ці кісти і нориці також розвиваються в різні терміни після народження. Їх поява не завжди помічається.

Серединні кісти шиї утворюються на будь-якому рівні щитопобідно-язикової протоки - від сліпого отвору в ділянці кореня язика до перешийка щитоподібної залози.

КЛІНІКА

- Зростання кісти повільне, безболісне.
- Болі при нагноєнні кісти.
- При зростанні кіста викликає деформацію м'яких тканин.
- При пальпації м'яка, еластична, округлої форми, рухливість обмежена із-за зв'язку з тілом під'язикової кістки.
- Зміщуються вони тільки вгору услід за під'язиковою кісткою при ковтанні.
- В деяких випадках вдається пропальпувати щільний тяж, що йде до під'язикової кістки.

ДІАГНОСТИКА

Вміст серединної кісти є каламутною жовтуватою тягучою рідиною.

Цитологічним дослідженням встановлена наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів.

ДИФ. ДІАГНОСТИКА

- із специфічними запальними процесами,
- лімфаденітом,
- дермоїдною кістою,
- аденомою дистопованої щитоподібної залози.

Серединні нориці шиї діляться на:



повні



неповні зовнішні



неповні внутрішні

Утворюються лише після народження, проходячи стадію кісти.

Навколо нориці шкіра часто гіперемійована, рубцево змінена.

Гирло може тимчасово закриватися.

Відокремлюваного зі нориці мало, з їдою воно не пов'язане.

Зовнішнє гирло нориці зміщується вгору при ковтанні услід за під'язиковою кісткою.

Зондування нориці ускладнене із-за рубців навколо гирла.

При повній нориці введена рідина виливається в порожнину рота через сліпий отвір кореня язика.

КЛІНІКА ПОВНОЇ СЕРЕДИННОЇ НОРИЦІ

Відкривається на передній поверхні шиї між під'язиковою кісткою і щитоподібним хрящем.

Прямує до під'язикової кістки, проникає через цю кістку і між м'язами дна порожнини рота прямує криво вгору і закінчується у сліпого отвору в ділянці кореня язика.

Іноді може розташовуватися на рівні під'язикової кістки або яремної вирізки

КЛІНІКА ЗОВНІШНЬОЇ НЕПОВНОЇ СЕРЕДИННОЇ НОРИЦІ

Відкривається на шкірі шиї, йде від під'язикової кістки до сліпого отвору в ділянці кореня язика і доходить до під'язикової кістки, сліпо в ній закінчуючись.

Шкіра навколо зовнішньої нориці рубцевого зміненна, втягнута, може бути мацерація.

Пальпаторно виявляється щільний тяж, який зміщується при ковтальних рухах.

Після мимовільного або оперативного розкриття із нориці виділяється гній, а після стихання запальних явищ - мізерне слизове або слизово-гнійне відокремлюване.

КЛІНІКА ВНУТРІШНЬОЇ НЕПОВНОЇ СЕРЕДИННОЇ НОРИЦІ

Внутрішні неповні серединні нориці можуть себе нічим не проявляти, оскільки відтік вмісту здійснюється в порожнину рота.

Тільки при порушенні відтоку, в ділянці кореня язика, можна виявити хворобливість і наявність запальних явищ.









БРАНХІОГЕННІ КІСТИ ШИЇ

ЕТІОЛОГІЯ

Кісти можуть виникати в будь-якому віці, але частіше спостерігаються у дітей і хлопців.

Їх появі нерідко передуює інфекційне захворювання - ангіна, грип, ГРВІ та ін.

Ймовірно, патогенна мікрофлора, проникаючи по лімфатичних шляхах в бранхіогенні щілині, викликає запалення епітеліальної оболонки і продукцію, клітинами її слизу і ексудату, що тягне за собою розтягування щілин і перетворення їх в кісти.

Про провокуючу роль інфекції в утворенні кіст свідчить часте виявлення в них гнійного вмісту.

КЛІНІКА

Бічні нориці шиї розташовуються між внутрішньою і зовнішньою сонними артеріями і відкриваються внутрішнім гирлом в ділянці піднебінної мигдалини.

Бічні кісти розташовуються безпосередньо на судинно-нервовому пучку шиї на рівні біфуркації загальної сонної артерії.

Бранхиос - зябра (не плутати з бронхами!!!).

ДІАГНОСТИКА

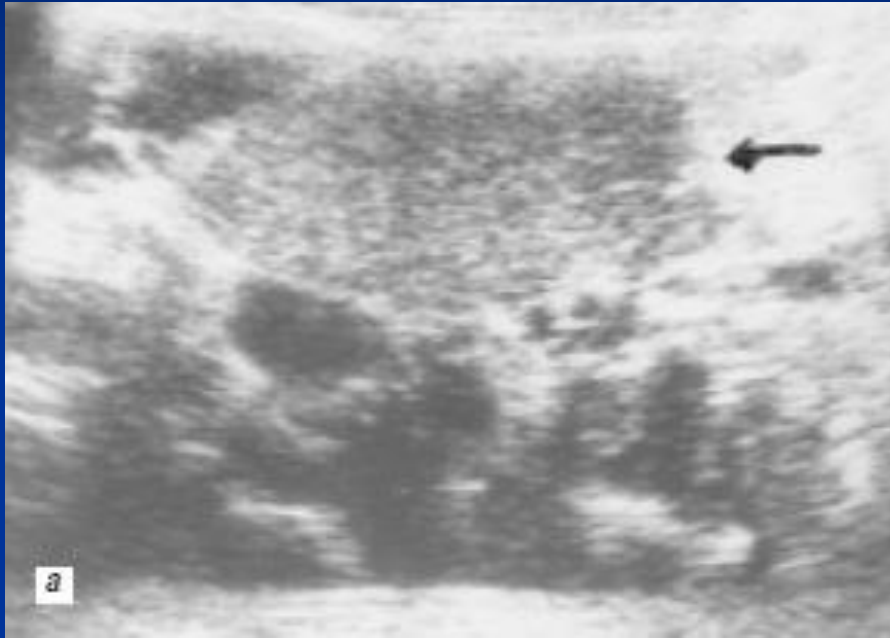
З метою диференціальної діагностики бічних кіст застосовують:

- пункцію,
- рентгенографію з введенням в кісту контрастної рідини - це дозволяє визначити розміри новоутворення.

У більшості дорослих хворих і хворих юнацького віку кіста наповнена слизово-гнійним або гнійним вмістом, рідко - слизом.

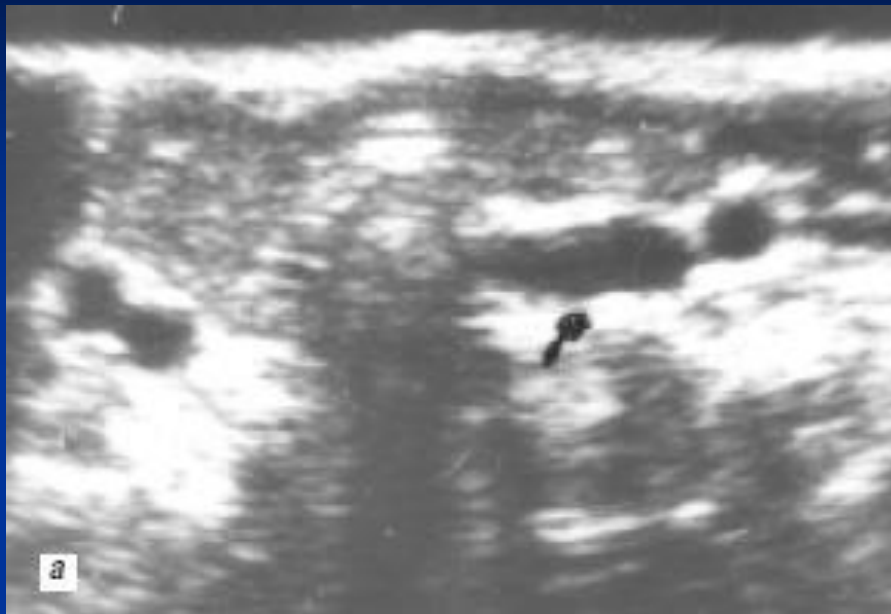
ДІАГНОСТИКА

Накопичений у світовій літературі досвід дозволяє рахувати
ультразвуковий метод діагностики ведучим



Ехограми правої верхньої половини шиї в поперечній (а) і подовжній (б)
проекціях - виразно визначається утворення зниженої щільності,
однорідної структури з чіткими контурами

ДІАГНОСТИКА



Ехограми щитоподібної залози в поперечній (а) і косій (б) проекції - виразно визначається кіста і фрагмент ніжки (стрілка).

ДІАГНОСТИКА



Ехограма в косій проекції - виразно визначається кістозне утворення і фрагмент ніжки (стрілка).

ДИФ. ДІАГНОСТИКА

Диференціювати бічні кісти шиї слід від:

лімфаденіту,
лімфосаркоми,
лімфангіоми,
кавернозної гемангіоми,
аневризми судин,
пухлин привушної і підщелепної слинних
залоз.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Над кістою по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'яза проводять розріз достатньої довжини з урахуванням близькості великих судин.

Ефективність операції залежить від виділення кісти цілком з оболонкою.

Операція складна, оскільки оболонка кісти інтимно пов'язана з судинно-нервовим пучком шийї, особливо із стінкою внутрішньої яремної вени.

БІЧНІ НОРИЦІ ШИЇ

Бічні нориці шиї утворюються з тих же зачатків, що і кісти, частіше - повторно з кіст, що з'явилися в ранньому дитячому віці.

Шкіра над нижнім полюсом кісти червоніє, розтягується, утворюючи норицю.

Іноді гирло нориці може закриватися з повторним утворенням кісти.

КЛІНІКА

Слід розрізняти повні і неповні нориці.

При повній нориці хід є безперервною трубкою від шкіри шиї до піднебінної мигдалини.

Неповна зовнішня бічна нориця шиї має лише зовнішнє гирло на шкірі шиї, другий кінець нориці закінчується сліпо в тканинах.

Неповна внутрішня бічна нориця шиї має гирло в ділянці піднебінної мигдалини і сліпий хід в тканинах шиї.

Зовнішнє гирло нориці розташовується перед переднім краєм грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Далі нориціватий хід йде вгору і проб'є фасції м'яза шиї, розташовуючись поряд з її судинно-нервовим пучком.

З гирла нориці в невеликих кількостях виділяється сіра рідина, що складається з клітин епітелію і лімфоїдних елементів.

ЛІКУВАННЯ

Для лікування бічних нориць шиї застосовується хірургічне втручання.

Для кращого виявлення напряму ходу нориці в зовнішнє гирло його перед початком операції вводять 1% водний розчин метиленового синього.

При неповному видаленні нориціватого ходу можливі рецидиви.



ЕКТОДЕРМАЛЬНІ КІСТИ - ДЕРМОЇДИ

1. Дермоїдні кісти голови, що розвинулися з клітин ектодерми при її зануренні в ембріонегезі.

По локалізації:

- а) периорбітальні дермоїди;
- б) дермоїди орбіти;
- в) дермоїди кореня носа;
- г) дермоїди іншої локалізації.

2. Дермоїди і епідермоїдні кісти дна рота, що розвинулися із залишків ембріональних епідермальних клітин і при зрощенні I і II зябрових дуг:

- а) серединні - під'язикові і підпідборідні;
- б) бічні - підщелепні.

ДЕРМОЇДНА КІСТА

Утворюється в результаті вади розвитку і формування голови в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Частіше зустрічається у молодих осіб.

Є порожнинним утворенням з товстою шкіряною оболонкою, що заповнено кашоподібною масою брудно-білого кольору з неприємним запахом.

Вміст складається із кліток епідермісу, продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді з наявністю волосся.

КЛІНІКА

Пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами, безболісне, не спаяне з шкірою або слизовою оболонкою.

Розташовуючись на дні порожнини рота, воно визначається строго по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором.

Шкірні покриви над пухлиною не змінені, розмір її - від лісового горіха до курячого яйця і більше.

Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають ускладненими мова і їда.

ДИФ. ДІАГНОСТИКА

Кісту слід диференціювати з:

лімфаденітом,
атеромою,
гемангіомою,
епідермальною травматичною кістою.

ЛІКУВАННЯ

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою.

При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим методом.

Кісту у підпідборідній ділянці видаляють через зовнішній розріз.





Питання для обговорення лекції:

1. Теорії канцерогенезу.
2. Протипухлинна резистентність організму.
3. Біологічні характеристики пухлинної тканини.
4. Деонтологічні аспекти діагностики онкологічних захворювань.
5. Особливості використання стереолітографічних моделей черепа для топічної діагностики пухлин ЩЛД.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ !